

Inhalt

Intensivierte Krisenintervention (iKri) für traumatisierte unbegleitete minderjährige Flüchtlinge <i>Ruth Caroline Pfister</i>	2
Neuere Entwicklungen in der Katathym Imaginativen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen <i>Renate Sannwald</i>	25
Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Abschlussbericht 2014 – Konsentierter Fassung – Teil 1 <i>Bernd Hagen</i>	43
<i>Rezensionen</i>	
Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien	100
Proxy – dunkle Seite der Mütterlichkeit	101
Hinweise für Autoren	104
Anzeigen	106
Mediadaten	111
Impressum	116

Intensivierte Krisenintervention (iKri) für traumatisierte unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Ruth Caroline Pfister

Psychiatrischer Behandlungsbedarf von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge (umF)

Seit 2012 steigt die Zahl von Flüchtlingen und in Deutschland gestellten Asylanträgen stark an (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2015). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF) sind Kinder und Jugendliche, die ohne Sorgeberechtigte hier einreisen und im Regelfall um Asyl nachsuchen. Im Jahr 2015 ist der Flüchtlingszustrom, wie aus der Presse bekannt, weiter explodiert, aktuelle Zahlen sind dazu derzeit aber nicht erhältlich. Ebenso unklar ist, in welchem Ausmaß unbegleitete minderjährige Flüchtlinge an Traumafolgestörungen leiden und welche Behandlungsempfehlungen hierfür ausgesprochen werden sollen.

In den Jahren 2014 und 2015 wurden in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis über 50 psychiatrisch/psychotherapeutische Erstgespräche mit anschließender Krisenintervention mit unbegleiteten minderjährigen Ausländern (umA) durchgeführt. Es wurde ein spezifisches niederfrequentes Behandlungskonzept, die intensivierte Krisenintervention (iKri) entwickelt. Innerhalb des Behandlungskonzeptes werden die besonderen Lebensumstände der Jugendlichen, ihre psychischen Grundproblematiken und ihre aktuellen inneren Beweggründe berücksichtigt. iKri ist auf die Bedürfnisse der umF/umA zugeschnitten und zielt darauf ab, in jeder Behandlungseinheit mit einem die Selbstwirksamkeit der umF steigernden Handlungsplan abzuschließen.

In ersten Evaluationen zeigt sich nach der Anwendung von iKri eine Reduktion der Schlafstörungen, Alpträume und Angstattacken. Es wird deshalb hypo-

thetisiert, dass sich bereits in der Erstaufnahmeeinrichtung durch Ultrakurztherapien wie z.B. iKri die Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung positiv beeinflussen ließe. Weitere Untersuchungen bzw. kontrollierte Studien sind erforderlich, um zu entscheiden, ob mit dem Einsatz von therapeutischen Modellen wie iKri der steigende Bedarf an Therapieplätzen unter den Gesichtspunkten von Patientenzentriertheit, Effektivität und Wirtschaftlichkeit gedeckt werden kann.

Aus unserer Sicht ist es sinnvoll, die Besonderheiten dieser Gruppe und ihre inneren Beweggründe zu erfassen, da sich hieraus Rückschlüsse und Konsequenzen für Interventionsmöglichkeiten und Behandlung ergeben. Der folgenden Artikel stellt in einem Überblick die Situation der umF und ihre im Vordergrund stehenden subjektiven Beschwerden dar und erläutert in Grundzügen das Vorgehen innerhalb der Intensivierten Krisenintervention iKri.

Rechtlicher Hintergrund bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Bei Einreise eines umF (umA) sind zunächst alle Maßnahmen zum Schutz des Kindeswohls auf der Grundlage des Achten Sozialgesetzbuches (SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe) einzuleiten, d.h. die Minderjährigen werden durch das Jugendamt in Obhut genommen. Der Kinderschutz hat zunächst Vorrang gegenüber den ausländer- bzw. aufenthalts- und asylrechtlichen Fragestellungen, wobei letztere jedoch im Kontext der weiteren Versorgung berücksichtigt werden müssen (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration 2014). In Hessen werden alle Ethnizitäten von umF in sogenannten Clearinggruppen zusammengefasst mit dem Ziel, in einem standardisierten Clearingverfahren die individuellen Lebens- und Fluchtumstände zu klären und gegebenenfalls einen Asylantrag oder Antrag auf Bleiberecht zu stellen. Die Bezeichnung unbegleiteter minderjähriger Flüchtling (umF) wurde Ende 2015 aus politischen Gründen durch die Bezeichnung unbegleiteter minderjähriger Ausländer (umA) ersetzt. In diesem Artikel werden beide Bezeichnungen eingeführt und synonym verwendet, da der Begriff „Flüchtling“ deutlicher auf die in der Vorgeschichte liegenden Traumatisierungen hinweist.

Erstaufnahmestelle Gießen

In Hessen gibt es in Frankfurt und Gießen zwei zentrale Erstaufnahmestellen für umF. In Gießen wurden sukzessive 300 Plätze in 8 Clearinggruppen (Stand Oktober 2015) geschaffen, die durch die Caritas betreut werden (Gießener Allgemeine 2015).

