

Inhalt

Editorial:

Ambulante Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Praxen 2

Ressourcen in der Kinder- und Jugendlichentherapie - in der OPD-2-KJ,
Messung im FRKJ und darüber hinaus
Ulrich Rüth & Anna Rung 6

Stationsäquivalente Behandlung (StäB)
Ingo Spitzcok von Brisinski 15

Nachdruck aus dem Sachbericht zum Projekt

*„Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland -
Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ der Aktion Psychisch Kranke.*

Ambulante Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher
in Praxen im Rahmen des SGB V 39

Psychopharmakotherapeutische Kolumne

Pharmakologische Behandlung von Komorbiditäten der ADHS
Klaus Oehler 73

Förderpreis 2017/2018

Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter 84

Testrezension:

Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition (WISC-V) 86

Hinweise für Autoren 94

Anzeigen 96

Mediadaten 103

Impressum 104

Editorial:

Ambulante Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Praxen

Liebe Leserinnen und Leser,

erstmals ist mit dem Abschlussbericht des vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Projektes „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“, das die Aktion Psychisch Kranke (APK) in den vergangenen zwei Jahren durchgeführt hat, eine umfassende Darstellung der Versorgungssituation und -strukturen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Deutschland vorgelegt worden. Wir möchten diesen umfangreichen Bericht, den wohl kaum jemand in voller Gänze von Anfang bis Ende durchlesen wird, gleichwohl den Mitgliedern unseres Verbandes und den Lesern des forum nahebringen, da eine Reihe bemerkenswerter Tatsachen darin festgehalten werden. In dieser Ausgabe dokumentieren wir zunächst das Kapitel über die ambulante Versorgung. Das Kapitel wurde in Zusammenarbeit mit der Bundespsychotherapeutenkammer erstellt. Wenn man die Darstellungen nebeneinander betrachtet, werden die unterschiedlichen Perspektiven auf die ambulante Versorgung deutlich.

Die vertragsärztliche Kinder- und Jugendpsychiatrie weist die höchsten Patientenzahlen (430.000 Patienten pro Jahr!) aller in der Versorgung (ambulant und stationär) Tätigen auf. Der Bericht belegt einen deutlichen Wandel in der Struktur der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, der in den letzten Jahren stattgefunden hat: war lange Zeit die Anzahl klassischer Praxen und SPV-Praxen etwa gleich groß, nehmen inzwischen etwa Zweidrittel der ambulant tätigen KJPP an der Sozialpsychiatrievereinbarung teil. Diese gestaltet also, sowohl hinsichtlich der Anzahl der Tätigen, als auch vor allem hinsichtlich der Anzahl der Behandelten, mittlerweile primär die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Deutschland. Erstmals wird darüber hinaus in diesem offiziellen Bericht des Bundesgesundheitsministeriums auch eine inhaltliche Charakterisierung der sozialpsychiatrischen Behandlung festgehalten, die weit über die inhaltlich wenig definierten, rein struktu-

rell gehaltenen Vereinbarungsgrundlagen der Sozialpsychiatrievereinbarung hinausgeht. Die gewachsene Behandlungs- und Versorgungsrealität hat einen Qualitätssprung verursacht. Dem aufmerksamen Leser kann deutlich werden, dass die in Einleitung und Zusammenfassung des Projektberichtes als besonderes Problem geschilderte Schnittstellenproblematik gerade in der Struktur der Sozialpsychiatrie einen Lösungsansatz hat, der ausgebaut werden könnte und müsste. Eigenschaften wie „flexibel, multiprofessionell, methodenintegrativ ...“ sind für eine moderne netzwerkorientierte Behandlung essentiell. Leider kann der Bericht allerdings aufgrund fehlender empirischer Studien nicht ausreichend die „gelebte“ störungsspezifische und gestufte Behandlung beschreiben, die ebenso für das Vorgehen in einem sozialpsychiatrischen Setting charakterisierend ist und eine versorgungssichernde Alternative zu höherschwelligen und spezifischeren Behandlungsformen darstellt.

Vor diesem Hintergrund erscheint umso dramatischer, dass die finanzielle Vergütung für die angestellten Therapeutinnen und Therapeuten seit 1994 unverändert geblieben ist. Dieses grundlegende Versorgungsmodell droht also in den nächsten Jahren auszutrocknen. Dass eine finanziell und personell besser ausgestattete kinder- und jugendpsychotherapeutische Versorgung an deren Stelle treten könnte, ist aufgrund der damit verbundenen Einengung auf definierte psychotherapeutische Verfahren (und Verschwinden flexibler und störungsspezifisch gestufter psychiatrisch-psychotherapeutischer Ansätze) weder wünschenswert, noch – vor allem aufgrund des viel höheren Ressourcenbedarfs – zu erwarten. Bislang werden richtlinienpsychotherapeutisch nur 3,2% aller jugendlichen Patienten mit F-Diagnosen behandelt! Außerdem wird in dem Bericht festgehalten, dass „bei vielen Kindern und Jugendlichen, die eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten aufsuchen, [...] eine psychotherapeutische Behandlung als Richtlinien-Psychotherapie nicht erforderlich zu sein [scheint] oder [...] von den Patientinnen und Patienten nicht in Anspruch genommen [wird], denn bei fast 50 % von ihnen schloss sich an die Probatorik keine Richtlinien-Psychotherapie an“. An anderer Stelle findet man den Hinweis, dass „die besondere Funktion der sozialpsychiatrischen Behandlungsweise im Rahmen der Akutversorgung [...] dadurch deutlich [wird], dass knapp 30 % der von den sozialpsychiatrischen Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführten Behandlungen Kriseninterventionen“ sind. Der Ersatz psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik- und Therapieangebote durch Richtlinien-Psychotherapie würde in Fehlallokationen und einen Versorgungsnotstand führen.

Die Erhöhung der Zahl von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, wie sie von der Bundespsychotherapeutenkammer gebetsmühlenartig gefordert wird, kann deshalb auf keinen Fall noch existierende Versorgungsschwierigkeiten relevant beheben. Im Moment versorgt die um den Faktor 5 höhere Anzahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten ungefähr die Hälfte der Patienten mit F-Diagnosen (11,3%) im Vergleich zum Behandlungsanteil durch Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater (21%). Aus diesen Zahlen folgt allerdings auch eine erschreckende Erkenntnis: etwa 70% aller Kinder und Jugendlichen mit einer psychiatrischen Diagnose erhalten gar keine störungsspezifische fachärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung. Es besteht also weiterhin ein dramatisches Versorgungsdefizit für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Insofern droht durch die stetig wachsende Unterfinanzierung und den Nicht-Ausbau der sozialpsychiatrischen Versorgungsangebote eher kurz- als mittelfristig eine erhebliche Verschlechterung der Versorgung psychisch kranker Kinder- und Jugendlicher in Deutschland.

Der vorliegende Abschlussbericht soll nicht der Abschluss des Gesamtprojektes sein, vielmehr sollen in einem zweiten Teil Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen erarbeitet werden. Ansätze, welche Weiterentwicklungen nötig sind, gibt bereits der jetzige Bericht. So wird festgehalten, dass bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, auch aufgrund der bedeutsamen Rolle überdauernder familiärer und sozialer Risikofaktoren (nach der SPV-Evaluation jeweils bei mindestens 50% der Behandelten vorliegend!), längerfristige und zudem entwicklungsorientierte Behandlungsansätze nötig sind.

Davon ausgehend formuliert der Bericht: „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.“

„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 [...] 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 [...]; 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 [...] erforderliche Weiterentwicklung an den Alters- und Zuständigkeitsgrenzen.“

Mit dem zuvor Dargestellten kann der Projektbericht damit wichtige Argumentationshilfen für die aktuellen Entscheidungen zu einer finanziellen Sicherung und einem sinnvollen Ausbau der international einzigartigen und in weiten Bereichen vorbildlichen ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Deutschland liefern. Einen Ausblick auf Weiterentwicklungen der ambulanten Behandlung liefert bereits der Artikel "Stationsäquivalente Behandlungen" in diesem Heft. Wir wünschen Ihnen angeregte Lektüre und werden in der Folge noch weitere Aspekte des Berichtes (z.B. zur stationären Versorgung und sich daraus ergebende Folgerungen) vorstellen.

Dr. Maik Herberhold

Ressourcen in der Kinder- und Jugendlichenherapie - in der OPD-2-KJ, Messung im FRKJ und darüber hinaus

Ulrich Rüth & Anna Rung

1. Ressourcen – eine Einführung

In der OPD-KJ-2 (Resch et al. 2016) werden Ressourcen unter der Achse IV – Behandlungsvoraussetzungen – gefasst als „alle protektiven Faktoren, allerdings mit eindeutiger interaktioneller Akzentuierung“¹. Unter Ressourcen versteht die OPD-KJ-2 also nicht zu messende Fähigkeiten wie z.B. die Intelligenz, sondern gelebte psychosoziale Kompetenzen, welche in der jeweiligen Lebenswirklichkeit zur Problembewältigung genutzt werden. Benannt werden dabei sowohl eine Nähe zu den MAS-Achsen III bis VI (Renschmidt et al. 2017) wie Aspekte der kommunikativen Fähigkeiten, die sich auf der Struktur- und der Beziehungsachse der OPD abbilden.

Wir sollten aber, hinausgehend über die in der OPD-KJ2 gemachten Definitionen, festhalten, dass persönliche Ressourcen und die in ihnen miterfasste, biopsychosoziale Unterstützung tief hinein reichen in die Beziehungsgestaltung, in die Ausgestaltung von interpersonalen wie intrapsychischen Konflikten bis zur Struktur der Persönlichkeit. Eine solche Betrachtungsweise geht dann aber deutlich über die in der Verhaltenstherapie übliche „Ressourcenorientierung“ (vgl. z.B. Borg-Laufs 2011) hinaus.

Die OPD (Arbeitskreis OPD, 1998) differenziert Ressourcen unter psychosozialer Integration, persönliche Ressourcen als Belastbarkeit, soziale Ressourcen und soziale Unterstützung. Die OPD2 (Stasch et al. 2014) beschreibt Ressourcen als gesundheits- und therapiefördernde persönliche Haltungen, Fähigkeiten und Eigenschaften, aber auch als Fähigkeit, das soziale Umfeld zu gebrauchen, bis hin zum Vorhandensein einer Offenheit gegenüber einer

1 Resch et al., S. 261

„psychologischen Betrachtung“ der eigenen Störung und für Anstöße des Therapeuten.

Petermann und Schmidt (2006) schlugen vor, Ressourcen als „aktuell verfügbare Potenziale“ zu beschreiben, welche die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unterstützen, im Gegensatz zu anderweitig gebundenen, noch nicht oder nicht mehr verfügbaren Potenzialen.

Was unterscheidet Ressourcen von Schutz- und Kompensationsfaktoren? Gemäß dem Risiko-Schutzfaktoren-Modell erhöhen Risikofaktoren die Auftretenswahrscheinlichkeit von Störungen. Demgegenüber mildern Schutzfaktoren als Puffer die Auswirkung von Risikofaktoren ab (Lohaus & Glüter 2014). Nach Rutter (1985) sollte nur dann von einem Schutzfaktor gesprochen werden, wenn die Auswirkung von (vorhandenen) Risikofaktoren vermindert wird. Kompensationsfaktoren werden hingegen eingesetzt, um bereits entstandene psychische Störungen zu bewältigen, oder deren Ausmaß zu verringern.

Vulnerabilitäten erhöhen die Auswirkungen von Risikofaktoren. Vulnerabilitäten wie Risiken können kumulieren. Schutzfaktoren wirken diesen Risiken entgegen. Von Schutzfaktoren abzugrenzen sind förderliche Faktoren, die selbst bei Abwesenheit von Risiken die Entwicklung begünstigen, wie z.B. die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub (Lohaus & Nussbeck 2016). In Gestalt eines Feedback-Loops können Ressourcen sowohl auf Schutzfaktoren und wie auf die allgemein förderlichen Faktoren eine positive Wirkung entfalten.

Als wichtiger Faktor einer trotz widriger Umstände gesunden kindlichen Entwicklung wurde die Verfügbarkeit (mindestens) einer engen Bezugsperson herausgearbeitet, welche an der Entwicklung des Kindes ein signifikantes Interesse hat (Werner & Smith 2001).

Andere Resilienz-spezifische Faktoren, wie z.B. das Geschlecht und soziale Fähigkeiten, sollten individuell und unter Alters- und Entwicklungsaspekten betrachtet werden, da sie ein Janusgesicht zeigen können: Weibliches Geschlecht scheint im Kindesalter vor psychischen Störungen zu schützen, im Jugendalter stellt es dagegen eine Disposition für introversive Störungen einschließlich Depression dar. Gleichzeitig scheinen aber weibliche Jugendliche über höhere soziale Einfühlungsfähigkeiten zu verfügen (Alsaker & Bütikofer 2005). – Prosoziale Fähigkeiten können den gesunden Kontakt zu einem fördernden Umfeld begünstigen. Kinder und Jugendliche, die einer sportlichen Aktivität in der Gruppe nachgehen, scheinen in ihrer Entwicklung geschützt

zu sein. Gleichzeitig kann aber die Fähigkeit, sich in einer Gruppe zu bewegen, zu Peergruppenverhalten mit Anschluss an sozial deviante Gleichaltrige führen.

Eine wesentliche Ressource in der (psycho-)therapeutischen Behandlung von Kindern oder Jugendlichen ist auch deren vorgegebene, altersbedingte Reifung und Weiterentwicklung: Regelmäßige Entwicklungsaufgaben führen bei hinreichenden Entwicklungsbedingungen zur individuellen Meisterung und häufig zu einer positiven Veränderung.

Kinder und Jugendliche kommen gerade deshalb in Therapie, weil Entwicklungsaufgaben nicht ausreichend bewältigt werden konnten, und hieraus eine Hemmung der Weiterentwicklung und in Folge eine spezifische Symptomatik entstanden sind. Die (psycho-)therapeutische Intervention sollte Entwicklungshemmungen auflösen und hierüber zum Rückgang von Symptomen führen.

2. Individuelle und umgebungsbezogene Ressourcen und deren Messung im FRKJ

Im Fragebogen zu Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen FRKJ 8-16 (Lohaus & Nussbeck 2016) wird nach dem subjektiven Erleben betroffener Kinder oder Jugendlicher gefragt. Der FRKJ unterscheidet dabei zwischen a) personalen und b) umgebungsbezogenen Ressourcen, welche sind:

a) Personale Ressourcen

- Empathie und Perspektivenübernahme (1)
- Selbstwirksamkeit (2)
- Selbstwertschätzung (3)
- Kohärenzsinn (4)
- Optimismus (5)
- Selbstkontrolle (6)

b) Umgebungsbezogene Ressourcen

- Elterliche soziale und emotionale Unterstützung (7)
- Autoritativer Erziehungsstil (8)
- Integration in die Peer-Gruppe (9)
- Schulische Integration (10)

Die im FRKJ differenzierten Bereiche von Ressourcen stehen mit Persönlichkeitsfaktoren partiell in Korrelation (Lohaus & Nussbeck 2016): Intelligenz korreliert (jeweils unter p^* -Niveau) positiv mit Empathie und Perspektivenübernahme (1), Kohärenzsinn (4), Selbstkontrolle (6), Integration in die Peer-Gruppe (9) sowie der erlebten schulischen Integration (10). – Subjektives Stresserleben zeigt keine Korrelation zu allgemeiner Vulnerabilität, wohl aber in Bezug auf geringeres Stresserleben zur Suche nach sozialer Unterstützung (p^{***}), zur problemorientierten Bewältigung (p^{***}) und zur konstruktiv-palliativen Emotionsregulation (p^{***}). Stresserleben erhöht sich im Sinne ungünstiger Korrelation zu destruktiv-ärgerbezogener Emotionsregulation (p^*), körperlicher (p^{**}) und psychischer (p^{***}) Symptomatik.

Sind also personale Ressourcen vorhanden, so wird das Ausmaß einer Symptombildung eher abgeschwächt, wie z.B. bei Impulssteuerungsproblemen, bei Störungen des Sozialverhaltens, oder aber in Bezug auf negative Auswirkungen von Stress. Gleichzeitig fördern Ressourcen konstruktive Verhaltensweisen: Während Ressourcen als Schutz- oder Kompensationsmechanismen wirken, können sie aber im ungünstigen Fall aufgrund einer dann geringeren Symptomausprägung auch die Schwelle zur Inanspruchnahme von Hilfen erhöhen. Vorhandene personale Ressourcen sollten also sicher nicht dazu verleiten, Behandlungen als nicht notwendig anzusehen.

Die Anwendung des FRKJ kann insgesamt einen guten Überblick geben, in welchen Bereichen sich Jugendliche stark oder unterstützt fühlen – um hierüber multimodal Interventionen zur Ressourcennutzung anzustoßen. Gerade narzisstisch getönte Selbstwertstörungen können hierüber modelliert werden.

3. Ressourcen und OPD

Die operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD (Arbeitskreis OPD 1998; Resch et al. 2016) bleibt orientiert an vorhandenen Defiziten – Aspekte vorhandener Ressourcen finden sich eher ‚versteckt‘ auf den unterschiedlichen Achsen.

Elterliche soziale Unterstützung und ein autoritativer Erziehungsstil könnten genuin als Behandlungsvoraussetzungen angesehen werden (Ache I OPD2/Achse IV OPD-KJ-2). Sie könnten aber auch auf das Beziehungsverhalten und -erleben bezogen werden (Achse II OPD2/Achse III OPD-KJ-2). Das Erleben der Integration in die Peergruppe oder die schulische Integration wären wiederum Behandlungsvoraussetzungen: Soziale Integration wird in der OPD-KJ-2 ausdrücklich als persönliche Ressource auf Achse IV gelistet.

Auf der Beziehung Achse III unterscheidet die OPD-KJ-2 dyadische und triadische Beziehungen, objekt- und subjektgerichtete Kreise, die Resonanz des Untersuchers sowie den selbstbezüglichen Kreis. Positive Beziehungsgestaltung – interessiert, liebevoll, freundlich-anleitend, offen-unbefangen, freudig im Kontakt, vertrauensvoll – können zwanglos als personale Ressourcen verstanden werden. Gleiches gilt für das Erleben des Gegenübers als Reaktion auf ein Kind oder einen Jugendlichen – verstehbar als angestoßene Gegenübertragung. Bei Betrachtung der Selbstbezüglichkeit können eigenes sorgloses Erleben, Zufriedenheit, Selbstfürsorge, Sich-Genuss-Verschaffen als Ressourcen verstanden werden. Gleiches gilt sowohl für die Fähigkeit zum Beziehungswechsel in Triaden wie für den Respekt gegenüber den Bedürfnissen Anderer.

Das Erleben von Selbstwirksamkeit und Selbstwert steht im Zusammenhang mit der narzisstischen Thematik, und lässt sich damit bei schwacher Ausprägung und konsekutiver narzisstischer Kränkung auf der Konfliktachse (Achse I OPD-KJ-2) verorten. Handelt es sich um ein strukturelles Thema im Sinne der Selbstwertregulation, ist die Strukturachse (Achse II OPD-KJ-2) zu adressieren. – Diskutabel wäre, inwiefern ein aktiver Modus nach OPD auf der jeweiligen Konfliktebene nicht gleichfalls als Ressource zu fassen wäre – würde hier nicht die störende Symptombildung die Selbstwirksamkeit des Betroffenen überschatten.

Die Strukturachse der OPD-KJ-2 spricht von „strukturellen Fähigkeiten“: hierzu gehören Impulssteuerung, Affekttoleranz, Integration von Steuerungsinstanzen, Selbstwertregulation, Köhärenz, Selbsterleben, Selbst-Objekt-Differenzierung, Objekterleben, Zugehörigkeit, Phantasie-Nutzung, emotionale Kontaktaufnahme, Reziprozität, Affekterleben, Empathie, Trennungsfähigkeit, Zugang zu Bindungsrepräsentationen, sichere innere Basis, die Fähigkeit alleine zu sein, Nutzung von Bindungsbeziehungen. Sind diese Fähigkeiten vorhanden, sind sie als personale Ressourcen zur Nutzung im Therapieprozess anzusehen – oder im struktur- und damit ressourcenorientierten Therapieprozess aufzubauen.

Weitere wichtige Ressourcen stellen eine gegebene soziale Attraktivität – zum Teil als Temperamentseigenschaft – sowie eine prosoziale Einstellung mit gleichsinnigen Fähigkeiten dar. Soziale Fertigkeiten und Fähigkeiten beruhen allerdings wiederum auf kognitiven Möglichkeiten und altersgemäßer Mentalisierungsfähigkeit, welche letztlich als Behandlungsvoraussetzungen zu verstehen sind.