Clearingverfahren

Im Clearingverfahren erhalten die Jugendlichen Grundleistungen, die die Erstversorgung, Betreuung durch pädagogische Fachkräfte über 24 h, Gestaltung des Wohnumfeldes, alltägliche Versorgung, Freizeitgestaltung, Einübung lebenspraktischer Kompetenzen, sowie die sozio-emotionale und schulische Förderung und Hilfeplanung umfassen (Stauf 2012).

Zur Feststellung der Minderjährigkeit wird eine Altersschätzung vorgenommen und die Betroffenen werden zu ihren Asylgründen in Anhörungen mit Dolmetschern befragt. Wird Minderjährigkeit vermutet, wird über das Vormundschaftsgericht ein Vormund bestimmt (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration 2014). Für die Jugendlichen und BetreuerInnen in den Clearinggruppen ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen juristischer Klärung des Aufenthaltsstatus und sozialpädagogischer Versorgung. Allerdings erhalten umF in Hessen bis zur Volljährigkeit häufig ein Duldungsrecht, auch wenn der Asylantrag abgelehnt wird (Bender 2015).

Durch den stetig steigenden Zustrom von umF verlängerte sich der ursprünglich auf 3 Monate angelegte Clearingprozess. Mit dem 01.11.15 treten Neuregelungen zur schnelleren Umverteilung in die Landkreise in Kraft (Deutscher Bundestag 2015), auf die im Rahmen dieses Artikels jedoch nicht eingegangen wird.

Lebensumstände von umF in den Clearinggruppen

Im Vergleich zu den Lebensumständen der Erwachsenen und Familien in der Hessischen Erstaufnahmeeinrichtung werden die umF in Gießen in überwiegend kleineren Gruppen betreut und haben, z.B. bei psychischen Problemen, Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die Clearinggruppen bestehen aus gemischten Ethnizitäten und Religionszugehörigkeiten. UmF erhalten, zum Teil zunächst in geringem Umfang, Deutschunterricht.

Familiäre Situation von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Viele umF haben auf der Flucht oder aufgrund der schwierigen Situation im Heimatland den Kontakt zu ihrer Familie verloren. Sie wissen oft wochen- oder monatelang nicht, ob die Familienmitglieder der Kernfamilie noch am Leben sind. Besteht noch Kontakt zur Kernfamilie, versuchen sie, diesen über Handy meist niederfrequent aufrechtzuerhalten. Zum Teil gibt es Verwandte in Deutschland, die bereits zuvor Asyl gesucht haben, die die Jugendlichen nicht persönlich oder nur entfernt kennen und zu denen dann Kontakt gesucht wird. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass die Familienverhältnisse der umF in der Regel nicht unsere deutsch-europäischen Familienverhältnisse (z.B. mit einer durchschnittlichen Geburtenziffer von 1,42 in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2013) und der rechtlich verankerten Gleichstellung von Mann und Frau (Europäische Kommission 2015)) widerspiegeln. Es handelt sich meist um weitverzweigte patriarchale Familienclans, deren Gesetzmäßigkeiten einer eigenen Logik folgen, fernab europäischer Werte und rechtsstaatlicher Prinzipien. Dies hat insbesondere für Mädchen und junge Frauen gravierende Auswirkungen bei der Frage einer selbstbestimmten Lebensgestaltung.

Hat der umF noch Kontakt zur Familie, befindet sich diese in der Regel im Krisengebiet. Ihre finanziellen Verhältnisse sind häufig noch schwieriger geworden, da sie die Flucht des Jugendlichen mit 5000 - 6000 Euro, z.B. durch Verkauf des Hauses, Schmuckes oder der Ersparnisse finanziert hat. Dadurch, dass die ältesten, meist männlichen Jugendlichen zuerst weggeschickt werden, entbehrt die Familie häufig deren tatkräftige Hilfe beim Lebensunterhalt. Zum Teil ergeht mit dem Schicken der Kinder und der Finanzierung der Flucht ein unausgesprochener oder ausgesprochener Auftrag an die Jugendlichen, die Familie aus Deutschland heraus finanziell zu unterstützen. In Deutschland erleben die umF eine partielle Desillusionierung, da sie nicht schnell Geld verdienen können. Ihre Lebensrealität in den Clearinggruppen können sie ihren Familien nicht vermitteln, da die ökonomischen Bedingungen der Länder so unterschiedlich sind. Einerseits erhalten sie umsonst Versorgung, Unterkunft, Bildung und medizinische Versorgung, andererseits dürfen sie keiner Arbeit nachgehen. Bildlich formuliert sitzen sie im Paradies, können aber keine Äpfel herausreichen. Die in der Regel äußerst motivierten und arbeitswilligen umF sind mit der Situation konfrontiert, der weiterbestehenden Notlage ihrer Familie tatenlos zusehen zu müssen. Daraus ergibt sich für die allermeisten Jugendlichen ein Daueranspannungszustand von Angst, Sorge und Schuldgefühlen.

Fluchtgründe

Die Gruppe der umF ist heterogen in Bezug auf ihre Fluchterlebnisse, ihre Familiensituation und ihre Fluchtgründe. In Bezug auf die Fluchtgründe wird fast immer eine vitale Bedrohung angegeben.

Praktisch alle umF, die aus Bürgerkriegsstaaten, Kriegsgebieten oder Ländern anreisen, in denen Terrorgruppen wie der Islamische Staat oder militante islamische Organisationen wie die Al-Shabab oder die Taliban herrschen (z.B. Eritrea, Afghanistan, Somalia, Syrien...), berichten von einer hohen Instabilität und einem von der Willkür der jeweiligen Machthaber geprägten alltäglichen Leben, in dem sie selbst oder ihre Familienangehörigen vital bedroht waren oder den Tod gefunden haben.

Afghanen, die sich in den Iran geflüchtet haben, leben dort illegal, ein Schulbesuch ist nicht möglich. Eine mögliche Abschiebung nach Afghanistan wird als ständige vitale Bedrohung erlebt, insbesondere, wenn die Familie die Taliban nicht unterstützt hat und z.B. mit den Amerikanern zusammengearbeitet hat.

Bei der Flucht aus Albanien und dem Kosovo stehen Fluchtgründe wie Androhung von Blutrache, Zwangsverheiratung oder ein sehr gewaltgeprägtes Familienmilieu und Zukunftsperspektivlosigkeit im Vordergrund.

Traumatisierende Ereignisse auf den Fluchtwegen

Auch auf der Flucht selbst ereignen sich häufig potentiell traumatisierende Vorkommnisse. UmF, die aus Eritrea, dem Sudan oder Somalia kommen, berichteten insbesondere über lebensbedrohliche Situationen in der Sahara, in Libyen und auf dem Mittelmeer. Auf der Fluchtroute von Syrien, Afghanistan oder dem Iran berichteten umF über subjektiv empfundene oder reale Lebensbedrohung durch polizeiliche Gewalt in der Türkei, in Gefängnissen in Griechenland und Ungarn. Da ein Teil dieser Route von den umF zu Fuß zurückgelegt wird, wurden u.a. Erlebnisse von akuter Angst vor Verhungern oder Verdursten bei langen Walddurchquerungen oder die nächtliche Kollision (!) eines Flüchtlingstrecks mit einem Zug berichtet, da dieser zur Orientierung auf den Bahnschienen entlanglief. Fast keinem umF ist die Gefahr der Fluchtwege vor Beginn der Flucht im tatsächlichen Ausmaß bekannt, nahezu alle schätzen die Belastung zuvor geringer ein.

Fluchtwege aus Albanien und dem Kosovo sind (waren) kürzer und einfacher zu bewältigen und wirkten sich in der Regel nicht in Richtung einer Traumafolgestörung aus.

Alle behandelten umF hatten keine realistischen oder umfassenderen Informationen über das Leben und ihre asylrechtlichen Chancen in Deutschland.

Epidemiologie

In unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis wurden 2014 / 2015 57 umF betreut. Davon kamen aus Afghanistan 17, Eritrea 15, Syrien 9, Albanien 5, Kosovo 3, Somalia 2, Algerien, Sudan, Iran und Ecuador jeweils 1. 7 umF waren weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 16,0 Jahren.

Die Prävalenz für das Ausbilden einer PTBS beträgt nach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften:

- ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern,
- ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung,
- ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen (Flatten et al. 2011).

Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-5

A.: Die Betroffenen waren Tod (tatsächlich oder angedroht), schwerwiegenden Verletzungen oder sexueller Gewalt ausgesetzt durch:

- Direktes Erleben
- Persönliches Miterleben, wie das Ereignis anderen zustößt
- Erfahren, dass ein Trauma (gewaltsam oder durch Unfall) einem engen Familienmitglied oder einem engen Bekannten zugestoßen ist
- Wiederholte oder sehr extreme Konfrontation mit aversiven Details des traumatischen Ereignisses (APA 2014).

B: Es bestehen eines (oder mehrere) der folgenden, mit dem Trauma assoziierten Symptome von Wiedererleben (Der Beginn der Symptome war nach dem Auftreten des traumatisierenden Ereignisses):