Je stärker personale Ressourcen vorhanden sind, umso weniger sind strukturelle Störungen (Achse II OPD-KJ-2) bzw. dysfunktionale Beziehungsmuster (Achse III OPD-KJ-2) zu erwarten. Symptombildungen finden dann im Bereich intrapsychischer Abwehrfunktionen und interner Konflikte (Achse I OPD-KJ-2) statt. Je ausgeprägter die Ressourcenqualität, umso eher wird also ein psychoanalytisch orientiertes Vorgehen in der Psychotherapie möglich und angezeigt sein. Sind Ressourcen schwach ausgeprägt, müssten sie strukturorientiert aufgebaut werden, was eher die Indikation zur Verhaltenstherapie bahnt.

4. Ressourcen und gute biografische Erfahrungen

Biografische Erfahrungen von Akzeptanz, sicherer Bindung und einfühlsamen, d.h. zur Mentalisierung fähigen Bezugspersonen fördern die Fähigkeit zu Umstellungen, die in Schwellensituationen gefordert sind. Die Fähigkeit zu Umstellungen muss im psychotherapeutischen Prozess bei niedrigem Strukturniveau noch aufgebaut werden. Ist sie ausreichend vorhanden, ist sie im therapeutischen Prozess Grundlage für therapeutische Veränderungen. Daneben können gute biografische Erfahrungen im Sinne sozialer Beziehungserfahrungen im therapeutischen Geschehen als selbstwertstabilisierende Modelle dienen, um frühere oder aktuelle Mangelenerfahrungen zu regulieren. Gerade hier setzen tiefenpsychologisch-fundierte Interventionsstrategien an, die vorhandene Ressourcen aktiv nutzen.

5. Elterliche Ressourcen

Eltern wollen – außer sie sind antisozial eingestellt oder schwerer psychiatrisch erkrankt – gute Eltern sein, was als intrinsische soziale Ressource angesehen werden kann. Elternschaft ist eine biografische Aufgabe, die in natürlicher Weise gut bewältigt werden will. Wird Eltern eine für sie nachvollziehbare Unterstützung zu guter Elternschaft angeboten, werden sie dieses Angebot mindestens versuchsweise nutzen. Ausreichend gesunde Eltern wollen ihr Kind verstehen, es pädagogisch unterstützen und sich selbst dabei gemäß ihren Möglichkeiten und zugunsten ihres Kindes regulieren. Ausreichend gesunde Eltern erleben eine Freude bei Entwicklungsschritten ihrer Kinder und wollen sie in angemessener Selbständigkeit unterstützen, damit die Kinder ihre Aufgaben besser erfüllen können.

Elterliche Einfühlung, Selbstregulation und die Fähigkeit zur pädagogischen Regulation des Kindes beruhen auf den Mentalisierungsfähigkeiten der Eltern und haben damit einen engen Bezug zur elterlichen Bindungsrepräsentanz. Im therapeutischen Prozess liegt eine herausragende Bedeutung in der Fähigkeit von Eltern zu differenzieren zwischen einerseits elterlichen biographisch begründeten „neurotischen“ Verhaltensweisen und Verstrickungen und auf der anderen Seite den spezifischen eigenen Schwierigkeiten ihres Kindes. Ausreichend gesunde Eltern werden ihr Kind gerne vor elterlicher Dysregulation und elterlichem Fehlverhalten schützen, und werden hierfür gerne Hilfe annehmen. Verfügen Eltern als Ressource über eine ausreichende Fähigkeit zur Umstellung eigenen Verhaltens, können sie in Bezugspersonengesprächen angebotene Reflexions- und Unterstützungsangebote wesentlich leichter annehmen und in konkretes Handeln umsetzen.

Unabhängig von psychischen Ressourcen stellen aber auch die finanziellen Möglichkeiten von Familien eine wichtige Ressource im therapeutischen Prozess dar, z.B. zur Gestaltung von selbstwirksam erlebter Freizeit und zur Förderung der Kinder einschließlich einer durch die Gesellschaft nicht angebotenen passenden Beschulung.

6. Gesellschaftliche Ressourcen

Ressourcen im sozialen Umfeld stellen Freundschaften dar, aber auch jene Erwachsene, auf die positive Übertragungen möglich sind wie Lehrer, Verwandte oder auch Jugendleiter.

Eine gesellschaftliche Ressource besteht auch in den Möglichkeiten, einem Kind oder Jugendlichen über die Jugendhilfe eine individualisierte Förderung und/oder Beschulung anzubieten; bei älteren Jugendlichen sind angemessene Ausbildungs- bzw. Arbeitsangebote analog anzusehen. – Angebote offener Jugendarbeit ermöglichen Kindern und Jugendlichen eine sinnhafte Gestaltung von Freizeit und sozialer Beziehungen.

7. Ressourcen auf Seiten des Therapeuten

Eine wesentliche Ressource der Therapeutin/des Therapeuten besteht in der Fähigkeit zum Anschluss an Erlebenswirklichkeiten ihrer Patienten: Also unter Beachtung therapeutischer Abstinenz und Fachlichkeit mit dem Erleben des Kindes oder Jugendlichen, „mit dessen Augen“ und „in dessen Schuhen“ mitzugehen. Der Kinder- und Jugendlichentherapeut changiert damit zwi-

schen Peer – also Kind oder Jugendlichen – und dem weit erfahrenen Helfer, auf den Übertragungen möglich sind. Sich mit seinem Therapeuten zu identifizieren, erleichtert es dem jungen Patienten, an seine eigene Entwicklung zu glauben.

Eine wesentliche Ressource auf der Seite des Therapeuten ist hierbei die Fähigkeit zur Geduld und zur Toleranz gegenüber Symptomen und sozialen Problemen und seine eigene Bescheidenheit. Eltern und ihre Kinder sind Experten für ihre Biografie, für das Ausmaß von Problemen, ertragbarem Leid wie für vorhandene Fähigkeiten, Probleme zu ertragen. Authentizität und Bescheidenheit des Therapeuten ermöglichen erst jene ehrliche Dankbarkeit auf Seiten der betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Eltern, welche wesentlich für die Auflösung biografischer Verstrickungen ist.

8. Ressourcenorientierung in der Therapie

Veränderungen können entstehen, wenn sich Kinder, Jugendliche und deren Eltern nicht als Opfer von Lebenssituationen und Symptomen erleben, sondern sich über biografische Widrigkeiten hinweg dennoch als selbstwirksam erfahren. Ressourcen sind nicht statisch entweder vorhanden oder nicht, sondern können durch therapeutische Interventionen aktiviert und nutzbar gemacht werden. Aktivierte Ressourcen ermöglichen wiederum die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Unterstützung durch Andere, unabhängig vom möglichen Ziel einer Symptomveränderung oder Lösung der Entwicklungshemmung.

Ressourcenorientierung bedeutet also, dass auf therapeutischer Seite Ressourcen identifiziert und aktiv fokussiert werden. Gerade unter Beachtung angezielter Entwicklungsförderung sind symptomreduzierende Interventionen anfänglich besonders hilfreich. Sie stärken die therapeutische Allianz, vermindern die Bindung von Energien und Ressourcen zur Symptombewältigung und stärken positive Selbst- wie Objektrepräsentanzen.

Im Sinn eines Zwiebelschalenmodells – von außen nach innen gehend – würde zur Ressourcenorientierung zumindest anfänglich auch eine medikamentöse Unterstützung gehören. Gleiches gilt für Anpassungen und Veränderungen im schulischen Anforderungsprofil, ebenso wie für eine über die Bezugspersonenarbeit hinausgehende spezifische psychiatrische oder therapeutische Behandlung der Eltern.

Literatur

- Alsaker FD; Bütikofer A* (2005): Geschlechtsunterschiede im Auftreten von psychischen und Verhaltensstörungen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14: 169-180
- Arbeitskreis OPD (Hg)* (1998): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. 2. korrigierte Aufl. Bern, Göttingen: Hans Huber
- Borg-Laufs M* (2011): Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Manual für die Therapieplanung. (SDS-KJ). Tübingen: Dgvt-Verlag
- Lohaus A; Nussbeck FW* (2016): FRKJ 8-16. Fragebogen zu Ressourcen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe
- Petermann F; Schmidt MH* (2006): Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung* 15 (2): 118-127
- Remschmidt H; Schmidt MH; Poustka F (Hg)* (2017): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-5. 7. Aktualisierte Aufl. Göttingen: Hogrefe
- Resch F; Romer G; Schmeck K (Hg)* (2016): OPD-KJ-2. Göttingen: Hogrefe
- Rutter M* (1985): Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-611
- Stasch M; Grande T; Hanssen P; Oberbracht C; Rudolf G* (2014): OPD-2 im Psychotherapie-Antrag. Bern: Huber
- Werner EE; Smith RS* (2001): Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery. Ithaca: Cornell University Press

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ulrich Rüth
Goethestraße 54, D-80336 München
ulrich.rueth@mnet-online.de

Stationsäquivalente Behandlung (StäB)

Ingo Spitzcok von Brisinski

Hausbesuche durch einen Arzt, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden haben eine lange Tradition. Die Bestimmungen zu den vertragsärztlichen Hausbesuchen finden sich im zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vereinbarten Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä, aktuelle Version 2018) in § 17(6): Die Besuchsbehandlung ist zwar grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. *Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist jedoch (unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen) auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:*

1. wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
2. wenn bei Patienten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

Fachtherapeuten werden bei Bedarf vom Arzt per Heilmittelverordnung beauftragt, die Therapie in der Wohnung des Patienten durchzuführen.

Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen können bei Vorliegen einer Überweisung eines Vertragsarztes oder Heimarztes ebenfalls eine aufsuchende Behandlung durchführen (Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung).

Diese durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater oder kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen durchführbaren aufsuchenden Behandlungen im häuslichen Umfeld des Patienten umfassen jedoch nur eine Behandlungsintensität, die einer *ambulant*en Behandlung entspricht.

Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld der Patienten im Umfang einer *teil- oder vollstationären* Behandlung war bisher ausschließlich kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen vorbehalten, die mit den Krankenkassen ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V vereinbart haben (bisher in Deutschland nur sehr wenige), geregelt durch OPS 9-691 (DIMDI 2018a) „Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationsersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen“, oder im Rahmen von Projekten der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V, in der Regel verbunden mit dem Begriff „Hometreatment“.

Das PsychVVg (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen) hat durch Änderungen im SGB V (§39, §115d) für alle psychiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung nun die Möglichkeit geschaffen, ab 01.01.2018 *stationsäquivalente* Behandlung (StäB) durchzuführen (§ 115d SGB V). StäB umfasst eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld des Patienten und stellt bei Bedarf neben der aufsuchenden Behandlung auch Ressourcen der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik für ergänzende Diagnostik und Therapie zur Verfügung.

StäB unterscheidet sich von den meisten der o. g. Modellvorhaben durch die Fokussierung auf die Akutbehandlung psychisch Kranker, die im deutschen Regelversorgungssystem bisher nur im stationären Rahmen behandelt werden können. Eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit ist zentrale Voraussetzung für die stationsäquivalente Behandlung. Erfahrungen aus den Modellprojekten können hilfreich für die Planung von StäB sein, sind aber nicht hinreichend. Dasselbe gilt für Erkenntnisse aus evidenzbasierten Behandlungsformen aus anderen Ländern: Die Versorgungssysteme für psychisch Kranke sind ebenso wie das gesamte Gesundheitswesen vom deutschen System so verschieden, dass eine einfache Übertragung von Forschungsergebnissen nicht möglich ist (Längle et al. 2017).

Unterschiede zwischen aufsuchender Behandlung, Hometreatment und StäB

Es gibt bei StäB teils deutliche Unterschiede zu bisherigen Formen aufsuchender Behandlung bzw. Hometreatment, so dass diese Begriffe **nicht** synonym verwendet werden sollten.

Unterschiede bestehen u. a. bzgl. Art der Finanzierung, Intensität, Gesamtdauer, beteiligte Berufsgruppen.

Art der Finanzierung:

Jugendhilfe:

- Aufsuchende Familientherapie (AFT) ist seit vielen Jahren etabliert (Conen 2017) und wird in der Regel gemäß § 27 SGB VIII Abs. 3 („Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen“) finanziert.
- Multisystemische Therapie (MST, Henggeler et al. 2012) ist ein empirisch gut abgesichertes (von Sydow et al. 2006, Boege et al. 2015) aufsuchendes Verfahren, das sich an 12- bis 17jährige Jugendliche mit einer ausgeprägten Störung des Sozialverhaltens vor einer drohenden Fremdunterbringung richtet. Während MST seit Jahren bereits in über 30 Ländern und über 400 Programmen durchgeführt wird, steht die Implementierung in Deutschland noch ganz am Anfang.
- In Teilen der Niederlande, wo die kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen mittlerweile nicht mehr von den Krankenkassen, sondern von den Gemeinden bezahlt werden, wird mittlerweile ein sehr hoher Anteil kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen von Patienten, die früher vollstationärer Behandlung bedurften, mittels IHT (Intensieve thuisbehandeling) bzw. KIT (Kinder- en jeugdpsychiatrische intensieve thuisbehandeling) zu Hause durchgeführt. Allerdings werden hier Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und/oder Störungen des Sozialverhaltens durch andere Versorgungssysteme versorgt.

Gesetzliche Krankenversicherung:

- Hausbesuche können von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern im Rahmen einer ambulanten Behandlung durchgeführt werden (s. o.).
- Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen können ebenfalls eine aufsuchende Behandlung durchführen (s. o.).
- Im Rahmen der bisherigen vollstationären „Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ (OPS 9-65, DIMDI 2018b) können übende Verfahren und prospektive Hilfekoordination hinsichtlich geplanter Reintegration in Schule und soziales Umfeld auch als „Hometreatment“ von pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen und Spezialtherapeuten (Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Sozialarbeiter, etc.) durchgeführt werden.
- Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld der Patienten im Umfang einer teil- oder vollstationären Behandlung („Halbtägiges Hometreatment“ oder „Ganztägiges Hometreatment“) können kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen durchführen, die mit den Krankenkassen ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V vereinbart haben (OPS 9-691, s. o.).
- Seit dem 1.1.2018 dürfen alle kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen „Stationsäquivalente Behandlung“ gemäß OPS 9-801 (DIMDI 2018c) durchführen.

Intensität:

- *Aufsuchende Familientherapie (AFT):* Insgesamt 26 Familientherapie-sitzungen. Eine familientherapeutische Einheit umfasst 5,5 Zeitstunden pro Fachkraft pro Woche und schließt alle notwendigen personen- und nicht personenbezogenen Tätigkeiten (z. B. Vor- und Nachbereitung, Austausch mit Co-TherapeutInnen, Supervision, notwendige Mitarbeiterbesprechungen etc.) ein. Diese Familientherapieeinheiten beinhalten keine Fahrtzeiten (DGSF 2009).
- *Halbtägiges Hometreatment gemäß OPS 9-691.1:* Die Behandlung des Patienten erfolgt im häuslichen Umfeld über mindestens 105 Minuten

bis maximal 209 Minuten pro Tag. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet.

- *Ganztägiges Hometreatment gemäß OPS 9-691.0*: Die Behandlung des Patienten erfolgt im häuslichen Umfeld über mindestens 210 Minuten pro Tag. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet.
- *Multisystemische Therapie (MST)*: 4 bis 5 Hausbesuche pro Woche, außerdem 24 Stunden pro Tag an 365 Tagen im Jahr Bereitschaftsdienst. Eine MST-Therapeutin ist für maximal vier Familien zuständig.
- *Stationsäquivalente Behandlung (StäB)*: Es erfolgt mindestens ein direkter Patientenkontakt durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams pro Tag. Die Spannbreite der Kodierung reicht von „bis 30 Minuten pro Tag“ bis zu „mehr als 240 Minuten pro Tag“. Wöchentliche ärztliche Visite im direkten Patientenkontakt, in der Regel im häuslichen Umfeld. Wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechung, in die mindestens 3 der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen einbezogen werden. Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft). Darüber hinaus 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus. Bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung umgehend vollstationäre Aufnahme.

Gesamtdauer:

- *Aufsuchende Familientherapie (AFT)*: 26 Wochen bis 52 Wochen
- *Hometreatment gemäß OPS 9-691*: Grundsätzlich keine Beschränkung, aber abhängig von den mit den Krankenkassen verhandelten Konditionen sowie im Einzelfall von der Beurteilung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Behandlungsdauern von mehr als 3 Monaten sind eher ungewöhnlich.
- *Multisystemische Therapie (MST)*: 4 bis 6 Monate
- *Stationsäquivalente Behandlung (StäB)*: Grundsätzlich keine Beschränkung, aber abhängig von den mit den Krankenkassen verhandelten Konditionen sowie im Einzelfall von der Beurteilung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Behandlungsdauern von mehr als 3 Monaten sind eher ungewöhnlich.

Beteiligte Berufsgruppen:

- *Aufsuchende Familientherapie (AFT)*: Psychosozialer Hoch- bzw. Fachhochschulabschluss + mindestens 3jährige familientherapeutische/systemische Weiterbildung an einem DGSF- bzw. SG-anerkannten Institut. Die MitarbeiterInnen sind durch DGSF/SG zum/zur Systemischen (Familien-)TherapeutIn zertifiziert.
- *Multisystemische Therapie (MST)*: Psychologen, Sozialpädagogen
- *Stationsäquivalente Behandlung (StäB)*: Multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Das Team besteht aus ärztlichem Dienst, pädagogisch-pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe (z.B. Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Heilpädagoge, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeut, Logopäde o. ä.).

Ausschlusskriterien:

- *Multisystemische Therapie (MST)*: Alter unter 12 Jahren oder über 17 Jahre. Wenn keine Störung des Sozialverhaltens vorliegt oder Verhaltensweisen, die einer solchen Störung ähneln, z.B. Delinquenz, aggressives oppositionelles Verhalten, Schulverweigerung, Substanzmissbrauch. Wenn das familiäre Bezugssystem zur Mitarbeit nicht bereit ist oder ein familiäres Bezugssystem nicht zur Verfügung steht. Das MST-Team in Mainz nennt zudem folgende Ausschlusskriterien: schwerwiegende psychiatrische Störungen, wie z. B. akute Psychose und/oder akute Suizidalität bzw. Fremdgefährdung in schwerer Form; massiv sexuell übergriffiges Verhalten ohne weiteres delinquentes oder dissoziales Verhalten; tiefgreifende Entwicklungsstörung (z.B. Autismus); schwere Drogenabhängigkeit (hier muss erst ein Entzug durchgeführt werden).
- *Hometreatment gemäß OPS 9-691*: Wenn die kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik bzw. Abteilung mit der/den Krankenkasse(n) kein Modellvorhaben nach § 64b SGB V vereinbart hat.
- *Stationsäquivalente Behandlung (StäB)*: Wenn keine psychische Erkrankung vorliegt, keine Indikation für eine vollstationäre Behandlung besteht oder das häusliche Umfeld nicht für StäB geeignet ist (z. B. mangelnde Kooperationsfähigkeit, Zuverlässigkeit oder Einsichtsfähigkeit;

Patienten, bei denen der familiäre Hintergrund Ursache der Erkrankung ist; keine Möglichkeiten zum Vier-Augen-Gespräch; drohende Kindeswohlgefährdung.)

Der vom DIMDI (2018c) für 2018 herausgegebene OPS zu StäB lautet:

9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Exkl.:

Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-656)

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672)

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686)

Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (9-691 ff.)

Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-693 ff.)

Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (9-694 ff.)

Hinw.: Der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) ist gesondert zu kodieren

Diese Codes sind für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die zu Beginn der stationsäquivalenten Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr).

Voraussetzung für die stationsäquivalente Behandlung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer Indikation für eine stationäre Behandlung.

Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld des Patienten.

Sie stellt bei Bedarf neben der aufsuchenden Behandlung auch die Nutzung weiterer Ressourcen der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (je nach Bundesland und Träger im Bedarfsfall auch der Schule für Kranke) für ergänzende Diagnostik und Therapie sicher.

Diese Codes sind für jeden Tag mit stationsäquivalenter Behandlung berufsgroupenspezifisch anzugeben. Therapiezeiten eines Tages einer Berufsgruppe sind zu addieren. Fahrzeiten werden nicht angerechnet.

Bei Eltern-Gruppentherapien oder Eltern-Kind-Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 8 Familien oder 15 Teilnehmer begrenzt. Gruppen mit 4 bis 10 Teilnehmern werden in aller Regel nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt. Gruppen mit 11 bis 15 Teilnehmern müssen nach dem 2-Therapeuten-Prinzip geführt werden. Pro Gruppentherapie dürfen Therapiezeiten für maximal 2 Therapeuten angerechnet werden. Die Dauer der Gruppentherapie ist mit der Anzahl der Therapeuten zu multiplizieren und dann durch die Anzahl der teilnehmenden Patienten zu teilen. Diese Zeit wird jedem teilnehmenden Patienten angerechnet.

Die Codes sind ebenfalls für Leistungen anzugeben, die von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern (§ 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V) erbracht werden.