1. Wiederholte, unwillkürliche und aufdrängende Erinnerungen an das traumatische Ereignis.

2. Wiederholte Alpträume, bei denen Inhalte oder Gefühle des Traumas mit dem traumatischen Ereignis assoziiert sind.
 3. Dissoziationen (z.B. Flashbacks), in denen sich der Betroffene so fühlt oder sich so verhält, als ob das traumatisierende Ereignis wieder stattfinden würde.
 4. Ausgeprägtes oder anhaltendes seelisches Leiden bei Konfrontation mit (inneren oder externen) Reizen, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder die einem Aspekt des traumatisierenden Ereignisses ähnlich sind.
 5. Deutliche physiologische Reaktion auf (innere oder externe) Reize, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder die einem Aspekt des traumatisierenden Ereignisses ähnlich sind.
- C: Es besteht eine anhaltende Vermeidung von Stimuli, die mit dem traumatischen Ereignis assoziiert sind, wie zum Beispiel eine Vermeidung (oder der Versuch zu vermeiden) von mit dem traumatisierenden Ereignis verbundenen belastenden Erinnerungen, Gedanken, Gefühlen sowie von externen Bedingungen (wie z.B. Personen oder Orten) mit dem traumatisierenden Ereignis verbundene Gedanken oder Gefühle hervorrufen.
- D: Negative Veränderungen in mit dem Trauma assoziierten Kognitionen oder Affekten, wie zum Beispiel
1. die Unfähigkeit, wichtige Aspekte des traumatischen Ereignisses zu erinnern,
 2. anhaltende oder übersteigerte negative Überzeugungen bzw. Erwartungen in Bezug auf die eigene Person, andere Personen oder "die Welt".
 3. anhaltende veränderte Gedanken über die Ursache oder die Folgen des traumatischen Ereignisses.
 4. anhaltend negatives Gefühlserleben, wie z.B. Angst, Schuld, Schamgefühle.
 5. deutliche Verminderung von Interesse oder sozialen Aktivitäten.
 6. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen.
 7. eingeschränkte Wahrnehmung von positiven Affekten (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden).

E: Deutliche Veränderungen in der Erregbarkeit und den Reaktionen, wie zum Beispiel Reizbarkeit oder Wutausbrüche, leichtsinniges oder selbstzerstörerisches Verhalten, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen.

F-G: Die Beschwerden (B-E)

- dauern für mindestens 1 Monat an,
- verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen und
- sind nicht besser durch Substanzeinfluss oder eine andere Erkrankung erklärbar (APA 2015).

Diagnosen der untersuchten Gruppe

Posttraumatische Belastungsstörung 31

Anpassungsstörung 14

Depressive Episode 4

Akute Belastungsreaktion 4

Sonstige wahnhaftige Störung 1

Zwangsstörung 1

Keine psychiatrische Diagnose 2

Diagnosefallbeispiele

Durch die Arbeit mit komplex traumatisierten Patienten verändert sich der Bezugsrahmen, innerhalb dessen wir die geschilderte Symptomatik beurteilen. Würde sich ein deutscher Jugendlicher mit derart ausgeprägten Schlafstörungen vorstellen, wie sie regelhaft bei der Erstvorstellung eines umF vorliegen, würden wir vermutlich eine ausführliche somatische Abklärung anschließen. Als Auslöser der Schlafstörungen sind die multiplen traumatischen Erlebnisse bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen jedoch höchst wahrscheinlich. Symptomatik und Schweregrad werden von uns vor dem Hintergrund der Referenzgruppe „unbegleitete minderjährige Flüchtlinge“ beurteilt. Es wurde jeweils die aktuell im Vordergrund stehende Hauptsymptomatik diagnostiziert:

PTBS: Ein 16 jähriges bildhübsches, schlankes Mädchen aus Eritrea wurde auf der Flucht von der IS gefasst und war 3 Monate lang im 3. Stock eines Gebäudes in deren Gewalt. Als an einem Abend aufgrund eines Festes der Schergen die Bewachung gelockert wurde, nutzten dies einige Gefangene zum Selbstmord. Das Mädchen stürzte sich in suizidaler Absicht ebenfalls aus dem Fenster, prallte immer wieder auf Jalousien und kam, völlig unvorhergesehen, unverletzt auf. Sie rannte die halbe Nacht durch und konnte der IS mit Hilfe von Unbekannten entkommen. Sie überlebte auch den Rest der Flucht, leidet jedoch unter Flashbacks, Hypervigilanz, ausgeprägten Panikattacken, Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen. Am liebsten möchte sie alles vergessen...

Akute Belastungsstörung: Selten, aber zweimalig wurden umF vorgestellt, die von anderen Flüchtlingen in Gießen bedroht und tödlich angegriffen wurden. Diese Übergriffe bedeuten vor dem Hintergrund der Fluchterfahrungen eine potentielle Retraumatisierung. Sie lösten Hypervigilanz, Angst- und Schlafstörungen aus. Als Auslöser konnte eindeutig der Übergriff identifiziert werden. Nach Krisenintervention und in Gang setzen rechtstaatlicher Prinzipien (Anzeige, verstärkter Schutz durch die Einrichtung) bildete sich die Symptomatik rasch zurück.

Anpassungsstörung: Ein 11jähriger Syrer, dessen Familie in Saudi-Arabien lebt und dort arbeitet, wird nach Deutschland geschickt, um die Familie später nachholen zu können. Kriegshandlungen hat der Junge nicht erlebt, der Fluchtweg, begleitet durch einen Verwandten, war relativ kurz und wirkte sich nicht traumatisierend aus. Der Junge leidet jedoch unter starkem Heimweh und dem Druck, zu versagen und den Familienauftrag nicht erfüllen zu können. Zur emotionalen Entlastung wurde einmalig eine traumatherapeutische Behandlung mit iSyMind (Pfister & Kötter 2012) durchgeführt. Der Junge erhielt die Diagnose einer Anpassungsstörung.

PTBS: Eine 17jährige Afghanin, die ihre Kindheit als glücklich bezeichnet, flüchtet vor Zwangsverheiratung nach Deutschland. Die Familie war in den Iran geflohen, der Vater wurde krank und arbeitsunfähig. Er liebte Geld, das er nicht zurückzahlen konnte. Anstelle des Geldes verlangte der wesentlich ältere Gläubiger die Tochter zur Begleichung der Schulden. Die Mutter unterstützte heimlich die Flucht der Tochter. Ein erwachsener Bruder war bereits in Deutschland, unterstützte die Familie jedoch nicht finanziell. Nach der gelungenen Flucht dissoziierte das Mädchen in Deutschland über Stunden.

Außerdem lebte sie weiter in Angst vor Zwangsverheiratung, da der Bruder sich nun bei ihr täglich telefonisch meldete und seine patriarchalen (Fürsorge?-) Pflichten (nach den Vorstellungen ihres Kulturkreises) wahrnahm. Sie sah sich nicht in der Lage, sich dem Willen des Bruders aktiv zu widersetzen. Außerdem machte sie sich große Sorgen um ihre jüngere Schwester, da sie befürchtete, dass diese nun an ihrer statt die Schuldbegleichung durch Zwangsheirat antreten müsste. Informationen über ihre juristische Situation, Übernahme der Vormundschaft durch das Jugendamt und traumatherapeutische Intervention mit iSyMind führten zu einer Stabilisierung der Situation mit Rückgang der Symptomatik.

Akute Belastungsreaktion: Dasselbe Mädchen wurde über Handy (Bild des aufgebahrten Vaters) vom überraschenden Tod des Vaters (ohne Fremdeinwirkung) informiert. Sie reagierte als Abwehrreaktion der Nachricht mit einem völlig entgrenzten Zusammenbruch, sah sich jetzt komplett ohne Schutz und verlassen (verstärkte Identifikation mit den positiven Vateranteilen, gepaart mit Schuldgefühlen über ihre Flucht?) und befürchtete eine Verschlimmerung der Situation von Mutter und Schwester (ohne patriarchalen Beschützer). Wegen akuter Dekompensation erfolgte in einer akuten traumatherapeutischen Intervention mit iSyMind die Abreaktion von ausgeprägten Angst- und Verlustgefühlen. Hilfreich war, dass die afghanische Dolmetscherin in einer Mutterersatzrolle viel Körperkontakt zuließ und nach ärztlicher Anleitung die Fremdstützung durchführte. Diese Intervention führte zur Akzeptanz des Todes des Vaters und ermöglichte dem Mädchen das Zulassen von Schmerz, Trauer und Versorgung. Mit der gleichfalls anwesenden Betreuerin wurde die weitere sozialpädagogische Betreuung besprochen. Das Mädchen stabilisiert sich in den nächsten 2 Wochen, Schulkontakte und die Anforderungen des alltäglichen Lebens konnte situationsangemessen vor dem Hintergrund des Verlustes wahrgenommen werden. Trotz vormalig diagnostizierter PTBS und durchgeführter traumatherapeutischer Intervention wurde aufgrund der Symptomatik und des zeitlichen Verlaufes nun die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion gestellt.

Beobachtete Symptomatik der mit PTBS diagnostizierten umF

Betäubtheit und Dissoziationen wurden nur in sehr schweren Fällen und zu Beginn der Behandlung beobachtet.

Alpträume mit assoziierten Panikattacken und ausgeprägte Schlafstörungen (z.T. nur 2 -3 h /Nacht an mehr als 5 Tagen in Woche) sowie vegetative Übererregtheit treten als Kernsymptomatik zu Beginn der Behandlung nahezu regelhaft auf. Z.B. erleidet die 16-jährige, die sich 3 Monate in der Gewalt der IS befand, in der Fußgängerzone regelmäßig Panikattacken, wenn Sie bärtige ausländische Männer sieht. Schlaf wird aufgrund von Alpträumen vermieden oder durch Alpträume mit nachfolgender Panikattacke verunmöglicht. In den Alpträumen sehen sich die Betroffenen selbst oder ihre nächsten Angehörigen plötzlich durch die IS, die Taliban, die Al-Shabab, das Asad-Regime etc. bedroht.

Depression mit sozialem Rückzug, Freud- und Teilnahmslosigkeit findet sich häufig als Zweitdiagnose. Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen wurde von uns (soziokulturell / aus der Asylsituation heraus bedingt?) nie beobachtet.

Vermeidungsverhalten stand jedoch nie im Vordergrund der Symptomatik. Es zeigte sich teilweise, z.B. in Form von Verweigerung des Schwimmbadbesuches nach traumatischen Erfahrungen als Bootsflüchtling oder der Weigerung, im Wald spazieren zu gehen, nach dem Erlebnis, auf der Flucht über mehrere Tage ohne Nahrung in einer Waldhütte eingeschlossen gewesen zu sein,. Bezieht man allerdings das regelhaft späte Einschlafen und die Schlafstörungen als Versuch, Alpträume zu vermeiden mit ein, besteht bei nahezu allen umF Vermeidungsverhalten in diesem Bereich.