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein mobiles multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
- Team bestehend aus ärztlichem Dienst, pädagogisch-pflegerischem Dienst (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe (z.B. Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie) oder Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Heilpädagoge, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeut, Logopäde))

- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden)
 - Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)
- Durchführung einer wöchentlichen ärztlichen Visite (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge) im direkten Patientenkontakt, in der Regel im häuslichen Umfeld. Der Facharztstandard ist zu gewährleisten
- Durchführung einer wöchentlichen multiprofessionellen Fallbesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge), in die mindestens 3 der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ggf. unter Einbeziehung kooperierender Leistungserbringer nach § 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V einbezogen werden. Die Fallbesprechung kann unter Zuhilfenahme von Telekommunikation geschehen
- Behandlung auf der Grundlage eines individuellen Therapieplans, orientiert an den Möglichkeiten und dem Bedarf des Patienten
- Es erfolgt mindestens ein direkter Patientenkontakt durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams pro Tag. Kommt ein direkter Kontakt nicht zustande aus Gründen, die der Patient zu verantworten hat, zählt der unternommene Kontaktversuch dennoch als direkter Patientenkontakt
- Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sicherzustellen (Rufbereitschaft). Darüber hinaus ist eine jederzeitige, 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche, ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus zu gewährleisten. Bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung muss umgehend mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können

- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch/einzeltherapeutische Intervention
 - Einzelpsychotherapie mit kind- und jugendgerechten Verfahren
 - Entspannungsverfahren
 - Ärztliche oder psychologische therapeutische Familienkontakte, Elterngespräche, Familiengespräche und Familientherapie und/oder Gespräche/Kontakte mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie)
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung (Kind/Jugendlicher und Bezugspersonen), Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
 - (Störungsspezifische) Psychoedukation
 - Helferkonferenzen (z.B. Jugendhilfe)
 - Anleitung von Bezugspersonen im Umgang mit dem Patienten, z.B. Begleitung von Deeskalationen
 - Gruppenpsychotherapie
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Behandlungseinheiten durch die kinder- und jugendpsychiatrische Pflege/Bezugspflege des Pflege- und Erziehungsdienstes (z.B. alltagsbezogenes Training, Anleitung und Förderung der Selbständigkeit, Stuhltraining, Esstraining, Verstärkerplan, Feedbackrunden)
 - Anleitung bei sozialer Interaktion
 - Gelenkte Freizeitaktivitäten, Medienpädagogik, Erlebnispädagogik/-therapie mit therapeutischem Auftrag gemäß Gesamtbehandlungsplan
 - Heilpädagogische oder ergotherapeutische Förder- und Behandlungsverfahren (auch als Eltern-Kind-Interaktionsförderung)
 - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)

- Bewegungstherapie, Mototherapie, Logopädie
- Übende Verfahren und prospektive Hilfeoordination hinsichtlich der geplanten Reintegration in Schule und soziales Umfeld
- Gespräche mit Behördenvertretern
- Ergotherapeutische Behandlungsverfahren, Krankengymnastik, Entspannungsverfahren
- Unterstützung (der Eltern) bei alltäglichen Verrichtungen und Förderung der selbständigen Konfliktklärung mit dem Kind, ggf. mit Video-Feedback, ggf. mit spezifischen Deeskalationstechniken
- Einübung spezialisierter Therapiemodule gemeinsam mit den Eltern
- Spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining, Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Familienmitgliedern wie Spiel, Sport, Freizeit)
- Angehörigengespräche und gezielte Anleitung von Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu, dem familiären oder sozialen Raum
- Interventionen hinsichtlich der geplanten Überleitung in andere Behandlungssettings oder rehabilitative Anschlussmaßnahmen (z.B. Jugendhilfe)

9-801.0 Therapiezeiten am Patienten durch Ärzte

- .00 Bis 30 Minuten pro Tag
- .01 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .02 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag
- .03 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .04 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .05 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .06 Mehr als 240 Minuten pro Tag

9-801.1 Therapiezeiten am Patienten durch Psychologen

- .10 Bis 30 Minuten pro Tag
- .11 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .12 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag

- .13 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .14 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .15 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .16 Mehr als 240 Minuten pro Tag

9-801.2 Therapiezeiten am Patienten durch Spezialtherapeuten

- .20 Bis 30 Minuten pro Tag
- .21 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .22 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag
- .23 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .24 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .25 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .26 Mehr als 240 Minuten pro Tag

9-801.3 Therapiezeiten am Patienten durch pädagogisch-pflegerische Fachpersonen

- .30 Bis 30 Minuten pro Tag
- .31 Mehr als 30 bis 60 Minuten pro Tag
- .32 Mehr als 60 bis 90 Minuten pro Tag
- .33 Mehr als 90 bis 120 Minuten pro Tag
- .34 Mehr als 120 bis 180 Minuten pro Tag
- .35 Mehr als 180 bis 240 Minuten pro Tag
- .36 Mehr als 240 Minuten pro Tag

Umsetzungshinweise der DKG (2017)

Zulassung	Krankenhäuser oder psychiatrische Fachabteilungen mit regionaler Versorgungspflicht
Indikation	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch ambulante oder teilstationäre Behandlung (einschließlich häuslicher Pflege) erreichbar ist. • Kein Vorrangprinzip StäB vor Stationär • Entscheidung obliegt dem Krankenhaus in Abstimmung mit Patienten und deren Angehörigen
Häusliches Umfeld/ Eignung	<p>Es dürfen keine Faktoren oder Personen im häuslichen Umfeld dem Erreichen des Behandlungsziels entgegenstehen.</p> <p>Prüfung durch das Krankenhaus vor Beginn und während der Behandlung.</p> <p>Kriterien u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine Möglichkeit zu 4-Augen-Gespräch - Kindeswohlgefährdung droht oder liegt vor - Häusliche Gewalt und Täter lebt im Haushalt
Häusliches Umfeld/ Zustimmung	Zustimmung des häuslichen Umfelds (oder der Einrichtung) muss vorliegen und muss dokumentiert werden. Formelle schriftliche Zustimmung ist nicht vorgeschrieben.
Beauftragung Dritter	<p>Das Krankenhaus kann an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer mit der Durchführung von Teilen der Behandlung (nicht mehr als die Hälfte) beauftragen.</p> <p>Es wird grundsätzlich empfohlen, mit den bestehenden regionalen psychiatrischen Versorgungssystemen vor Ort eng zu kooperieren.</p> <p>Die Gesamtverantwortung für die Behandlung bleibt beim Krankenhaus.</p>
Behandlungsteams	<p>Mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams</p> <p>Fachärztliche Leitung: Gesamtverantwortung</p> <p>Mindestens 3 Berufsgruppen beteiligt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arzt - Pflege - Weitere Berufsgruppe (siehe OPS)

Leistungen	<p>StäB umfasst alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sind.</p> <p>Psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld; entspricht hinsichtlich ihrer Inhalte sowie der Flexibilität und der Komplexität der vollstationären Behandlung.</p>
Patientenkontakte	<p>Mindestens ein Mitglied des Behandlungsteams hat mindestens einmal täglich einen direkten Patientenkontakt</p> <p>Weitere Kontakte auch telefonisch möglich</p> <p>Der unternommene Kontaktversuch zählt als direkter Patientenkontakt</p> <p>Mindestens einmal wöchentlich ärztliche Visite im häuslichen Umfeld (Facharztstandard)</p>
Fallbesprechungen	<p>Mindestens einmal pro Woche</p> <p>Unter Beteiligung von mindestens 3 Berufsgruppen</p> <p>Ggf. sind weitere beauftragte Leistungserbringer einzubeziehen.</p>
Therapieort	<p>Primär im häuslichen Umfeld der Patienten, darüber hinaus auch an anderen Orten. So soll es beispielsweise möglich sein, an Gruppentherapien im Krankenhaus teilzunehmen.</p>
Kindeswohl	<p>Wenn minderjährige Kinder im Haushalt leben:</p> <p>Kindeswohlgefährdung und Versorgung von Säuglingen sind zu prüfen.</p> <p>Pat hat ggf. Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 SGB V; diese umfasst auch Betreuung und Beaufsichtigung von im Haushalt lebenden Kindern. Es besteht Antragspflicht.</p>
Eltern-Kind-Behandlung	<p>Die kinder- und jugendpsychiatrische fachärztliche Leitung hat gemeinsam mit der erwachsenenpsychiatrischen fachärztlichen Leitung zu prüfen, ob eine gemeinsame Eltern-Kind-Behandlung indiziert ist.</p>
Versorgung des Patienten	<p>Die Versorgung des Patienten ist sicherzustellen.</p> <p>Anspruch auf Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern bleibt bestehen (etwa stationäre oder ambulante Pflege)</p>
Begleiterkrankungen	<p>Bei Vorliegen einer stationär behandlungsbedürftigen somatischen Krankheit: Krankenhausaufnahme</p> <p>Bei ambulant behandelbaren Begleiterkrankungen</p>

Sicherstellung der Behandlung	<p>Verbindliche Vorgehensweisen, wie wechselnde Bedarfslagen des Patienten berücksichtigt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbindliche schriftliche Vorgehensweise - Diese soll mit dem Patienten kommuniziert werden - Krisenpass <p>Erreichbarkeit des Behandlungsteams werktags zu den üblichen Arbeitszeiten (Rufbereitschaft)</p> <p>Darüber hinaus ist jederzeitige ärztliche Eingriffsbereitschaft zu gewährleisten.</p> <p>Bei Verschlechterung des Zustands des Patienten muss umgehend mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden können.</p>
Entlassmanagement	Die Regelungen des stationären Entlassmanagements gelten

Checkliste Eignung für stationsäquivalente Behandlung (StäB)

Diese Checkliste dient der Erstprüfung, ob ein Patient und sein Umfeld für stationsäquivalente Behandlung (StäB) geeignet sind. Erst nach dieser Prüfung durch den Aufnahmearzt kann die Behandlung im häuslichen Umfeld stattfinden.

	Eignung des Klienten	Ja	Nein
1.	Besteht grundsätzlich eine Indikation für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung?		
1a	Ist aus Sicht des Klienten und der Klinik eine Behandlung im häuslichen Umfeld zu bevorzugen?		
2.	Steht die Behandlung einer oder mehrerer kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen im Vordergrund?		
3.	Besteht vom Klienten ausgehende Fremdgefährdung?		
4.	Besteht akute Eigengefährdung des Klienten?		
5.	Stehen somatische Erkrankungen im Vordergrund?		
6.	Steht eine Suchterkrankung im Vordergrund?		

	Eignung des häuslichen Umfelds	Ja	Nein
1.	Liegt der Wohnort des Klienten im kinder- und jugendpsychiatrischen Pflichtversorgungsgebiet?		
2.	Besteht im häuslichen Umfeld die Möglichkeit zum therapeutischen Vier-Augen-Gespräch?		
3.	Besteht häusliche Gewalt?		
4.	Sind alle im Haushalt lebenden Personen mit StäB einverstanden?		
4a	Ist die Einrichtung, in der der Klient lebt, mit StäB einverstanden?		
5	Besteht oder droht Kindeswohlgefährdung von im Haushalt lebenden Kindern?		

Organisatorische Rahmenbedingungen

Das StäB-Team muss aus mindestens 3 ständigen Mitarbeitern der o. g. drei Berufsgruppen bestehen.

Diese können entweder ausschließlich bzw. überwiegend StäB durchführen und nicht ständige Mitglieder eines oder mehrerer Stationsteams sein, d. h. alle StäB-Patienten der Abteilung bzw. Klinik werden von einem konstanten StäB-Team behandelt.

Oder das StäB-Team wird je Patient aus jeweils anderen Mitarbeitern zusammengestellt: Ein wesentliches Ziel des deutschen Gesetzgebers ist die Förderung einer personenzentrierten sektorenübergreifenden Behandlung innerhalb des kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungssystems. Ein vom sonstigen Versorgungssystem eher abgekoppeltes StäB-Spezialteam mit eigenständigem Zugang und Abgabe der Patienten nach der akuten Krisenbehandlung entspricht nicht der Vorstellung stationsäquivalenter Behandlung. Im Idealfall findet die Behandlung durch dasselbe Abteilungsteam statt wie die stationäre, tagesklinische oder ambulante Behandlung auch. StäB bedarf nicht zwangsläufig eines eigenen festen Teams, sondern es bedarf der mit dem Patienten vertrauten Behandler, die abhängig von der aktuell notwendigen Behandlungsintensität diese an dem Ort erbringen, der für den Patienten am geeignetsten ist. So können Therapeut und Bezugsbetreuer ihren Patienten im besten Falle sowohl stationär als auch ambulant, aber auch stationsäquivalent zu Hause behandeln. Die Versorgungssektoren lösen sich im Erleben des Patienten auf. Leistungsrechtlich dagegen bleiben die Sektoren unverändert

bestehen, sowohl im Rahmen des SGB V als auch darüber hinaus (Längle et al. 2017).

Ambulant vorbehandelte Patienten, bei denen ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht und StäB indiziert ist, können durch die bisher ambulant behandelnden Personen im Rahmen von StäB weiterbehandelt werden, da gemäß § 115d Abs. 1 Satz 3 SGB V das Krankenhaus, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer (also auch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater) mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen kann.

Beide Organisationsformen – ständiges StäB-Team (sST) einerseits und je Patient individuell zusammengestelltes (izST) andererseits – haben gravierende inhaltliche und organisatorische Vor- und Nachteile.

So ist beispielsweise bei izSTs zwar die personelle Kontinuität sektorübergreifend eher realisierbar, dafür ist der Qualifizierungsaufwand aufgrund der deutlich höheren Anzahl in Betracht kommender Mitarbeiter deutlich höher. Auch kann davon ausgegangen werden, dass ein sST innerhalb relativ kurzer Zeit über mehr Erfahrungen, Routine und Kompetenz in der aufsuchenden Behandlung verfügt als ein izST, bei dem die Mitarbeiter in höherem Maße traditioneller vollstationärer, tagesklinischer oder ambulanter Tätigkeit nachgehen als aufsuchender.

Zugang zur StäB

Ein- und Zuweisung

Diese erfolgt grundsätzlich durch denselben Personenkreis wie für vollstationäre Behandlungen (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz).

Grundsätzlich sind aber auch Notfallaufnahmen in StäB möglich.

Indikationsprüfung

Im Rahmen eines oder mehrerer Vorgespräche wird geprüft, ob eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung indiziert ist und ob StäB in Betracht kommt. Die Indikation wird analog zur Indikationsstellung für vollstationäre Behandlung gestellt.

Kindswohlprüfung

Hierzu eignen sich Checklisten, wie sie auch in der Jugendhilfe zu dieser Fragestellung eingesetzt werden. Des Weiteren kann der Fragebogen EBSK (Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung) eingesetzt werden. Ggf. erfolgt eine Kooperation mit dem zuständigen Jugendamt gemäß §§ 8a und 8b SGB VIII (Meldung an das Jugendamt oder anonyme Beratung durch „eine insoweit erfahrene Fachkraft“) bzw. der Heimatschule (gemäß § 42 Abs. 6 Schulgesetz NRW erfordert die Sorge für das Wohl der Schülerinnen und Schüler, jedem Anschein von Vernachlässigung oder Misshandlung nachzugehen).

Beteiligung des Haushalts

Es müssen die Zustimmungserklärungen insbesondere aller volljährigen Mitbewohner eingeholt und dokumentiert werden.

Schule

Die Inanspruchnahme von Schulunterricht – sofern nicht akut eine schwere Beeinträchtigung der Unterrichtsfähigkeit besteht – ist während einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung die Regel und für die Überprüfung von Behandlungserfolgen oftmals von zentraler Bedeutung. Während bei einer stationären Behandlung die Beschulung in der Regel in einer Schule für Kranke bzw. analoger Schulformen erfolgt, kommt bei StäB auch eine Weiterbeschulung auf der Heimatschule des Patienten in Betracht (ggf. mit reduziertem Stundenumfang).

Diagnostik und Therapie in StäB

Im Vordergrund der Behandlung in akuten oder längeren Krankheitsphasen stehen Verbesserung der aktuellen Symptomatik, Einschätzung von Risiken, Stabilisierung von Behandlungserfolgen einschließlich Rückfallprophylaxe sowie Entlassmanagement.

Die Besonderheit des Behandlungssettings ermöglicht außer einer zeitnahen Beurteilung von Transfer- und Generalisierungseffekten der Therapie auch die intensive Arbeit mit der Familie und/oder dem sozialen Netzwerk.

Die diagnostischen Leistungen umfassen z. B.:

- Erhebung der aktuellen Probleme und potenziellen Auslöser der Krise (Aufnahmearbeit)
- Erhebung der psychiatrischen und somatischen Vorgeschichte (Anamnese) sowie der Familienanamnese
- Erfassung aktueller und früherer Untersuchungen und Behandlungsinterventionen einschließlich Medikation und des Umgangs mit der Medikation (Adhärenz)
- Erfassung von komorbiden Störungen, ggf. auch Substanzmissbrauch
- Erfassung von Aspekten zu Risiken und Sicherheit. Eine Gefährdung des Kindeswohls muss ausgeschlossen werden.
- Erhebung psychosozialer Funktionen einschließlich Ressourcen/Probleme in den Bereichen Kindergarten/Schule/Arbeit, Wohnen, Finanzen.
- Erfassung von Ressourcen, Zielen und Behandlungspräferenzen des Patienten und der Sorgeberechtigten
- Erfassung von Ressourcen des weiteren sozialen Umfelds
- Erfassung der familiären Situation und des sozialen Netzwerkes
- Erfassung der Perspektive und Bedarfe der Bezugspersonen
- Erhebung des psychopathologischen Befunds
- Durchführung von testpsychologischen Untersuchungen
- Somatische Untersuchung, ggf. Labor- und apparative Diagnostik sowie Berücksichtigung möglicher Risiken für somatische Erkrankungen
- Erfassung der intrafamiliären Interaktionen
- Erfassung der Interaktionen zwischen Familie und Schule, Jugend- bzw. Behindertenhilfe, etc.

Zur Erfüllung der Schlüsselaufgaben, die sich in Art und Intensität zu jeder Zeit des Behandlungsverlaufs am individuellen Bedarf des Patienten und seines Umfelds orientieren, können alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des multiprofessionellen Teams und bei Bedarf die Strukturen der Klinik genutzt werden:

- Diagnostik und Erhebung der Bedarfe münden in einen Behandlungsplan, der so weit wie möglich mit allen Beteiligten abgestimmt wird; dabei sind Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Zeitpunkt, Art, Ort und Umfang der Behandlung möglichst zu berücksichtigen.
- Kernelement ist der Aufbau und die Pflege einer guten therapeutischen Beziehung unter Berücksichtigung der Behandlungs- und Beziehungskontinuität.
- Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen (z. B. psychotherapeutische Kurzinterventionen, supportive Einzelgespräche, Gruppentherapien, Familientherapien, Entspannungstraining, Psychoedukation, psychosoziale Beratung)
- Aufklärung, Unterstützung und ggf. Monitoring bei medizinisch indizierter Psychopharmakotherapie
- Soweit erforderlich Mitbehandlung somatischer Erkrankungen
- Interventionen zur Unterstützung psychosozialer und alltagspraktischer Fertigkeiten sowie zur Teilhabe an der Gesellschaft (z. B. Training von Alltagsfertigkeiten und sozialen Fertigkeiten, Förderung von Aktivitäten und sozialen Kontakten/Aktivitätsaufbau, Aktivierungsbehandlung, Selbstsicherheitstraining, Beratung zu und Heranführung an Unterstützungsmöglichkeiten in den Bereichen Wohnen und Arbeit, Kontakte zu Behörden, Justiz, Arbeitgeber oder rechtlichem Betreuer, Aufbau von Sozialkontakten)
- Förderung des Selbst- und Gesundheitsmanagements des Patienten unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten und ggf. des weiteren sozialen Umfelds
- Soweit von Patienten gewünscht Arbeit mit Angehörigen und sozialem Netzwerk.
- Unterstützung bei Krisenplänen für mögliche zukünftige Krisen (z. B. Entwicklung/Review von Krisen-/Rückfallplänen, Unterstützung bei der Nutzung strukturierter Selbst-/Symptommanagementpläne).
- Darüberhinausgehende ergänzende Leistungen können bei entsprechender Indikation erbracht bzw. vermittelt werden: Ergotherapie, Phy-

siotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Kreativtherapien, Logopädie (z. B. bei Schluckstörungen), Entspannungsverfahren, sensorisch fokussierte Therapien, internetbasierte Unterstützungsprogramme und Interventionen.

- Bedarfsorientierte Entlassplanung (einschließlich Kontakt mit Nachbehandlern), an der Patienten und Angehörige bzw. das soziale Netzwerk beteiligt werden.

Frequenz und Dauer der Angebote orientieren sich nicht an starren Zeitkontingenten, sondern an den individuellen Bedarfen und Möglichkeiten der Patienten und seines Umfelds, so dass ggf. eine hohe Flexibilität erforderlich ist.