Im Gegensatz dazu beobachteten wir auch häufig einen geradezu *zwanghaften Konsum* von retraumatisierendem Bildmaterial. Zum Teil wurden täglich über mehrere Stunden Nachrichten oder Videos von Hinrichtungen (Köpfung durch die IS) konsumiert oder Fotos ermordeter Verwandter betrachtet. Da die umF, wenn überhaupt, über Handy, Internet, TV mit ihren Familien und Herkunftsländern verbunden sind, führt Vermeidungsverhalten in diesem Bereich vermutlich zu einem weiteren Identitätsverlust oder erhöht die Schuldgefühle, sich in relativer Sicherheit zu befinden, während die Familie im Krisengebiet verblieben ist.

Die Ohnmacht über ihre nicht vorhandenen Einflussmöglichkeiten und der Verbleib der Familie im Krisengebiet erzeugen bei allen (!) umF hohen psychischen Druck und häufig Schuldgefühle. Niederland beschrieb bereits

1960 bei Überlebenden der nationalsozialistischen Konzentrationslager ein Überlebenden-Syndrom. Er sah nach wiederholter und längerdauernder Todesbedrohung durch menschliche Gewalt und Willkür, neben Symptomen der PTBS, Schuldgefühle als führendes Symptom an (Niederland 1980). Erreichen die Jugendlichen schlechte Nachrichten aus den Krisengebieten, kommt es regelhaft zu depressiven Einbrüchen, die nichts mit ihrer eigenen aktuellen Situation zu tun haben. Durch die mediale Verbreitung traumatisierender Bilder und Nachrichten (Verwandte schicken z.B. Fotos getöteter Angehöriger) unterliegen viele umF zudem einer beständigen Retraumatisierung.

Sprechen wir in Bezug auf die Symptomatik der umF in der Regel von Posttraumatischer Belastungsstörung, muss ein Anteil der psychischen Beschwerden eigentlich als (weiter laufende beständige) traumatische Belastungsstörung angesehen werden.

Suizidalität trat äußerst selten auf. In einem Fall ausgeprägter PTBS, mit Zweitdiagnose einer Depression wurden, nach dem Ansetzen von Antidepressiva, medikamenteninduziert, über Suizidgedanken, berichtet.

Intensivierte Krisenintervention, iKri

Die intensivierte Krisenintervention umschließt immer 2 Behandlungsanteile mit einer Gesamtzeit von ca. 1,5 – 2 Stunden:

1. Diagnosestellung und Erhebung der aktuellen Problemanamnese
2. Anleitung und Implementierung von Sofortmaßnahmen

Für die allermeisten umF ist dies konzentrativ leistbar. In wenigen Fällen von schwerer PTBS mit Dissoziation und Betäubtheit wurde die Behandlungszeit verkürzt.

Für die Behandlung werden Dolmetscher gestellt, die Jugendlichen werden in der Regel durch Betreuer begleitet, so dass spezifische sozialpädagogische Maßnahmen besprochen werden können. Das Konzept wird über eine Vereinbarung mit dem Jugendamt trotz erhöhten Schwierigkeitsgrads (Behandlung traumatisierter Patienten, Dolmetscher) nach dem 1,8 fachen Satz GOÄ, vergleichbar 2 Stunden Psychotherapie nach EBM, bezahlt.

Eingangsscreening und Evaluation

Um innerhalb der Krisenintervention einen schnellen Überblick zu gewinnen, reale Problematik von psychischer Problematik differenzieren zu können und die Effektivität der Behandlung zu evaluieren, wurde von uns ein kurzer Fragebogen entwickelt. Bereits vorhandene traumaspezifische Fragebögen wie z.B. die Impact of Events Scale (Horowitz & Alvarez (1979) oder der Ucla PTBS Index für DSM-IV (Oswald et al. 2011) haben sich im Praxisalltag und innerhalb des Konzeptes von iKri nicht bewährt, da entweder Übersetzungen in den benötigten Sprachen fehlten oder die Fragen nach zeitaufwendiger Übersetzung von den umF nicht wirklich gut verstanden wurden. Selbst Cries-8 (Perrin et al. 2005) stellt nicht alle Sprachen zur Verfügung und erfasst nicht die bei den umF häufig beklagten und motivational im Vordergrund stehenden somatischen Symptome und eignet sich somit nicht zur Verlaufskontrolle.

In den Fragebogen aufgenommen wurden 3 Items zur Fremdbeurteilung durch ClearinggruppenmitarbeiterInnen und 6 Items zur Selbstbeurteilung durch die umF. Dabei werden neben objektivierbaren Daten wie Schlafdauer und Alptrahmhäufigkeit pro Woche subjektive Aussagen über Gesamtbelastung und Copingfähigkeit erfragt. Die Angaben, ob die Vorstellung in der Praxis mit ihrer aktuellen Situation (z.B. Übergriff/ Konflikt in der Gruppe), ihren Fluchterlebnissen, der Situation ihrer Familie, oder „Sonstigem“ zu tun hat, dient einer ersten Orientierung innerhalb des Beschwerdebildes.