Patientenkontakte

Die Therapie umfasst in der Regel werktags mindestens einen persönlichen Patientenkontakt pro Tag, davon eine ärztliche Visite wöchentlich zu Hause. Hinzu kommen weitere persönliche Kontakte und/oder Kontakte per Telekommunikation.

Weitere Leistungen

Anleitung der Bezugspersonen, Gespräche mit Familie, Schule, Jugend- bzw. Behindertenhilfe, Vorbehandlern usw. stellen einen wesentlichen Faktor der Netzwerkarbeit dar.

Zudem findet wöchentlich mindestens eine multiprofessionelle Fallbesprechung statt.

Ort der Leistungserbringung

Die Leistung wird überwiegend im häuslichen Umfeld bzw. in Heimen erbracht und nur teilweise in der Klinik.

Art der Leistungserbringung

Die Leistungen erfolgen als Einzel-, Familien oder Gruppenangebote. Bei Bedarf wird zusätzlich zu dem psychotherapeutischen, pflegerisch-pädagogischen und fachtherapeutischen Angebot auch Psychopharmakotherapie durchgeführt.

Rufbereitschaft

Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sichergestellt.

Telefonische Kontaktmöglichkeit

Die telefonische Kontaktmöglichkeit wird gewährleistet über die Mitglieder des StäB-Teams (Diensthandy) und außerhalb der Dienstzeiten durch den AvD.

Jederzeitige ärztliche Eingriffsbereitschaft

Werktags während der üblichen Arbeitszeiten durch den behandelnden Arzt, außerhalb dieser Zeiten durch den AvD.

Labor/ technische Untersuchungen

Blutentnahmen, EEG- und EKG-Ableitungen erfolgen in der Regel in den Räumen der Klinik. Andere Untersuchungen (z. B. MRT) erfolgen ggf. bei Kooperationspartnern.

Versorgung

Die Versorgung mit Arzneimitteln, Heilmitteln, Hilfsmitteln erfolgt durch die Klinik. Die Verpflegung erfolgt in der Regel durch die Familie bzw. die Einrichtung.

Besprechungen

Fallbesprechung mindestens einmal wöchentlich mit mindestens drei Berufsgruppen.

Visiten

Mindestens eine ärztliche Visite wöchentlich zu Hause.

Eltern-Kind-Behandlung

Eltern-Kind-StäB kann in einzelnen, zwischen beiden Fachbereichen abgestimmten Fällen erfolgen.

Entlassmanagement

Dieses erfolgt analog der Vorschriften für vollstationäre Behandlung.

Wird stationäre Behandlung durch StäB überflüssig?

Wir gehen davon aus, dass bei Patienten und Angehörigen ein hohes Interesse für StäB statt stationärer Behandlung besteht und wir mittels StäB auch Familien erreichen, die eine stationäre Behandlung ablehnen, obwohl ambulante und teilstationäre Behandlung nicht ausreichend bzw. nicht ausreichend erfolgreich sind. Da StäB jedoch sehr personalintensiv ist und diese Personalressourcen nur begrenzt zur Verfügung stehen bzw. gestellt werden können, sind in der Umsetzung Grenzen gesetzt.

Für erwachsene Patienten führten Längle et al. (2017) eine erste Bedarfsermittlung durch. Zur Frage, welche bisher stationär aufgenommenen Patienten schon bei Aufnahme für eine stationsäquivalente Behandlung infrage gekommen wären, bei welchen im Verlauf der Behandlung eine ‚Verlegung‘ in die stationsäquivalente Behandlung möglich gewesen wäre, und ob StäB nach Einschätzung der Behandler der stationären Behandlung überlegen wäre, wurden die Abteilungsleitungen in mehreren internen Schulungen und fallbezogenen Diskussionsforen auf diese Erhebung vorbereitet und führten diese für jeden neu aufgenommenen Patienten in der Regel selbst durch. Dabei wurde davon ausgegangen, dass alle Diagnosegruppen für eine stationsäquivalente Behandlung infrage kommen, ebenso jede Art des privaten Wohnens oder einer betreuten Wohnform bis hin zum Rande der Wohnungslosigkeit. Ersterkrankte und chronisch Kranke waren gleichermaßen im Fokus. Die Ersterhebung an mehr als 800 stationär aufgenommenen Patienten ergab die Einschätzung, dass StäB aus therapeutischer Sicht bei 24% möglich und gleichwertig gewesen wäre, dies von Beginn an bei 13% und im Verlauf der Behandlung bei 11%. Bei insgesamt 13% wäre darüber hinaus die Behandlung zu Hause nicht nur möglich, sondern auch besser geeignet gewesen. Hier wäre StäB von Beginn an bei 9% und im Verlauf bei 4% vorzuziehen gewesen.

Ausblick

StäB stellt eine große Chance dar, Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen, die einer intensiven Behandlung bedürfen, im häuslichen Umfeld zu behandeln. In welchem Umfang sich dies qualitativ und quantitativ umsetzen lässt, hängt im Wesentlichen sowohl von einer adäquaten Finanzierung durch die Krankenkassen als auch von der Akquirierung qualifizierten Personals ab, da diese Behandlungsform besonders personalintensiv und fachlich besonders anspruchsvoll ist.

Literatur

- Boege I, Schepker R, Herpertz-Dahlmann B, Vloet TD* (2015) Hometreatment – Eine effektive Alternative zu konventionellen Behandlungsformen? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43 (6), 411–423
- Conen ML [Hrsg.]* (2017) *Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie*. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 6. Aufl.
- DGSF* (2009) *Qualitätskriterien der DGSF zur Praxis der Aufsuchenden Familientherapie* <https://www.dgsf.org/zertifizierung/qualitaetskriterien/aft-qualitaetskriterien>
- DIMDI* (2018a) *Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen* <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2018/block-9-65...9-69.htm#code9-691>
- DIMDI* (2018b) *Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*, <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2018/block-9-65...9-69.htm#code9-65>
- DIMDI* (2018c) *9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen*. <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2018/block-9-80...9-80.htm#code9-801>
- DKG* (2017) *Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Vereinbarung der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Absatz 2 SGB V sowie ergänzende Informationen*. 19. Dezember 2017
- Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, Rowland MD, Cunningham PB* (2012) *Multi-systemische Therapie bei dissozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen*. Berlin Heidelberg: Springer
- Längle G, Gottlob M, Elsässer-Geißmaier HP* (2017) *Umsetzung des § 115d PsychVVG: Stationsäquivalente Behandlung – Die nächsten Schritte*. *Psychiat Prax* 44: 417–422
- von Sydow K, Behr S, Retzlaff R, Schweitzer-Rothers J* (2006) *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe

Kontaktadresse:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Chefarzt, Fachbereichsarzt
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
LVR-Klinik Viersen
Horionstr. 14, D-41747 Viersen
Email: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
Internet: www.klinik-viersen.lvr.de

*Nachdruck aus dem Sachbericht zum Projekt
„Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland –
Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ der Aktion Psychisch Kranke.*

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

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).

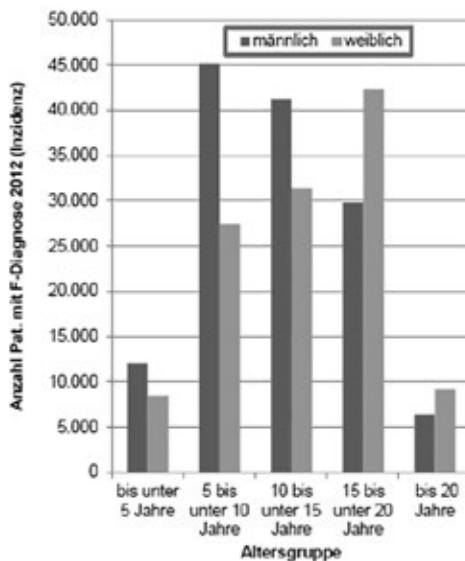
Des Weiteren sind medizinische Einrichtungen wie kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 Abs. 2 SGB V) und Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen ambulant tätig. Im Rahmen einer Ermächtigung können diese an 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).

Inzidenzkohorten-Analyse der KBV

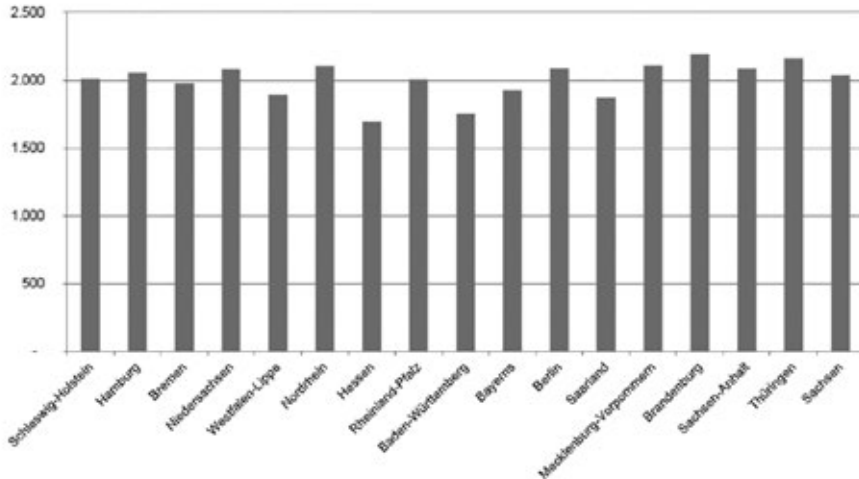
Im Rahmen des am 14. Juni 2016 durchgeführten Workshops zur ambulanten Versorgung wurde seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Inzidenz-Kohortenanalyse vorgestellt. Datengrundlage stellen deutschlandweite Abrechnungsdaten der ambulant tätigen Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen 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.



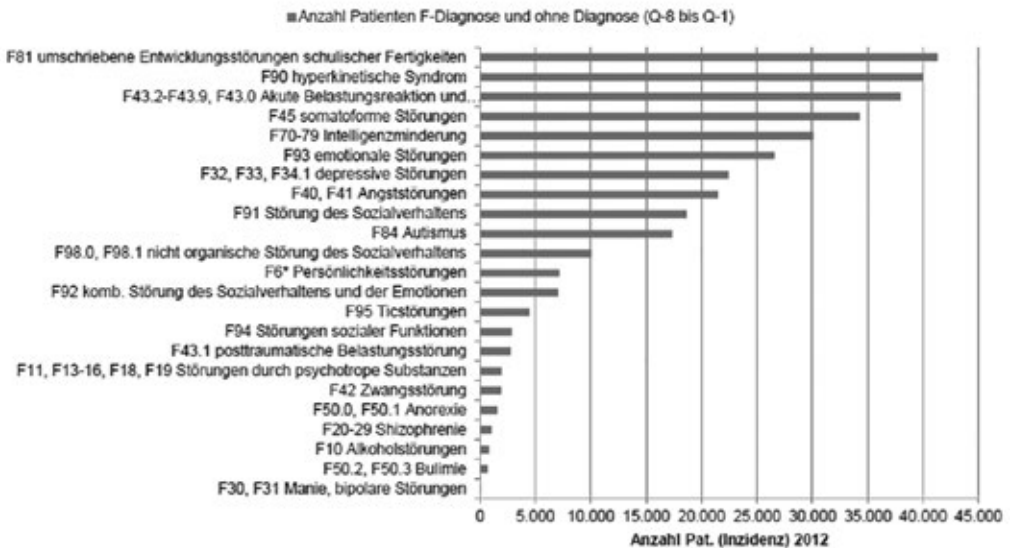
Quelle: Tenckhoff (2016)

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.



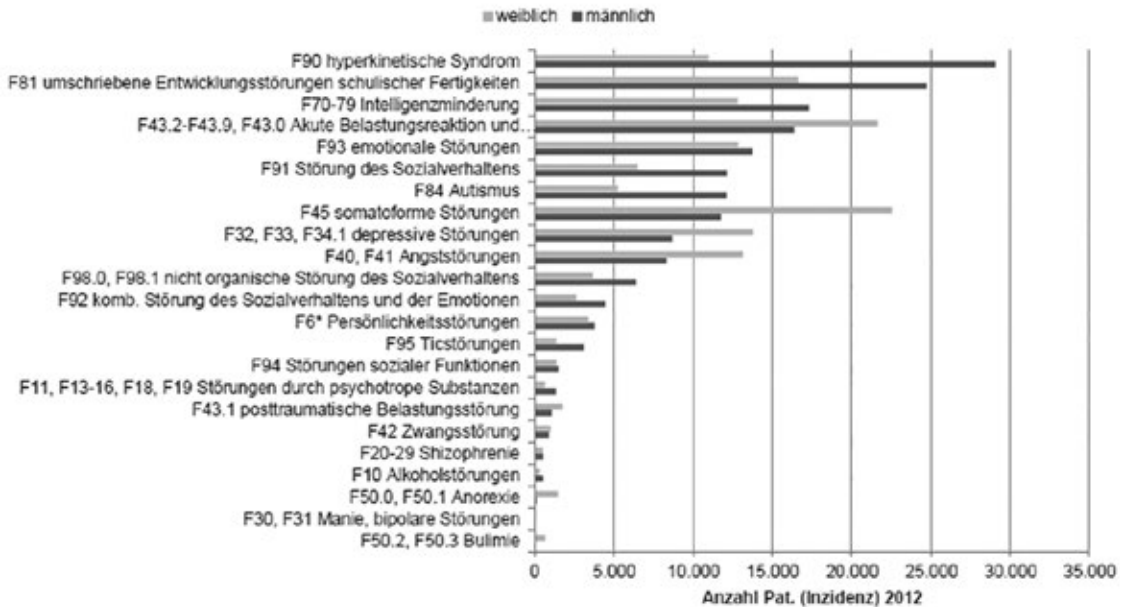
Quelle: Tenckhoff (2016)

Hinsichtlich der Diagnosen innerhalb der Inzidenzkohorte 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).



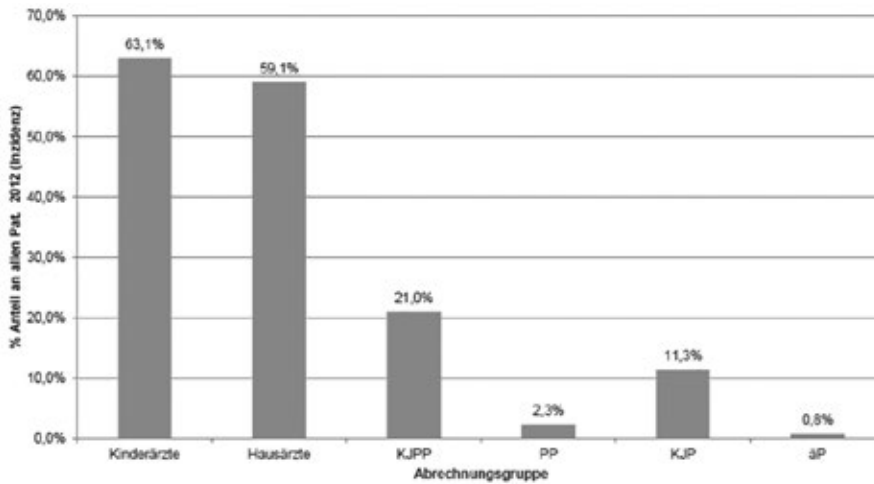
Quelle: Tenckhoff (2016)

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.



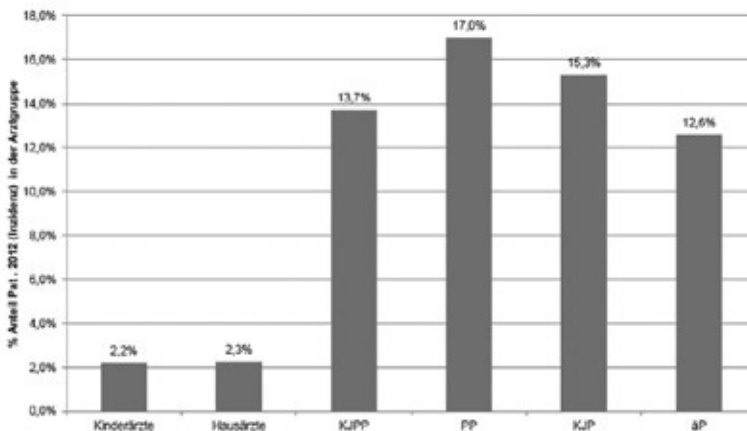
Quelle: Tenckhoff (2016)

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: Tenckhoff (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: Tenckhoff (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	genehmigungspflichtige PT	genehmigungspflichtige PT + SPV		
2012	57.610	26.303	674	2,56%	1,17%

Quelle: Tenckhoff (2016)

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

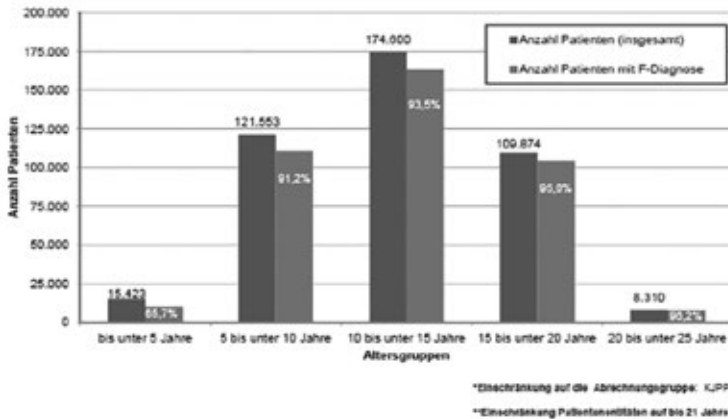
Patientinnen- und Patientendaten

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 Ju-

gendpsychiatrie 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: Kurch-Bek (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		
	♀	♂	0	♀	♂	0	♀	♂	0
Patientinnen und Patienten gesamt	6.413	8.850	160	41.399	78.957	1.197	59.141	113.573	1.886
Patientinnen und Patienten mit F-Diagnose	3.944	6.096	94	36.659	73.072	1.075	54.320	107.157	1.755

Fortsetzung	Altersgruppen					
	15 bis < 20 Jahre			20 bis < 25 Jahre		
	♀	♂	0	♀	♂	0
Patientinnen und Patienten gesamt	53.643	55.436	795	4.063	4.211	36
Patientinnen und Patienten mit F-Diagnose	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 % 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: Kurch-Bek (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 %

Kategorie (ICD-3-Steller)	ICD-Text	% Anteil weibliche Patientinnen an allen weiblichen Patientinnen bei KJPP
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 Patientinnen und Patienten internalisierende Störungen an allen Patientinnen und Patienten bei KJPP	54,0 %
%-Anteil männliche Patienten externalisierende Störungen an allen männlichen Patienten bei KJPP	61,5 %	%-Anteil männliche Patienten internalisierende Störungen an allen männlichen Patienten bei KJPP	46,8 %
%-Anteil weibliche Patientinnen externalisierende Störungen an allen weiblichen Patientinnen bei KJPP	36,1 %	%-Anteil weibliche Patientinnen internalisierende Störungen an allen weiblichen Patientinnen bei KJPP	65,5 %

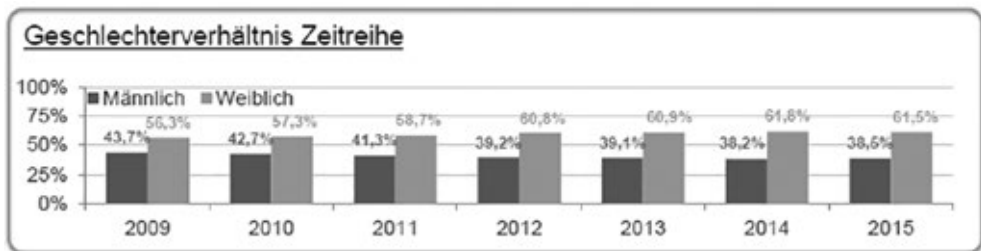
Quelle: Differenzierung nach internalisierenden und externalisierenden Störungen¹. Auswertung der KBV, zur Verfügung gestellt von Frau D. Kurch-Bek

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

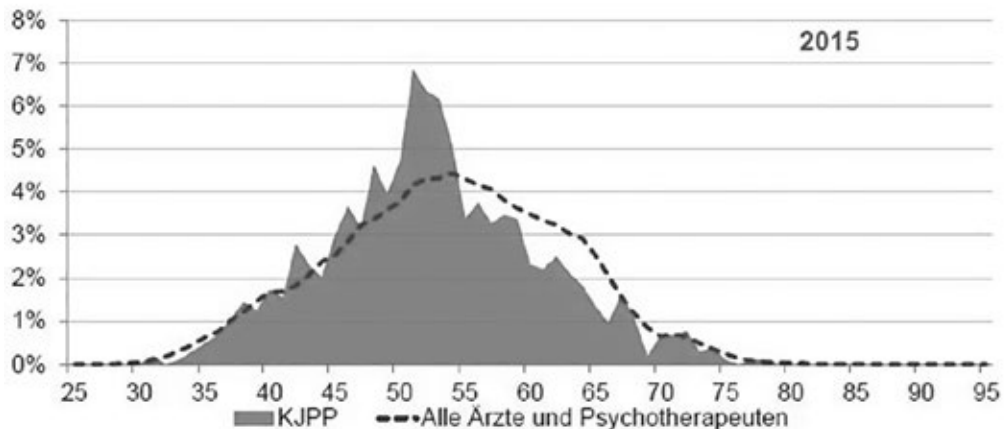
Mit Blick auf die Verteilung der F-Diagnosen bei Jugendlichen unter 21 Jahren und den Anteil der KJPP-Betreuung in Prozent zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede.

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: Gibis & Dilling (2016)



Quelle: Gibis & Dilling (2016)

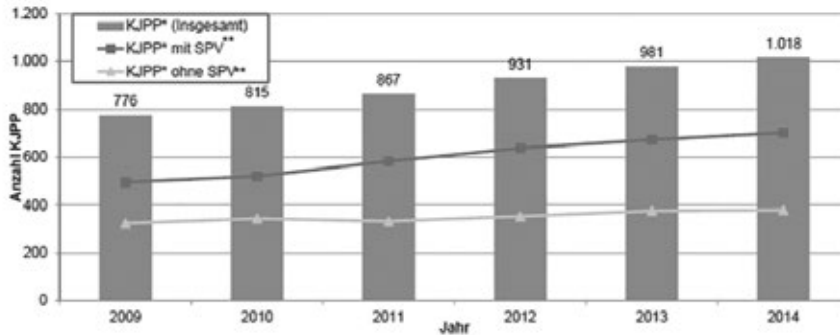
Eine Besonderheit in der vertragsärztlichen Versorgung ist die bundesmantelvertragliche „Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43 a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, im Folgenden SPV 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 Mitarbeitenden 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)*



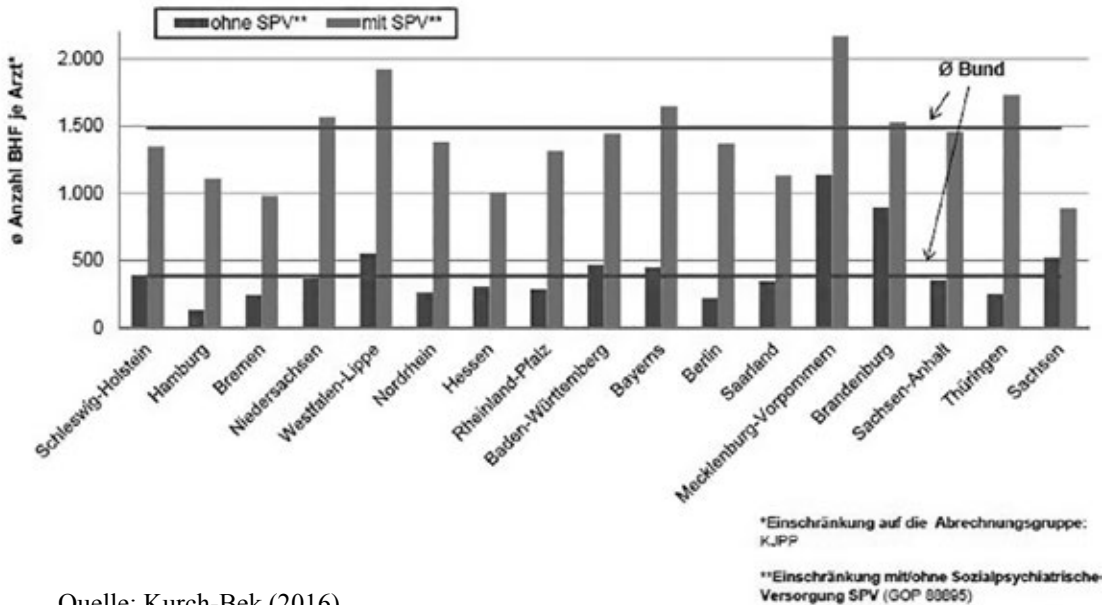
Quelle: Kurch-Bek (2016)

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: Kurch-Bek (2016)

Die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle² 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).



Quelle: Kurch-Bek (2016)

KV (Leistungs-Region)	Metriken	Praxis-Art		MVZ/g 311-Einrichtung		Krankenhaus
		Einzelpraxis	Gemeinschaftspraxis	2014	2014	
		2014	2014	2014	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	348,00			
17 Niedersachsen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt	416,46	163,88	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		228,88
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	313,98		
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	86,88		428,67		309,00
93 Thüringen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt	788,91	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

² Ein Behandlungsfall ist gemäß § 21 Abs. 1, Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) definiert als die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr (Quartal) zulasten derselben Krankenkasse.

KV (Leistungs-Region)	Metriken	Praxis-Art		MVZ/§ 311-	Krankenhaus	Sonstige
		Jahr	Einzelpraxis	Gemeinschaftspraxis		
		2014	2014	2014	2014	2014
01 Schleswig-Holstein	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt	1.382,05	1.237,54	1.350,95		
02 Hamburg	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt	894,53	1.209,73	959,31		
03 Bremen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt	972,12	989,25			
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	1.328,09	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		790,85		
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	1.457,70	2.150,00	890,00		190,00
93 Thüringen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt	1.887,39		887,12		
96 Sachsen	Anzahl Behandlungsfälle (je Arzt) - Durchschnitt	1.022,35	800,52	549,16		

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

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 2016).

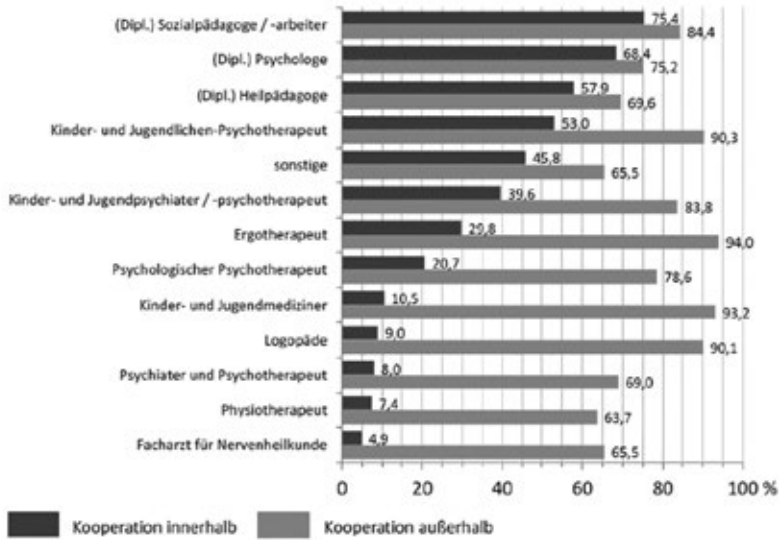
Zentral für die Sozialpsychiatrie ist demnach die Teambehandlung der Patientin oder des Patienten. Die sozialpsychiatrischen Therapeutinnen und Therapeuten werden in einem therapeutischen Setting eingesetzt, in dem die Ärztin oder der Arzt als teamleitend und koordinierend fungiert. Teamsitzungen (Fallvorstellungen) 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.

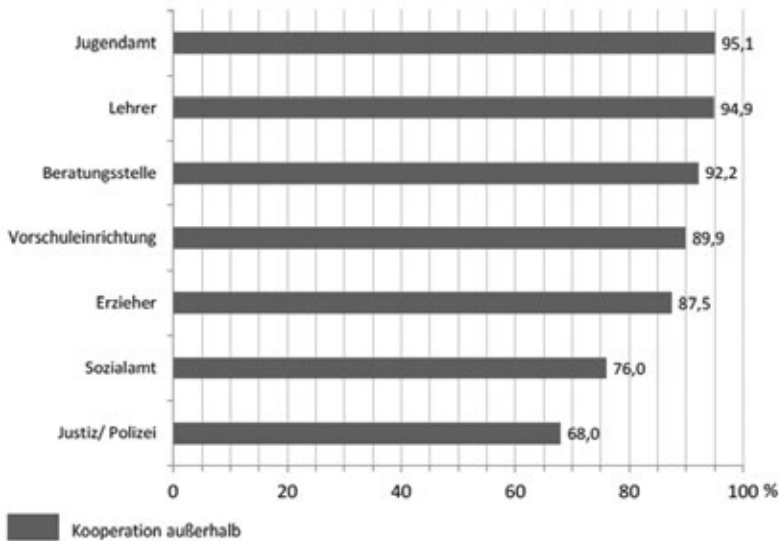
„Am Patienten“ bzw. „an der Patientin“ bilden Ärztin bzw. Arzt und SPV-Therapeutin bzw. SPV-Therapeut ein „Tandem der Behandlung“. In dieser Struktur wird methodenintegrativ gearbeitet. Wichtiges Charakteristikum sind Besprechungen vor und mit der Patientin oder dem Patienten und der Familie und die 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 entwicklungsmedizinisch, 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).

Kooperation mit Berufsgruppen innerhalb und außerhalb der Praxis



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.

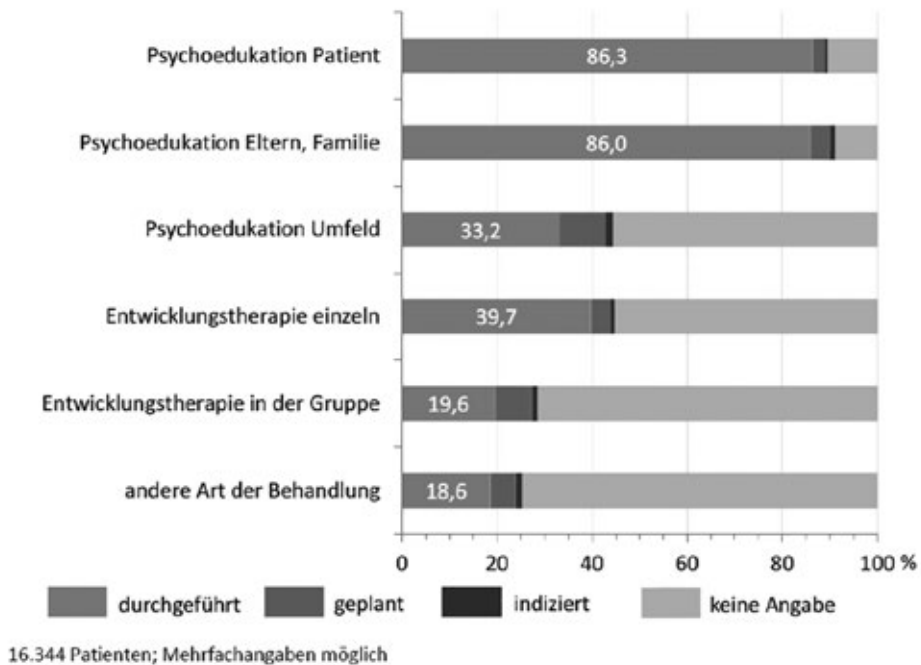
Die SPV-Pauschale wurde – in etwa dem Anteil der Praxen, die an der SPV teilnehmen, entsprechend – bei 69,6 % der Patientinnen und Patienten in Anschlag gebracht. Die von den SPV-Therapeutinnen und SPV-Therapeuten erbrachten konkreten Leistungen wurden über die in der Analyse als „funktionelle Entwicklungstherapien“ (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 * p < 0,001
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: Kurch-Bek (2016)

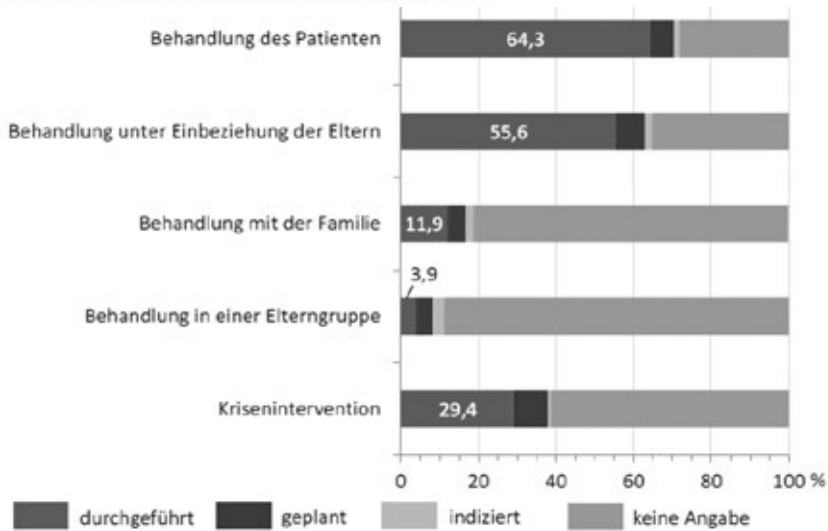
Die SPV-Evaluation konnte zeigen, dass dabei in 67,5 % der Fälle ein Einbezug der Eltern oder der gesamten Familie in die Behandlung erfolgte. Die besondere Funktion der sozialpsychiatrischen Behandlungsweise im Rahmen der Akutversorgung wird dadurch deutlich, dass knapp 30 % der von den sozialpsychiatrischen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

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



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

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

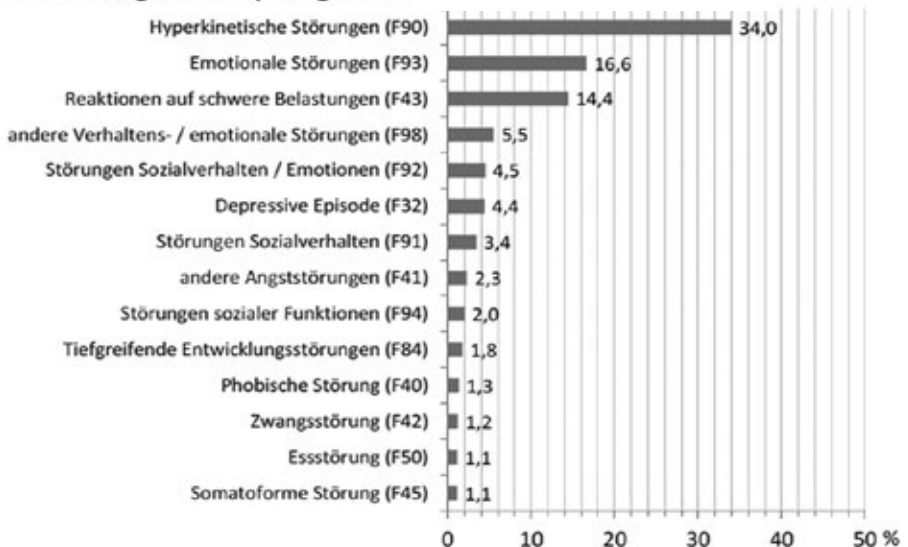


16.344 Patienten; Mehrfachangaben möglich

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

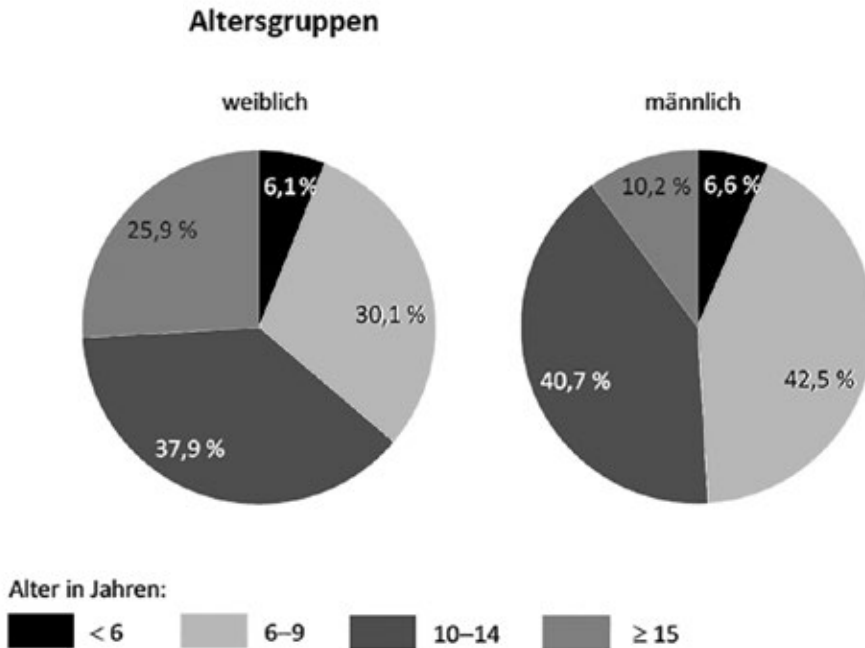
Die häufigsten Hauptdiagnosen sind die hyperkinetischen Störungen (F90), die emotionalen Störungen (F95) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen (F43).

Die 14 häufigsten Hauptdiagnosen



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

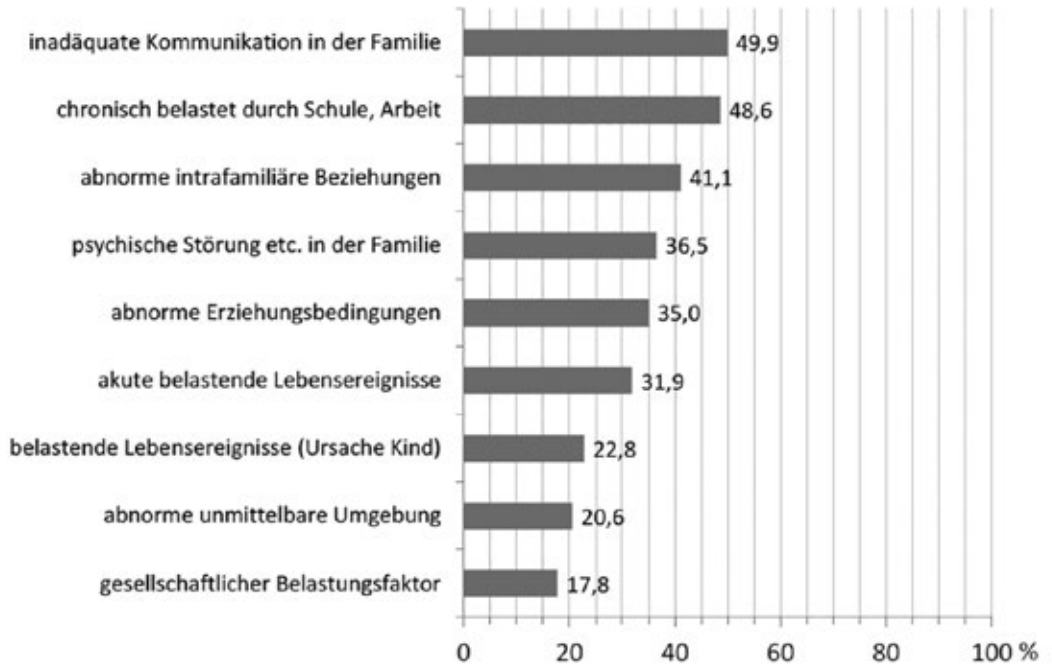
Hinsichtlich der Geschlechts- und Altersverteilung zeigte die Studie den bereits bekannten Trend, dass die höchste Inanspruchnahme bei den Mädchen in der Altersgruppe von 10 bis 14 Jahren (37,9 %), bei den Jungen in der Altersgruppe zwischen 6 und 9 Jahren (42,5 %) lag.



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

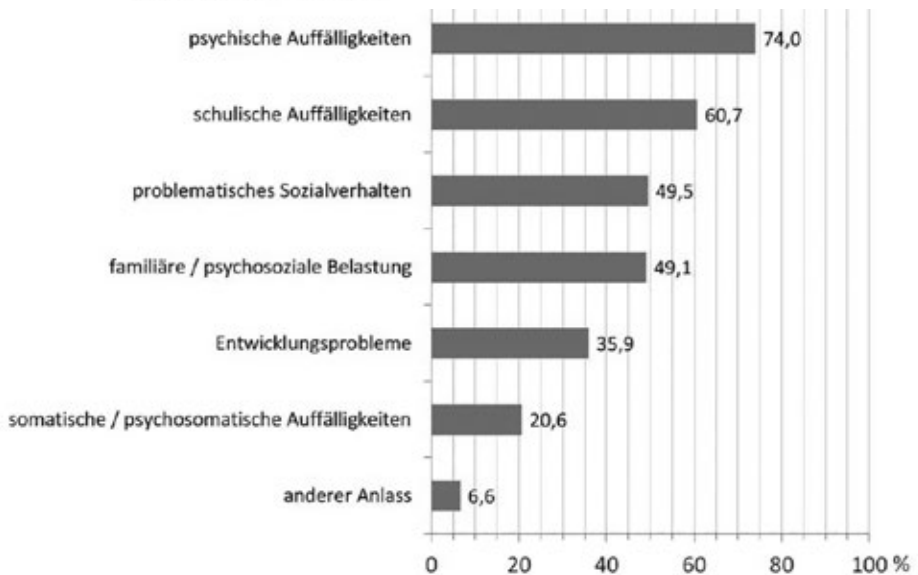
Betrachtet man die begleitenden psychosozialen Umstände, die zum Aufsuchen einer kinder- und jugendpsychiatrischen- und -psychotherapeutischen Praxis führen, zeigt sich die Komplexität psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Nicht überraschend ist, dass psychische Störungen bei Kindern und 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.