Sitzordnung

Die Gesprächssituation mit umF ist erschwert, da alle Sätze gedolmetscht werden müssen und den Therapeuten im Rücklauf mit einer gewissen Zeitverzögerung erreichen. Dabei müssen Ärztin oder Arzt nicht nur Überwachen, dass die gedolmetschten Inhalte annähernd mit ihrer Beratung übereinstimmen, sondern auch noch den Patienten im Blick haben. In einigen (wenigen) Sitzungen dekompenzierte der Dolmetscher aufgrund der berichteten aversiven Details (APA 2015) oder eigener traumatischer Erfahrungen und musste zunächst mit iSyLight wieder stabilisiert werden.

Für die Behandlung der umF in unserer Praxis beziehen wir Körpersprache, Mimik und Mikroexpressionen (Ekman 2003) des Patienten mit ein. Arzt und

Patient sitzen sich deshalb immer gegenüber, da dies eine bessere Beobachtung ermöglicht. In den Kulturkreisen der meisten umF werden emotionale Reaktionen wie z.B. Trauer eher unterdrückt und äußern sich nur sehr diskret. Insbesondere Mädchen haben häufig besonders hohe Schamgefühle und unterdrücken aggressive Gefühle stark. Kenntnisse von Körpersprache und Mikroexpressionen helfen, übersetzungsbedingte Missverständnisse schneller aufzuklären und den Behandlungsablauf zu unterstützen.

Erläuterungen zum Gespräch und rechtliche Hinweise

Die Gesprächseinführung dient der Vertrauensbildung und der rechtlichen Orientierung von Patient, Therapeut, Dolmetscher und gegebenenfalls begleitendem/r BetreuerIn.

Es ist hilfreich, umF, die sich in einer abhängigen und für sie schwer einschätzbaren Gesamtsituation befinden, mit basalen Informationen zu versorgen. Deshalb erläutern wir zu Beginn des Gesprächs das Berufsbild und die wissenschaftliche Fachkenntnis des Kinder- und Jugendpsychiaters für Gehirnvorgänge, psychische Erkrankungen und emotionalen Stress. Das Therapiegespräch ist ein unabhängiges Angebot der Gesundheitsversorgung. Wir weisen auf eine Abgrenzung zum Asylverfahren ausdrücklich hin und erläutern, dass sämtliche Angaben der Schweigepflicht unterliegen und dies alle Gesprächsbeteiligten einschließt. Der umF entscheidet, ob die Betreuer am Gespräch teilnehmen dürfen, bzw. ob sich aus dem Gespräch ergebende Informationen an das Jugendamt weitergeleitet werden sollen. Innerhalb der Anamnese werden Fluchtgründe, Fluchtwege und die jeweilige Familiensituation dezidiert erfragt. Es hat sich bewährt, den umF vor Gesprächsbeginn zu informieren, dass die Fragen für das Verständnis seiner Situation notwendig sind und dazu dienen, ihn lösungsorientiert beraten zu können. Wir weisen explizit darauf hin, dass es in Bezug auf die Antworten nicht um juristische Genauigkeit geht, sondern um das Verständnis des subjektiven emotionalen Erlebens. Über die Gestaltung dieser Rahmenbedingungen soll der Patient eingeladen werden, Vorgänge möglichst wahrheitsgetreu zu berichten.

In diesem Konzept verpflichten wir uns selbst, dem Patienten gegenüber offen und authentisch zu sein. Dies beinhaltet, dass alle Gesprächsinhalte gedolmetscht werden und z.B. auch für den Patienten negative Informationen nicht vorenthalten werden. Unserer Ansicht nach hat der Patient vor dem Hin-

tergrund von stattgehabter Traumatisierung und unsicherem Aufenthaltsstatus ein besonderes Recht auf wahrheitsgemäße Information.

In sehr seltenen Fällen, z.B. einmalig bei der Alterseinschätzung, wurde in unserer Praxis ärztlicherseits zugunsten des Patienten Stellung genommen. Da es sich um ein Therapieangebot im Rahmen der Erstaufnahme bei umF handelt, ist unsere Praxis nicht mit Stellungnahmen bei Abschiebungssituationen konfrontiert. Diese Abgrenzung erleichtert dem Therapeuten den Umgang mit den Patienten und den potentiell traumatisierenden Gesprächsinhalten und dient auch der eigenen Psychohygiene.