Häufigkeit assoziierter abnormer psychosozialer Umstände



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

Behandlungsanlässe



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

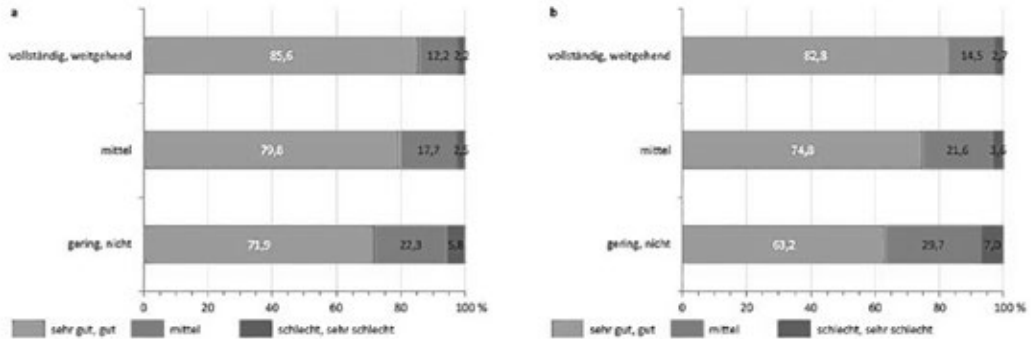
Dies zeigt sich auch, wenn man die Behandlungsanlässe, die schließlich zum Aufsuchen einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxis führen, betrachtet. Nach der als solche beschriebenen „psychischen Auffälligkeit“ werden an zweit- und dritthäufigster Stelle „schulische Auffälligkeiten“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

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.

Bewertung des Behandlungserfolgs aus Sicht der Ärzte und der Patienten

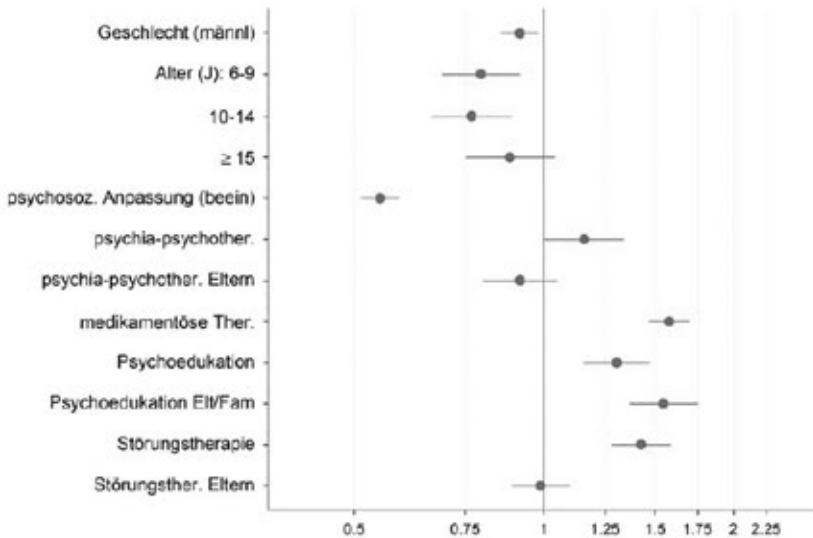


verknüpfbare Patientenfragebögen 2013 (a): 4.055, 2014 (b): 3.188; Items „Erfolg der Intervention“ (Arzt) und „Erfolg der Behandlung“ (Patient); Lesebeispiel: 2013 bewerteten 85,6 % der Patienten/Eltern in jenen Fällen den Behandlungserfolg als sehr gut oder gut, 12,2 % als mittel und 2,2 % als schlecht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

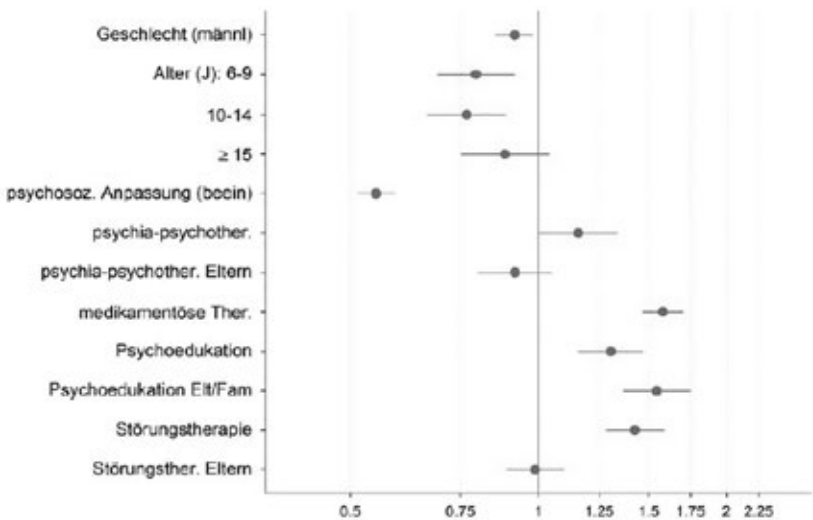
Als negative Prädiktoren eines entweder von den Behandelten/Eltern oder der ärztlichen Seite bewerteten Behandlungserfolges zeigte sich insbesondere eine beeinträchtigte psychosoziale Anpassung, als positiver Prädiktor eines Behandlungserfolges konnten medikamentöse Therapie, Psychoedukation und eine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

Einflussfaktoren einer positiven Bewertung des Behandlungserfolgs



Odds Ratios und 95 %-Konfidenzintervalle; abhängige Variable: Erfolg der Intervention, Kategorien „vollständig“ oder „teilweise“, „mittel“, „gering“, „nicht eingetreten“ oder „nicht beurteilbar“; Referenzgruppen Geschlecht: weiblich, Alter: 10-14; psychosoziale Anpassung: gut bis mäßig beeinträchtigt, alle übrigen: nicht durchgeführt; Fälle im Modell: 16.066

Einflussfaktoren einer positiven Bewertung des Behandlungserfolgs



Odds Ratios und 95 %-Konfidenzintervalle; abhängige Variable: Erfolg der Intervention, Kategorien „vollständig“ oder „teilweise“, „mittel“, „gering“, „nicht eingetreten“ oder „nicht beurteilbar“; Referenzgruppen Geschlecht: weiblich, Alter: 10-14; 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

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 Berichterlegung 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 bedeutsame 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 Jugendlichenpsychotherapeutinnen 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).

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 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.

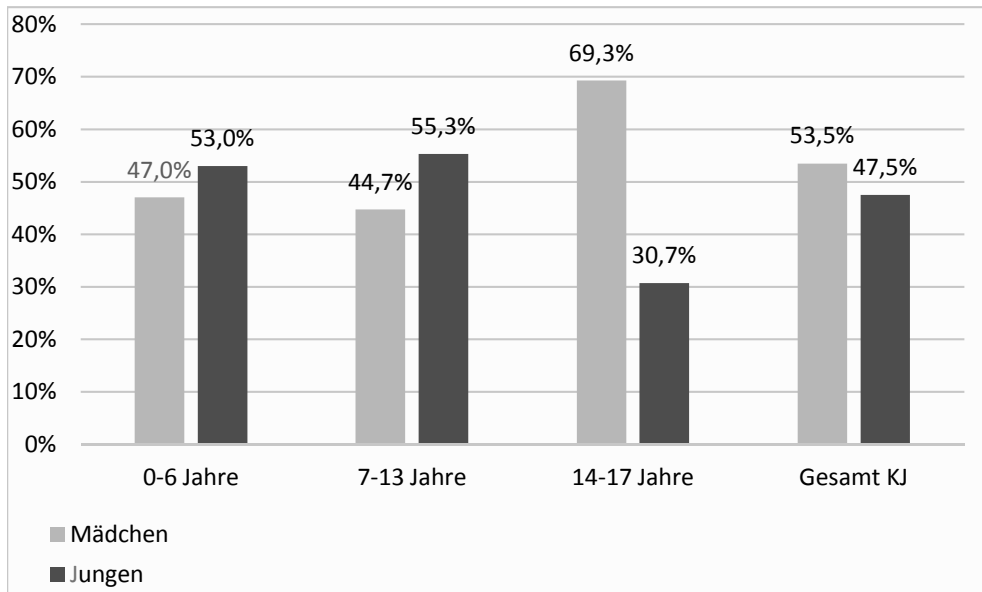


Abbildung 1: Geschlechterverteilung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie nach Altersgruppen

Quelle: BPTK-Studie "Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen" (in prep.³)

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).

3 BPTK-Studie "Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen" (in Vorbereitung)

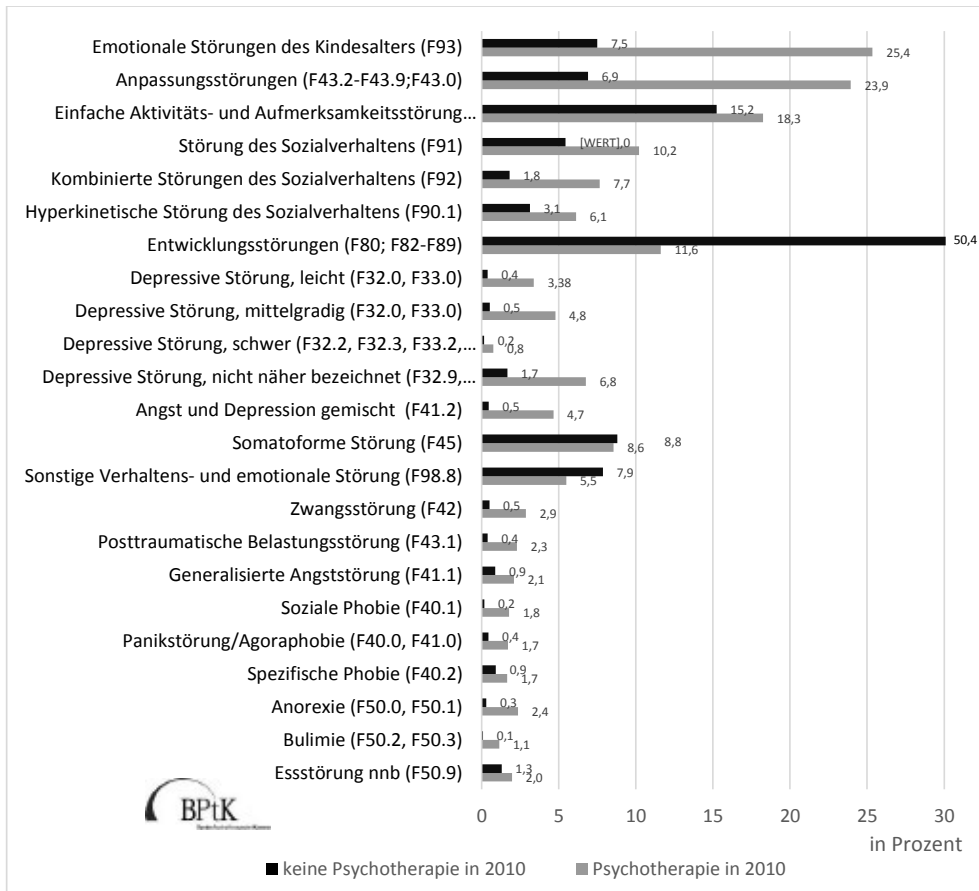


Abbildung 2: Diagnosespektrum von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie

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 insbe-

sondere 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.

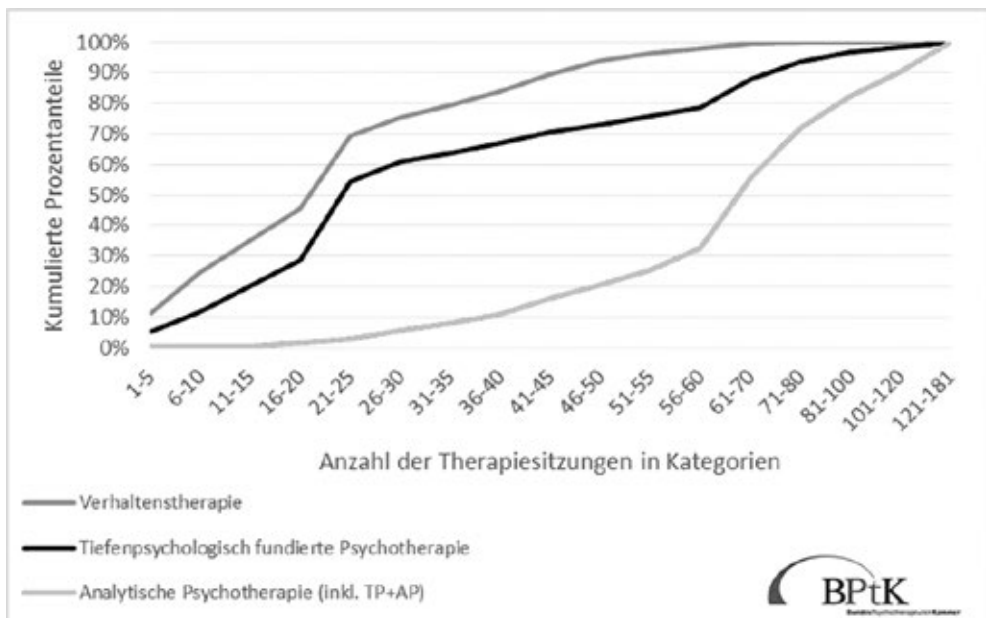


Abbildung 3: Kumulierte Häufigkeit der Behandlungsdauer von Kindern und Jugendlichen in ambulanter Psychotherapie nach Psychotherapieverfahren

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 weder 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.

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.

Dieser Beitrag ist zuvor erschienen im Sachbericht zum Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland. Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ von Aktion Psychisch Kranke.

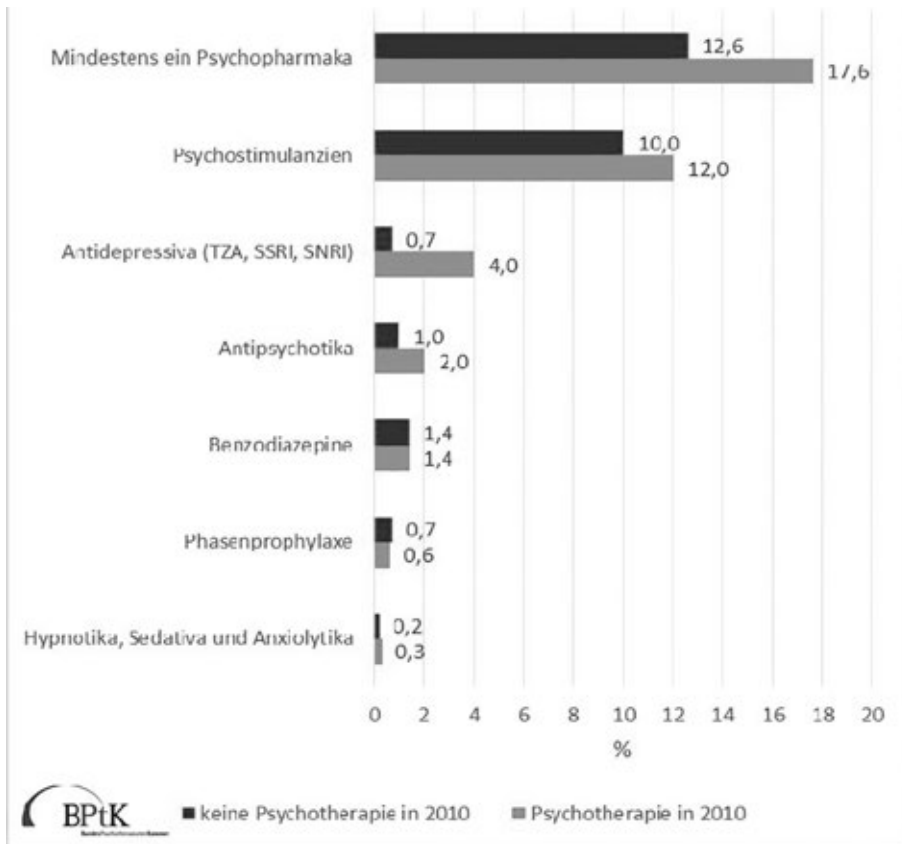


Abbildung 4: Psychopharmakologische Vorbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen in ambulanter Psychotherapie Quelle: BpTK-Studie „Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ (in prep.)

Literatur

- 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
- Gibis B, Dilling J (2016) Bedarfsplanungssystematik. „Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Setting“. 3. Workshop am 14.06.2016 in Berlin zum Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“
- Hagen B (2015). Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung - Abschlussbericht 2014. Köln.
- Herberhold M (2016). Perspektiven sozialpsychiatrischer Behandlung in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 26(4), 2-15

- 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):807-819 KV-Daten zur Inanspruchnahme ambulanter Leistungen
- Kurch-Bek D (2016) KV-Daten zur Inanspruchnahme ambulanter Leistungen. Datenworkshop am 4. Februar 2016 in Berlin
- Lehmkuhl G, Breuer U (2013). Behandlungssettings. In Lehmkuhl G, Poustka F, Holtmann M, Steiner H (Hrsg.). Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bd. 2: Störungsbilder, 1357-1365). Göttingen: Hogrefe
- Tenckhoff B (2016) Versorgungszahlen/Versorgungsdaten (Stadt-Land/Ost-West). „Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Setting“. 3. Workshop am 14.06.2016 in Berlin zum Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“

Kontaktadresse:

Dr. med. Maik Herberhold
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie
Hauptstr. 207
44892 Bochum

Psychopharmakotherapeutische Kolumne:

Pharmakologische Behandlung von Komorbiditäten der ADHS

Klaus-Ulrich Oehler

ADHS ist die häufigste neuropsychiatrische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Das Erscheinungsbild und der klinische Schweregrad können sich im Laufe des Lebens jedoch ändern, so dass viele Patienten auch ohne psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung gut zurechtkommen. Im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter treten sehr häufig Komorbiditäten hinzu (Abb. 1, 2 und 3), so dass das zugrundeliegende ADHS oft nur noch schwer zu erkennen ist. Für den klinischen Alltag ist daher eine exakte Anamnese, die auch die frühkindliche Situation erfassen soll, unbedingt erforderlich. Bei der Behandlung der Komorbiditäten gilt international die allgemeine Lehrmeinung, dass das schwerere Krankheitsbild zuerst behandelt werden soll. In eigener klinischer Erfahrung hat sich jedoch gezeigt, dass die üblichen pharmakologischen Behandlungen z. B. von Depressionen und Angststörungen bei einem zugrundeliegenden ADHS weniger wirksam sind und mehr Nebenwirkungen generieren. Daher wird das pharmakologische Vorgehen in diesen Fällen zunehmend kritisch diskutiert. Im Folgenden sollen Besonderheiten der pharmakologischen Behandlung von Komorbiditäten der ADHS aufgeführt werden.

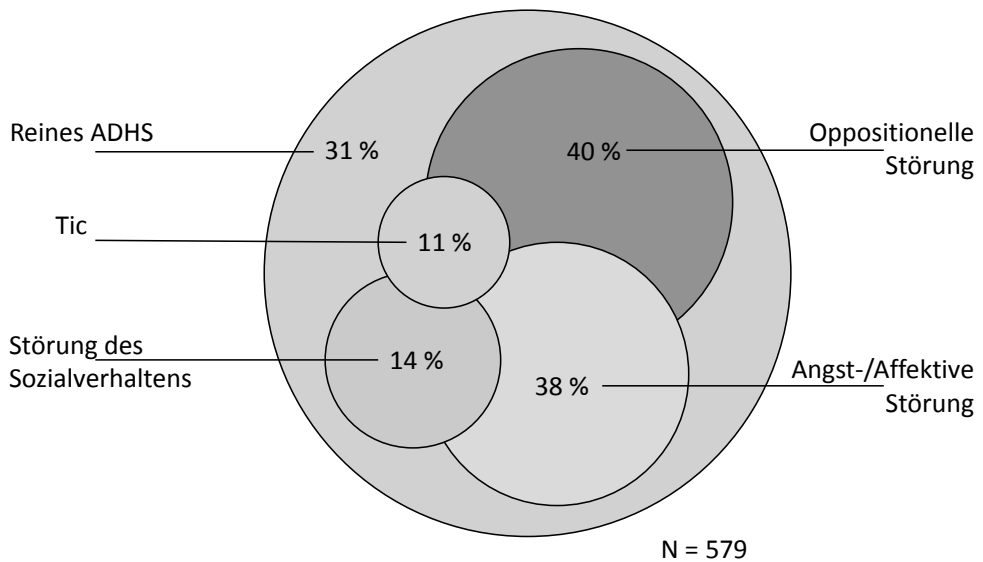


Abb. 1: Komorbide Störungen bei ADHS (Nach Jensen et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001; 40 (2):147–158)

Die Tabelle 1 zeigt, dass sich die Psychopathologie der ADHS zunehmend differenziert und auch kompliziert. Vieler dieser Probleme wie z. B. hohe Unfallhäufigkeit, rücken erst in den letzten Jahren zunehmend in unseren klinischen Fokus.

Säuglingsalter	Vorschulalter	Schulalter	Adoleszenz
(Regulationsstörungen)	Probleme in der Gruppe	niedriges Selbstbewusstsein	Schulprobleme
(Beziehungsstörungen)	feinmotorische Schwierigkeiten	Lernschwierigkeiten	schwierige berufliche Integration
	Verzögerung der Blasen- und Mastdarmkontrolle	Verhaltensprobleme	Substanzmissbrauch
		soziale Ungeschicklichkeit	ungewollte Schwangerschaft
		impulsives Verhalten	Suizidversuche
		hohe Unfallhäufigkeit	Stimmungs labilität
			komplexe Lernprobleme
			Demotivation
			hohe Unfallhäufigkeit

Tab. 1: Altersabhängigkeit der Psychopathologie bei ADHS

Dabei handelt es sich keineswegs nur um leichtere Befindlichkeitsprobleme, sondern um manifeste psychiatrische Erkrankungen.

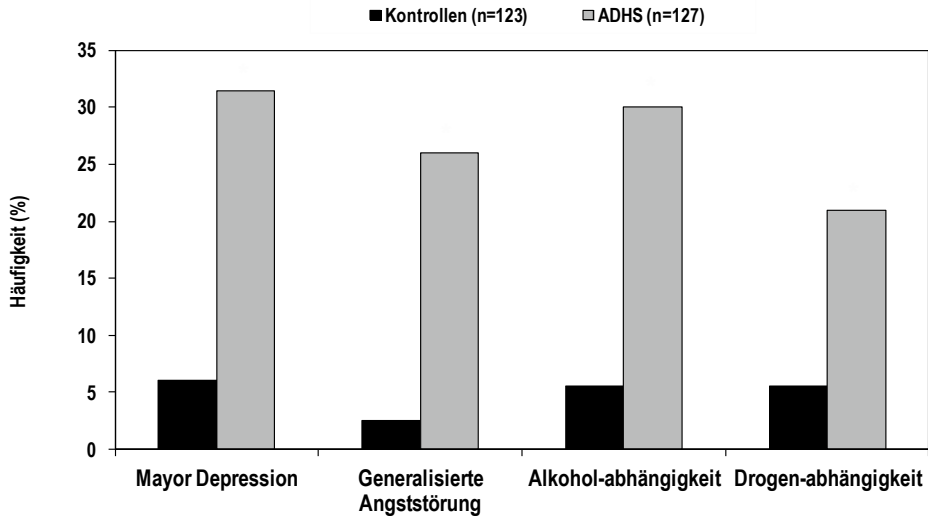


Abb. 2: Häufigkeit ausgewählter psychischer Störungen bei ADHS im Vergleich zu Personen ohne ADHS

Dies wird auch durch neuere Studien belegt (Abb. 3).

Abb. 3: komorbider Störungen bei ADHS (Groenman AP et al. Addiction. 2013 Aug; 108



Angststörungen	12–50 %
Depressive Störungen	16–26 %
Suizidalität	Risiko 4-fach erhöht
Teilleistungs-/ Sprachentwicklungsstörung	23–46 %
Tic-Störungen	7–30 %
Essstörungen (Binge Eating/Bulimia nervosa)	Risiko 4- bis 5-fach erhöht
Schlafstörungen	35–70 %
Störung des Sozialverhaltens	30–60 %
Substanz-/Alkoholmissbrauch	Risiko 2-fach erhöht

(8): 1503–11; Nazar BP et al. Int J Eat Disord. 2016 Dec; 49 (12): 1045–57; Tsai MH et al. Curr Psychiatry Rep. 2016 Aug; 18 (8): 76; Banaschewski T et al. Dtsch Arztebl Int 2017; 114 (9): 149–59; AMWF-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen.)

Nicht nur psychiatrische Störungen, sondern auch somatische Störungen treten bei ADHS-Patienten vermehrt auf (Tabelle 2).

Psychiatrische Störungen	Somatische Störungen
Affektive Störungen (61,8 % vs. 14,3 %)	Erkrankungen des Bewegungsapparates (48,4 % vs. 21,6 %)
Persönlichkeitsstörungen (33,2 % vs. 0,6 %)	Gastrointestinale Störungen (41,1 % vs. 21,6 %)
Anpassungsstörungen (18,9 % vs. 3,0 %)	Stoffwechselstörungen (36,5 % vs. 19,0 %)
Schlafstörungen (11,3 % vs. 2,3 %)	Erkrankungen der oberen Luftwege (33,7 vs. 15,2 %)
Substanzmissbrauch (7,8 % vs. 1,9 %)	

Tab. 2: Häufigkeit psychischer und somatischer Störungen bei ADHS im Vergleich zu Personen ohne ADHS (Schlander, Schwarz, Trott, Viapiano & Bonauer, 2006)

ADHS und Depression

Bei Depressionen zeigen internationale Studien zunehmend, dass Antidepressiva zumindest bei leichteren Depressionen bei vorbestehendem ADHS weniger gut wirksam sind. So wurde z. B. in der Zeitung *Neurologie/Psychiatrie, ärztliche Praxis* 6/Nov. 2017, S.22-24, das Dogma, dass depressive Störungen bei gleichzeitig bestehendem ADHS zunächst mit Antidepressiva zu behandeln sind, relativiert. Zu bedenken ist jedoch vor diesem Hintergrund, dass die wissenschaftliche Datenlage für Depressionen bei vorbestehendem ADHS dünn ist und keine diesbezüglichen Leitlinien vorliegen. Die pharmakologische Grundidee ist, dass bei vermindertem Noradrenalin- und Dopaminspiegel die Erhöhung des Serotonins durch SSRI klinisch weniger wirksam ist.

Das kanadische Netzwerk CANMAT (2012) empfiehlt, dass mittelschwere und schwere Depressionen zunächst antidepressiv behandelt werden sollen. Die Kanadier empfehlen bei leichten Depressionen jedoch eine umgekehrte Reihenfolge, d. h. dass zuerst ein Stimulanz zu verwenden sei. Interessant ist, dass bei schweren Depressionen Bupropion präferiert wird und allenfalls SNRI als Medikamente zweiter Wahl zitiert werden. D. h. zur Depressionsbehandlung (!!!) wird ein Wirkstoff empfohlen, der selbst aus der Gruppe der Amphetamine stammt und eng mit Amfepramon und Cathinon verwandt ist.

Bupropion ist bekanntlich ein selektiver Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (!!!). In der Produktinformation von Bupropion ist aufgeführt, dass Bupropion bei ängstlich-depressiven Erkrankungen nicht wirksam ist, jedoch geeigneter ist, wenn die Depression mit einem Fatigue-Syndrom (!!!) verbunden ist. Auch das Nebenwirkungsspektrum von Bupropion ist Amphetamin-typisch (Gewichtsverlust, Schlafstörungen). Auch wenn dies hier nicht ausdrücklich aufgeführt wurde, ist der Literaturrecherche des Berichts zu entnehmen, dass die kanadischen Kollegen, die uns bei der Behandlung von ADHS und Komorbiditäten sicherlich einen Schritt voraus sind, die üblichen Antidepressiva wie z. B. SSRI bei der Behandlung von depressiven Störungen bei ADHS wegen Nichtwirksamkeit gar nicht in Erwägung ziehen.

Wie immer interessant sind die schwedischen Kohorten-Studien (Chang et al. 2016), die darauf hinweisen, dass Patienten, die mit Methylphenidat behandelt wurden, ein reduziertes Risiko für die spätere Entwicklung einer Depression haben. Merkwürdigerweise wurde auf das immer diskutierte Suizidrisiko insbesondere bei Gabe von SSRI hier nicht eingegangen. Auch alltagsrelevante Aspekte wurden nicht berücksichtigt. Bei der Behandlung mit Methylphenidat und Amphetamin sehen wir einen Erfolg schon innerhalb einiger Tage oder zumindest weniger Wochen. Eine antidepressive Behandlung mit dem langsamen Einschleichen des Medikamentes und der langsamen Dosissteigerung erfordert einen dimensional anderen Zeitrahmen. Erst unlängst wurde eine Studie im British Journal of Psychiatry von Kai-Lin Huang 4. März 2008 Volume 212 Issue April 2018 pp. 234-238 veröffentlicht. Dabei handelt es sich um eine prospektive Studie, die gezeigt hat, dass das Suizidrisiko bei Aufmerksamkeitsstörungen mit einer depressiven Symptomatik durch die Behandlung mit Methylphenidat signifikant gesenkt wurde. Diesbezügliche Daten liegen in dieser Klarheit für Antidepressiva nicht vor. Die mögliche Erhöhung des Risikos dürfte allgemein bekannt sein und ist hinreichend diskutiert worden.

Grundprinzip	Behandlung des ADHS zuerst, ansonsten die gleichen Behandlungsschritte wie bei Angststörungen
1. Schritt	Optimale Einstellung des ADHS mit Amphetaminen (MPH oder LDX)
2. Schritt	Bei Versagen von 1. Schritt Bei leichten Formen des ADHS Umstellung auf Guanfacin oder Atomoxetin Bei schwereren Formen Kombination Amphetamine (MPH oder LDX) mit Guanfacin
3. Schritt	Bei Versagen von 1. und 2. Schritt Zusätzliche Behandlung mit AD (SSRI/SRNI) Eine Augmentation ist einem Wechsel des Antidepressivums oder einer Dosiserhöhung (zumindest bei SSRI) vorzuziehen Bei schweren Depressionen Kombination mit Lithium oder Antikonvulsiva Gabe von Neuroleptika nur in absoluten Ausnahmefällen

Tab. 3: Therapeutisches Vorgehen bei ADHS + Depression

Zusammenfassend ist beim Vorliegen einer ADHS und Depression zumindest bei leichten und mittelschweren Depressionen die primäre Behandlung des ADHS zu präferieren (Tab. 3). Bei schwereren Depressionen ist aus den o. g. Gründen Bupropion zu präferieren. Alternative sind SNRI (z. B. Venlafaxin, Duloxetin oder Milnacipran). Generelle Zurückhaltung ist bei Neuroleptika indiziert. Dieses ergibt sich einerseits aus den bei Jugendlichen ganz erheblichen Nebenwirkungen: Kinder und Jugendliche sind bis zu 20mal empfindlicher bezüglich der Entwicklung von EPS. Darüber hinaus möchte ich zu bedenken geben, dass sich die Komorbiditäten der ADHS im Wesentlichen von den bestehenden Konzentrationsstörungen ableiten lassen. Neuroleptika wirken zwar sedierend und distanzierend, verschlechtern jedoch die Aufmerksamkeit und Konzentration, so dass insbesondere bei der Re-Integration der Jugendlichen in eine normale Schul- und Berufssituation erhebliche Schwierigkeiten bestehen.

ADHS und Angststörungen

Für Angststörungen liegen noch weniger Daten vor, so dass ich mich hier nur auf internationale Fallberichte und eigene Erfahrungen beziehen kann. Grundsätzlich sei darauf hingewiesen, dass bei leichten und mittelschweren Angststörungen VT Therapie der Wahl ist. Falls eine pharmakologische Behandlung zusätzlich erforderlich ist, empfehle ich das Vorgehen, wie es Tabelle 4 zeigt:

1. Schritt	Optimale Einstellung des ADHS mit Amphetaminen (MPH oder LDX)
2. Schritt	Bei leichten Formen des ADHS: Umstellung auf Guanfacin oder Atomoxetin Bei schwereren Formen: Kombination Amphetamine (MPH oder LDX) mit Guanfacin
3. Schritt	Bei Versagen von 1. und 2. Schritt Behandlung mit AD (SSRI /SRNI)
Cave	Bei leichteren Angststörungen ist primär VT die Therapie der Wahl

Tab. 4: Therapeutisches Vorgehen bei ADHS + Angststörung

Grundsätzlich werden bei Angststörungen langwirksame Medikationen empfohlen wie z. B. MPH-OROS-Präparate, LDX, Atomoxetin und Guanfacin. Bei kurz wirksamen Amphetaminen wie z. B. nicht retardiertes Methylphenidat besteht die Gefahr einer Triggerung der Angst- oder Panikattacken durch die häufige Rebound-Situation.

ADHS und bipolare Störungen

Die Differentialdiagnose zwischen ADHS und bipolaren Störungen ist im klinischen Alltag oft nicht einfach. Dies erklärt sich u. a. auch daraus, dass es im Kindes- und Jugendalter wesentlich mehr Rapid Cyclers gibt als im Erwachsenenalter. Dies erklärt auch die unterschiedlichen Komorbiditätsstatistiken zwischen den USA und Europa, speziell Deutschland. Da nach internationaler Datenlage 70 % der bipolaren Störungen vor dem 19. Lebensjahr beginnen, müssten wir rein statistisch wesentlich mehr bipolare Störungen diagnostizieren. Vielleicht sehen wir Kinder- und Jugendpsychiater vieles auch durch die ADHS-Brille. Antidepressiva sind bei Jugendlichen mit bipolaren Störungen generell problematisch aufgrund der sog. Switch-Gefahr, d. h. Generierung einer manischen Phase aus der Depression heraus. Diese Gefahr ist im Jugendlichenalter wesentlich höher einzuschätzen. Wenn sich eine bipolare Störung bei einem vorbestehenden ADHS entwickelt hat, ist folgendes therapeutisches Vorgehen zu empfehlen: Zunächst sollten Mood-Stabilizer gegeben werden. In Frage kommen Lamotrigin, Valproinsäure und Lithium. Lamotrigin ist am schwächsten wirksam, hat jedoch die wenigsten Nebenwirkungen. Bezüglich Valproinsäure ist bei Mädchen die Problematik einer bestehenden Schwangerschaft mit der Gefahr der Entwicklung von unvollständigen Neuralrohrschlüssen zu bedenken. Valproat bedingt Konzentrationsstörungen, Zittern, Haarausfall und Gewichtszunahme. Lithium ist im Kindes- und Jugendalter sehr gut wirksam und mit weniger Nebenwirkungen behaftet als im Erwachsenenalter. Jedoch sind Spiegelkontrollen erforderlich

und es besteht ein Intoxikationsrisiko, so dass die Medikamentengabe, z. B. durch die Eltern, strikt überwacht werden muss. Im zweiten Schritt sind dann Stimulanzien indiziert, wobei lang wirksame Medikamente zu präferieren sind. Erst im dritten Schritt ist eine Gabe von Antidepressiva zu erwägen, wobei die erwähnte Switch-Gefahr berücksichtigt werden sollte (Tabelle 5).

1. Schritt	Einstellung auf Moodstabilizer (Li,Vp,Ltg)
2. Schritt	Stimulantien (MPH,LDX) , Guanfacin, bei leichten Fällen ATX
3. Schritt	Antidepressiva
Cave	Switchgefahr

Tab. 5: Therapeutisches Vorgehen bei ADHS + bipolare Störung

ADHS und Ticstörungen

Bei ADHS und Ticstörungen sollte zunächst das ADHS wie gewohnt behandelt werden. Oftmals bessern sich dann die Tics. Sollten die Tics stärker werden und klinisch relevant sein, ist eine Umstellung auf Atomoxetin oder Guanfacin zu erwägen. Bei weiterer Persistenz ist die Zugabe von Neuroleptika (Tiapridex, Risperidon oder Aripiprazol) möglich (Tabelle 6).

	Therapie des ADHS wie gewohnt
Persistenz	Umstellung auf Atomoxetin oder Guanfacin
Weitere Persistenz	Einstellung auf Neuroleptika (Tiapridex Risperidon , Aripiprazol)

Tab. 6: Therapeutisches Vorgehen bei ADHS + Ticstörungen

ADHS und Essstörungen

Auch bei ADHS und Essstörungen sollte das ADHS zunächst behandelt werden (Tabelle 7). Dabei sind lang wirksame Medikamente zu präferieren. Es gibt auch einen Appetitrebound. Bei kurz wirksamen Amphetaminen z. B. nicht-retardiertem Methylphenidat, besteht die Gefahr, durch den Appetitrebound die Patienten in eine Binge-Eating-Disorder zu treiben. Es gibt durchaus Stimmen, die Binge-Eating-Disorder als eigentliches ADHS ansehen. Bei fortbestehender Essstörung bzw. auch bei einer depressiven Symptomatik sind Antidepressiva einzusetzen, wobei dabei die entsprechenden Nebenwir-

kungen, insbesondere die Gewichtszunahme zu berücksichtigen sind. Eine begleitende VT ist in der Regel erforderlich.

Zuerst	Behandlung des ADHS zuerst
Cave	Appetitrebund bei kurz wirksamen Amphetaminen
Weitere Therapiebedürftigkeit	Therapie mit AD
Cave	NW der AD, insbesondere Gewichtszunahme (gefürchtet oder erwünscht ?) Bzgl AD: Übliches Vorgehen (Monotherapie, Dosisbegrenzung, Augmentation, Kombination mit Li und Antikonvulsiva, Neuroleptika) Begleitende VT i.d.R erforderlich

Tab. 7: Therapeutisches Vorgehen bei ADHS + Essstörungen

ADHS und Schlafstörungen

Schlafstörungen sind bei ADHS recht häufig. Gelegentlich ist die abendliche Gabe von geringen Dosen MPH hilfreich. Sollten Schlafstörungen nach MPH- oder LDX-Therapie auftreten, ist eine Umstellung oder eine Kombination mit Atomoxetin oder Guanfacin hilfreich. Begleitet werden sollte die pharmakologische Therapie jedoch immer mit einer Verhaltenstherapie (Schlafhygiene, Einschlafrituale etc.). Mit Benzodiazepin, sog. „Z“-Drugs oder Neuroleptika ist aus den bekannten Gründen Zurückhaltung zu üben (Tabelle 8).

	Bei ADHS sind Schlafstörungen auch primär häufig Abendliche Gabe von geringen Dosen MPH oft hilfreich Bei Schlafstörungen nach MPH oder LDX-Therapie: Umstellung oder Kombinationstherapie mit Atomoxetin oder Guanfacin hilfreich
	Schlafhygiene (Einschlafrituale etc.)
Behandlung	Melatonin z.B. Circadin
Cave	Benzodiazepine, „Z-Drugs“ oder Neuroleptika

Tab. 8: Therapeutisches Vorgehen bei ADHS + Schlafstörungen

ADHS und Störungen des Sozialverhaltens

Sehr häufig sind Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen mit Störungen des Sozialverhaltens verbunden. Amphetamine sind bekanntlich bei aggressivem und impulsivem Verhalten Methylphenidat überlegen. Zu bedenken ist jedoch, dass die Rebound-Situation bezüglich des impulsiven und aggressiven Verhaltens bedenklich ist. Daher ist Therapie der Wahl LDX auch in Kombination mit Guanfacin. Neuroleptika sind nur zurückhaltend einzusetzen, im klinischen Alltag jedoch sicher nicht vermeidbar (Tabelle 9).

Grundprinzip	Amphetamin ist bei aggressivem und impulsivem Verhalten MPH überlegen
Cave	Es gibt bei Rebound auch bzgl. impulsivem und aggressivem Verhalten
Therapie der Wahl	LDX, gegebenenfalls auch in Kombination mit Guanfacin Neuroleptika sind „Medication of desperation“

Tab. 9: Therapeutisches Vorgehen bei ADHS + Störungen des Sozialverhaltens

ADHS und Abhängigkeitserkrankungen

ADHS-Patienten leiden häufig an einer Suchtproblematik. Auch hier gilt das Grundprinzip Behandlung des ADHS wie gewohnt. Gelegentlicher Cannabis- und Alkoholkonsum sind keine Kontraindikationen gegen eine ADHS-Medikation. Erfahrungsgemäß nimmt der Cannabis- und Alkoholkonsum unter Medikation eher ab. Dies gilt jedoch nicht für schwerst drogenabhängige Jugendliche z. B. mit Heroin- oder LSD-Missbrauch. Reserveoption ist der Opioidrezeptorantagonist Nalmefen. Dieses setzt jedoch eine hohe Kooperation voraus, welche bei Suchtpatienten oft nicht gegeben ist (Tabelle 10).

Grundprinzip	Behandlung des ADHS wie gewohnt
Medikation	Langwirksame Amphetamine wie Concerta und LDX oder Guanfacin bevorzugen
	Das Missbrauchspotential der ADHS-Medikation ist gering Der Drogen- und Alkoholkonsum nimmt erfahrungsgemäß hoch signifikant unter Medikation ab (Ausnahme Junkies)
Reserveoption	Nalmefene als Opioid Rezeptor Antagonist

Tab. 10: Therapeutisches Vorgehen bei ADHS + Abhängigkeitserkrankungen

Zusammenfassung

Grundsätzlich ist die Behandlung von Komorbiditäten der ADHS kompliziert. Häufig wird im jugendlichen Erwachsenenalter auch ADHS übersehen. Entscheidend ist eine exakte Anamnese und Fremdanamnese. Einholen des Lehrerurteils und Einsicht in die Zeugnisse der ersten Schuljahre können sehr hilfreich sein. Die oben gemachten Ausführungen beziehen sich im Wesentlichen auf leichte und mittelschwere Komorbiditäten, wie wir sie im praktischen Alltag in der Praxis sehen. Ein wesentliches und aus meiner Erfahrung zu wenig beachtetes Kriterium ist die Adhärenz. Aus eigener Erfahrung werden Amphetamine wie retardiertes Methylphenidat oder LDX wegen des Nebenwirkungsspektrums eher gleichmäßig eingenommen. Die Nebenwirkungen der klassischen Antidepressiva wie z. B. erektile Dysfunktionen und Gewichtszunahme werden insbesondere im Jugendlichenalter weniger toleriert, weswegen diese Medikamente auch weniger regelmäßig eingenommen werden.

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler

(Literatur s. Text bzw. beim Verfasser)

Förderpreis 2017/2018

Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Vorstand und Kuratorium der Stiftung verleihen den Förderpreis 2017/2018 an Frau PD Dr. med. Regina Taurines, Oberärztin an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Würzburg.

Mit der Verleihung des Förderpreises unterstützen der Vorstand und das Kuratorium der Stiftung ein Forschungsprojekt zum Deletionssyndrom 22q11.2 (DS22q11). Das Deletionssyndrom 22q11 ist mit einer Häufigkeit von etwa 1:1000 Geburten zwar eine seltene Erkrankung (*rare disease*), gleichwohl die häufigste humane Deletion. Neben einer Vielzahl von körperlichen Symptomen wie Herzfehlern und Immundefekten geht die Erkrankung mit einem außerordentlich hohen Risiko für psychische Erkrankungen einher.

Das ausgezeichnete Projekt hat zum Ziel, neurobiologische Marker zu identifizieren, die geeignet sind, im Verlauf als Risikomarker und Prädiktoren für die Entwicklung psychischer Erkrankungen bei den Betroffenen klinisch weiterentwickelt zu werden.

Durch das bessere Verständnis der neuro- und psychobiologischen Mechanismen wird es möglich sein, neue Versorgungselemente für Kinder und Jugendliche mit DS22q11 zu entwickeln und damit gezielte Frühinterventionen zu ermöglichen.

Mit der Verleihung würdigen der Vorstand und das Kuratorium auch die am Universitätsklinikum Würzburg ansässige Spezialambulanz DS22q11. Dieses spezielle ambulante Angebot besteht seit mehr als 10 Jahren und dient der Verbesserung der Versorgung der Patienten, die häufig mit Entwicklungsverzögerungen, Angsterkrankungen, ADHS-Symptomen, sowie hohen Raten

an Autismus belastet sind. Etwa 40 % der Betroffenen entwickeln im Verlauf eine psychotische Erkrankung. Das Syndrom erhöht das Risiko für Schizophrenie um den Faktor 70.

Das Zentrum für Psychische Gesundheit wurde durch den deutschen Selbsthilfverein Kids-22q11 e.V. (www.kids-22q11.de) für das besondere Angebot zum Kompetenzzentrum Psychische Gesundheit ernannt.

Vorstand und Kuratorium der Stiftung beglückwünschen Frau PD Dr. med. Regina Taurines zu ihrer Arbeit. Sie sind von der Qualität des Vorhabens überzeugt und unterstützt dieses mit einer Fördersumme von 10.000 €, von denen 7.000 € sofort ausgezahlt werden, 3.000 € zur Unterstützung der Publikation.

Aachen, den 29. März 2018

Wien, den 29. März 2018

Für den Vorstand:

Christian K. D. Moik

Für das Kuratorium:

Prof. Dr. Paul Plener

Testrezension

Wechsler Intelligence Scale for Children® - Fifth Edition (WISC-V).

Bearbeitung der deutschen Fassung: F. Petermann. NCS Pearson, Inc.

Adaptation und Druck durch die Pearson Deutschland GmbH.

Technisches Manual ISBN: 978-3-943274-15-8

Durchführungs- und Auswertungsmanual ISBN: 978-3-943274-16-8

Die Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC), bis zum 1.8.2011 in der deutschen Fassung unter dem Namen „Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK)“, hat den Rezensenten seit dem Beginn seiner Weiterbildung und Tätigkeit als Kinder- und Jugendarzt und Kinder- und Jugendpsychiater begleitet.

1949 erschien die erste, englischsprachige Version, die erste Fassung für den deutschsprachigen Raum 1966. Diese lernte der Rezensent durch die in der Kinderklinik tätigen Diplom-Psychologen kennen. Auch in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik, in der er ab 1980 seine Weiterbildung absolvierte, waren es Diplom-Psychologen, die für die Testdiagnostik zuständig waren. Allerdings pflegten von dem guten Dutzend nur noch zwei Kollegen diese profane Tätigkeit, während die übrigen alles nur noch systemisch sahen. Damals habe ich von meinem erfahrenen Stationspsychologen, Herrn Dipl.-Psych. Brede, gelernt, Fremdbefunde erst einmal nachzurechnen, bevor ich diese übernommen und bewertet habe. Dafür, und nicht nur dafür, bin ich ihm bis heute dankbar.

Erst 1983 erfolgte mit den HAWIK-R die erste Revision des Testverfahrens. Die nächsten Überarbeitungen samt aktueller Normierungen erfolgten dann in kürzeren Abständen, 1999 mit dem HAWIK-III und 2007 mit dem HAWIK-IV.

Mit dem HAWIK-IV bzw. WISC-IV änderte sich auch die theoretische Grundlage für die Testkonstruktion. Während die ersten Versionen auf dem Intelligenzmodell von David Wechsler beruhten, der Intelligenz als „die zusammengesetzte oder globale Fähigkeit des Individuums zweckvoll zu handeln,

vernünftig zu denken und sich mit seiner Umgebung wirkungsvoll auseinanderzusetzen“ definierte, folgten die Versionen IV und V dem sogenannten Cattell-Horn-Carroll-Modell (CHC), mit der hierarchischen Struktur genereller und spezifischer kognitiver Fähigkeiten. Auf das CHC-Modell wurde bereits bei der Rezension der KABC-II im *forum* 3/2016, S. 67/68 eingegangen.

Mit dieser Änderung wurde die Unterscheidung zwischen Handlungs- und Sprachintelligenz aufgegeben. Stattdessen werden Indexwerte und ein Gesamt-Intelligenzquotient gebildet.

Die Umbenennung des HAWIK in die originale englische Bezeichnung „Wechsler Intelligence Scale for Children – Forth Edition (WISC-IV)“ im Zuge der Übernahme der Rechte durch die Pearson-PsychCorp., jetzt NCS Pearson, Inc., war nur mit wenigen Änderungen verbunden und ohne Neu-normierung. Rezensionen erfolgten im *forum* 1-2012, S. 92-95 und für das EDV-Testauswerteprogramm im *forum* 2-2012, S. 103-107.

10 Jahre nach dem HAWIK-IV, gibt es seit Ende 2017 die wesentlich überarbeitete und neu normierte Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition, WISC-V.

Was ist geblieben? Was ist neu?

Geblichen ist, dass es sich um ein psychometrisches Einzeltestverfahren zur Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6;0 bis 16;11 Jahren handelt. Geblichen ist bei der „Paper & Pencil“-Version auch das äußere Erscheinungsbild, leider samt der wenig praktischen Soft-Tragetasche. Geblichen ist auch das deutsche Bearbeitungsteam unter Leitung von Prof. Dr. Franz Petermann, Bremen.

Ganz neu ist, dass es mit „Q-interaktive“ eine Möglichkeit zur digitalen Testdurchführung gibt. Bei dieser arbeiten TestleiterIn und ProbandIn jeweils an einem iPad, die per Bluetooth miteinander verbunden sind. Die Eingaben werden interaktiv erfasst und in Echtzeit ausgewertet. Dieses Verfahren und die damit ggf. verbundenen Vorteile werden im kommenden *forum* 3-2018 separat besprochen werden.

Da anfangs nur die „Paper & Pencil“-Version verfügbar war, haben der Rezensent und seine psychologische Mitarbeiterin, Frau Christine Gerdsen, in der Praxis zunächst nur diese erprobt.

Unter Berücksichtigung der neueren Ergebnisse zur Intelligenzdiagnostik wurde die WISC-V partiell neu strukturiert, was sich auch in den auf den ersten Blick vertrauten Auswerteprotokollen wiederfindet.

Während die US-amerikanische Fassung der WISC-V 21 Untertests hat, beinhaltet die deutschsprachige Version 15 Untertests. Davon wurden 12 aus der WISC-IV beibehalten: *Mosaik-Test*, *Gemeinsamkeiten finden*, *Matrizen-Test*, *Zahlen nachsprechen*, *Zahlen-Symbol-Test*, *Wortschatztest*, *Symbol-Suche*, *Allgemeines wissen*, *Buchstaben-Zahlen-Folgen*, *Durchstreichtest*, *Allgemeines Verständnis* und *Rechnerisches Denken*. Diese beinhalten jedoch teils neue Aufgaben und auch Änderungen in der Auswertung. Entfallen sind die bisherigen Untertests *Begriffe erkennen*, *Bilder ergänzen* und *Bildkonzepte*. Neu aufgenommen wurden die Untertests *Formenwaage*, *Visuelle Puzzles* und *Bilderfolgen*. Die Untertests *Formenwaage* *Visuelle Puzzles* wurden in angepasster Weise aus dem WAIS-IV übernommen, der Untertest *Bilderfolgen* aus dem WPPSI-IV).

Modifikationen				
	neuer Untertest	Durchführung	Auswertung	neue Aufgaben
Gemeinsamkeiten finden			✓	✓
Wortschatztest			✓	✓
Allgemeines Wissen			✓	✓
Allgemeines Verständnis			✓	✓
Mosaik-Test			✓	✓
Visuelles Puzzles	✓			
Matrizen-Test		✓		✓
Formenwaage	✓			
Rechnerisches Denken		✓		✓
Zahlen nachsprechen		✓	✓	✓

Modifikationen				
	neuer Untertest	Durchführung	Auswertung	neue Aufgaben
Bilderfolgen	✓			
Buchstaben-Zahlen-Folgen		✓	✓	✓
Zahlen-Symbol-Test			✓	✓
Symbol-Suche		✓	✓	✓
Durchstreich-Test				✓

Neue Untertests des WISC-V und Untertest-Modifikationen aus dem technischen Manual des WISC-V (modifiziert).

Bei der Auswertung der Untertests erhält man außer dem Gesamtrohwert bzw. der Rohwertsumme auch einen alterskorrigierten Untertestwert, so dass zusätzliche Vergleiche und Bewertungen möglich sind. Zu den Einzelheiten der Untertests samt deren Konstruktion, Durchführung und Auswertung muss auf die beiden Manuale verwiesen werden.

Bei den Untertests gibt es auch eine Änderung in der Bezeichnung der beiden Kategorien: Der Ausdruck „Kerntest“ wird durch „primärer Untertest“ und der Ausdruck „optionaler Untertest“ durch „sekundärer Untertest“ ersetzt.

Es wird empfohlen, jeweils alle zehn primären Untertests durchzuführen. Aus diesen zehn primären Untertests werden in unterschiedlicher Kombination der Gesamt-IQ, die primären Indexwerte und drei der fünf möglichen sekundären Indexwerte berechnet.

Der **Gesamt-IQ** wird aus fünf Bereichen kognitiver Fähigkeiten bzw. sieben primären Untertests gebildet, und zwar Sprachverständnis (Gemeinsamkeiten finden + Wortschatztest), Visuell-Räumliche Verarbeitung (Mosaik-Test), Fluides Schlussfolgern (Matrizen-Test + Formenwaage), Arbeitsgedächtnis (Zahlen nachsprechen) und Verarbeitungsgeschwindigkeit (Zahlen-Symbol-Test). D. h., die Durchführung dieser primären Untertests ist im Rahmen einer standardisierten Untersuchung unbedingt notwendig. Empfohlen wird, alle zehn primären Untertests durchzuführen. Ggf. ist ein Austausch durch bestimmte andere Untertests zulässig. Dieses Vorgehen wird jedoch mit einer geringeren Maßgenauigkeit erkauft.

In Fällen, in denen einer der sieben Untertest nicht zu Ende durchgeführt werden konnte und auch durch keinen anderen Untertest ersetzt werden kann, besteht die Möglichkeit für die Bestimmung des Gesamt-IQ die Wertpunktsomme aus einer definierten Anzahl valider Untertestrohre hochzurechnen. Dies ist jedoch mit einer erhöhten Messgenauigkeit verbunden und ausschließlich für den Gesamt-IQ, nicht jedoch für die Indexwerte zulässig.

Bei den Index-Werten werden im WISC-V die Begriffe „primärer Index“ und „sekundärer Index“ eingeführt.

Die **fünf primären Indexwerte** sind:

- Sprachverständnis (SV)
- Visuelle-Räumliche Verarbeitung (VRV)
- Fluides Schlussfolgern (FS)
- Arbeitsgedächtnis (AGD)
- Verarbeitungsgeschwindigkeit (VG).

Der Index „*Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken*“ des WISC-IV wurde im WISC-V durch die neuen Indexwerte VRV und FS ersetzt.

Die **fünf sekundären Indexwerte** sind:

- Quantitatives Schlussfolgern (QS)
- Auditives Arbeitsgedächtnis (AAGD)
- Nonverbaler Index (NVI)
- Allgemeiner Fähigkeitsindex (AFI)
- Kognitiver Leistungsindex (KLI)

Bei der Ermittlung der Indexwerte ist ein Ersatz der zugehörigen Untertests nicht zulässig.

Neben Gesamt-IQ, primären und sekundären Indexwerten werden im Rahmen der Testdiagnostik auch Prozesswerte ermittelt. Diese erlauben eine zusätzliche qualitative Interpretation der Testleistung.

Die **Prozesswerte** werden zwar auch aus den Rohwertsummen abgeleitet. Dabei erfolgt jedoch eine andere Bewertung der Aufgabenerfüllung. Beispielsweise werden bei dem „Mosaik-Test“ nicht nur die vollständig und richtig wiedergegebenen Muster bewertet sondern jeder richtig gelegte Würfel.

Bei den drei Untertests „Mosaik-Test, Zahlennachsprechen und Durchstreichtest“ können sieben standardisierte Prozesswerte ermittelt werden:

- Mosaik-Test ohne Zeitbonus
- Mosaik-Test Partialgesamtrohwert
- Zahlennachsprechen – Vorwärts
- Zahlen nachsprechen – Rückwärts
- Zahlen nachsprechen – Sequentiell
- Durchstreich-Test (Unstrukturiert)
- Durchstreich-Test (Strukturiert)

Zu Einzelheiten der testtheoretischer Überlegungen, der Durchführung, Auswertung und Interpretation muß auch hier auf die beiden Manuale verwiesen werden.

Stichprobe:

Für die Normierung der deutschsprachigen Version der WISC-V wurde eine Stichprobe von insgesamt 1087 Kindern und Jugendlichen im Alter von 6;0 bis 16;1 erhoben, die in 11 Untergruppen von jeweils ca. 100 Probanden unterteilt wurde.

Entsprechend der Quote des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2014 war in dieser Stichprobe ein Migrationsanteil von ca. 30 % enthalten.

Umfassende Angaben zur Normierung der US-amerikanischen und deutschen Version der WISC-V sind im Technischen Manual dargestellt.

Reliabilität:

Laut der umfassenden Angaben im Manual liegen die Reliabilitätskennwerte für die Untertests der WISC-V in einem zumeist höheren Bereich als für die WISC-IV. Für die primären Indexwerte lagen die Reliabilitätskoeffizienten zwischen .89 (Verarbeitungsgeschwindigkeit) und .93 (Fluides Schlussfolgern). Die **Retest-Stabilität** liegt für die primären Untertests in einem befriedigenden bis guten Bereich (.72 bis .82), für den Gesamt-IQ mit .90 in einem sehr guten Bereich. Die **Interrater-Reliabilität** ist sehr hoch, auch bei den Untertests, die evtl. mehr Beurteilungsspielraum bieten wie „Gemeinsamkeiten finden“ (.98), „Wortschatz-Test“ (.97) und „allgemeines Wissen“ (.99)

Validität:

Im Rahmen der Überprüfungen der verschiedenen Aspekte der Validität wurden u. a. vergleichende Testungen mit WISC-IV, WAIS-IV, WPPSI-III und K-ABC-II durchgeführt. Im Gesamtergebnis besteht eine gute bis hohe kriteriumbezogene und faktorielle Validität.

Erfahrungen in der eigenen Praxis:

In der Praxis des Rezensenten wurde die WISC-V seit Herbst 2017 eingesetzt, und zwar in der „Paper & Pencil“-Version, anfangs mit manueller Auswertung, da die Auswertungssoftware durch die Umstellung des Logistik-Zentrums von Pearson erst Anfang 2018 verfügbar war. Die digitale Plattform Q-global wurde noch nicht genutzt.

Für diejenigen, die bisher bereits mit der WISC-IV und/oder der WAIS-IV gearbeitet haben, ist die Umstellung auf die WISC-V problemlos. Allerdings sollte man sich vor der Arbeit mit Probanden/Patienten eingehend mit den oben kurz und in den beiden Manualen ausführlich dargestellten Änderungen und Neuerungen vertraut machen. Hilfreich kann auch eines der WISC-Seminare sein, die die Pearson-Akademie anbietet.

In der Papier-Bleistift-Version ist das Setting so wie gewohnt. Der Zeitbedarf für die Testdurchführung wird mit 60 bis 90 Minuten angegeben, wobei wir nur selten 90 Minuten benötigt haben.

Auf Grund des hohen Migrantenanteils unter unseren Patienten wurde es als positiv und für die Probanden motivierend erlebt, dass für den Index Sprachverständnis nur noch 2 statt bisher 3 Untertests erforderlich sind.

Bei genügender Erfahrung ist auch die manuelle Auswertung des Tests mit vertretbarem Zeitaufwand zu erledigen.

Trotzdem lohnt sich die Auswertung mittels Auswertungssoftware bzw. über die Internetplattform Q-global, denn ohne eigenen Mehraufwand erhält man in dem 6-seitigen Protokoll zahlreiche nützliche Zusatzauswertungen und Informationen einschließlich Primäranalyse, Sekundäranalyse mit sekundären Indexwerten und sekundären Diskrepanzvergleichen und Prozessanalyse samt tabellarischer und graphischer Darstellung und einem Kurzreport, der sich auch zur Mitteilung in einem Arztbrief oder Gutachten eignet.

Kosten:

Während der WISC-IV 2011 ohne Auswerteprogramm 1150 Euro zzgl. 7% USt. kostete, kostet der WISC-V 1400 Euro zzgl. USt. Die beiden Manuale sind auch einzeln erhältlich für 142 bzw. 185 Euro, Protokollbögen und Aufgabenhefte jeweils im 25er-Pack zu 152, 136 und 125 Euro.

Das 1-Platz-Auswerteprogramm kostete früher 220 Euro zzgl. USt. und kostet jetzt 299 Euro, die Netzwerkversion für bis zu 3 PCs 489 Euro, die Li-

zenzerweiterung für die Netzwerkversion 99 Euro, jeweils zzgl. USt. Bei der Auswertepattform Q-global zahlt man für eine Lizenz für 1 Benutzer und 5 Jahre 249 Euro, für jeden weiteren Nutzer 49 Euro.

Resümee:

Der WISC-V ist die konsequente Weiterentwicklung bewährter psychometrischer Diagnostik unter Berücksichtigung der aktuellen Erkenntnisse und Theorien aus den kognitiven Neurowissenschaften und der sozialen, kulturellen und technologischen Veränderungen in unserer Gesellschaft. Sie wird weiter der ‚Goldstandard‘ in der Intelligenzdiagnostik sein, auch wenn es durchaus gleichwertige andere Testverfahren gibt. Neu ist die Möglichkeit einer interaktiven Durchführung des Tests mittels iPad. Darüber wird im 2. Teil der Rezension im *forum-3-2018* berichtet werden.

Christian K D. Moik

Impressum

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik,

Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand

Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Tel.: 0 21 62 / 96 31

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Anja Walczak

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

BIC: GENODEM1GBU, IBAN: DE79 4226 0001 0164 1643 00

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, didier@metadruck.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin

e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

Preis des Einzelheftes: 13,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:

Preis des Einzelheftes: 11,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. Dezember des aktuellen Jahres.

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.