Anamneseerhebung

Zu Beginn des eigentlichen Gespräches bitten wir den Patienten, sich zum Einstieg für eine aktive (Patient berichtet selbst sein Anliegen) oder passive (Arzt/Ärztin stellt Fragen) Vorgehensweise zu entscheiden. In der überwiegenden Anzahl der Fälle wünschen sich die Patienten, ihrem Alter, ihrer Kultur oder ihrer Traumatisierung geschuldet, einen passiven Gesprächseinstieg. Dann gehen wir nach folgendem Schema vor:

Als Aufwärmungsphase dienen zunächst Fragen, die vom Patienten noch relativ unverfänglich zu beantworten sind, z.B. „Aus welchem Land kommst Du?“, „Wie lange bist Du schon in Deutschland?“ Fragen wie „Wie geht es Dir?“ sind nicht zielführend, denn in 90% der Fälle wird dann die Antwort „gut“ lauten. Der Status als Arzt/Ärztin und Erwachsener ist der einer Respektsperson. In den allermeisten Familien der umF herrscht ein dominanter, patriarchaler Erziehungsstil, der Fragen (z.B. auch in der Schule!) in der Regel nicht erlaubt. Um sich besser einzufühlen, kann es für den Therapeuten hilfreich sein, sich in die Zeit Anfang des 19. Jahrhunderts oder früher zurückzusetzen. Dieser von den umF gewohnte direkte Erziehungsstil hat sich bei der Implementierung von therapeutischen Interventionen häufig als sehr hilfreich erwiesen.

Den Fluchtweg eruieren wir, indem wir uns die Länder, die der umF durchquert hat, aufzählen lassen und nach Begleitpersonen fragen. Wir bitten die Patienten, eine Einschätzung abzugeben, welche Stationen der Flucht die höchste Belastung aufwiesen und gewinnen damit eine erste Einschätzung der Traumatisierungen während der Flucht. Fragen nach der Finanzierung der Flucht beleuchten Ressourcen, den sozialen Hintergrund und die aktuelle Situation der Familie.

Wir erfragen immer, auch auf die Gefahr einer akuten Dekompensation hin, alle Informationen über die Mitglieder der Kernfamilie. Dies betrifft den aktuellen Aufenthaltsort der Familie, Anzahl und Alter der Geschwister, Alter und Beruf der Eltern, wann und wo der letzte Kontakt erfolgte, bzw., ob noch Kontakt besteht.

Therapeutisches Vorgehen innerhalb der intensivierten Krisenintervention

Im zweiten der Teil der intensivierten Krisenintervention wählen wir zwischen unterschiedlichen Interventionen die für die aktuelle Problemsituation und die psychische Grundstruktur des Patienten am geeignetsten erscheinenden therapeutischen Interventionen aus.

Stehen die reale Sorge um die Familie, gepaart mit Ohnmachts- und Schuldgefühlen im Vordergrund, muss diese Thematik in der Regel vorrangig behandelt werden, um auf den umF selbst bezogene Themen bearbeiten zu können. Weitere Kernstücke der Behandlung sind die Psychoedukation über das Erkrankungsbild und die Anleitung zur emotionalen Selbstregulation mit iSyLight. Alle drei Interventionen werden im Folgenden kurz dargestellt.

Medikamente werden von uns nur äußerst selten eingesetzt. Im Bereich der Schlafstörungen hat sich bisher keine Medikation als wirklich aussichtsreich erwiesen. Antidepressiva sind bei ausgeprägter Depression zu erwägen, verhindern jedoch kein Auftreten von depressiven Episoden, wenn der umF schlechte Nachrichten über seine Familie erhält. Tranquilizer sind kontraindiziert und verursachen gegebenenfalls sogar erhebliche Folgeproblematiken.

Entlastung von Schuldgefühlen (Fokus Familie)

Steht die Familie im Beschwerdebild der Jugendlichen im Fokus („circle of concern“), ergeben sich in der Regel keine Lösungsmöglichkeiten in ihrem Einflussbereich („circle of influence“) (Covey 1990). Die Rechtslage ermöglicht (neben Leihen und Spenden) keinen raschen legalen Gelderwerb. Falls sich Lösungen ergeben, sind dies z.B. politische Lösungen, Einstellung der Kriegshandlungen, Veränderung der Zuwanderung, Lockerung der Arbeitsgesetze, die eine höhere Ermächtigungsebene im Realraum erfordern, oder aber die Eltern finanzieren die Flucht bis Deutschland selbst. Wir benennen,

dass wir auch keine anderen Auswege sehen, um die umF von ihren Schuldgefühlen zu entlasten und verdeutlichen, dass der Druck und die Angst um die Familie sie vermutlich längerfristig begleiten wird.

Wir entlasten die Jugendlichen weiterhin, indem wir ihnen, zum Teil über bildliche Vergleiche verständlich machen, dass es für die Familien schwierig ist, ihre Situation in Deutschland zu verstehen. Dies zeigt sich z.B. darin, dass die umF ihrer Familie nicht vermitteln können oder wollen, dass sie anstelle der physischen Überlebensproblematik nun psychische Probleme belasten und sie nicht ausschließlich „im Paradies“ leben, denn gemessen daran, dass ihre Verwandten oft ums Überleben kämpfen, schätzen sie ihre Problematik selbst als gering ein. Die Eltern stehen nicht (mehr) als Ratgeber für das weitere Verhalten in Deutschland zur Verfügung, da sie die Verhältnisse vor Ort nicht kennen. Die umF müssen beginnen „zwei Seelen“ (ihr Heimatland und ihr Einwanderungsland) oder eher „zwei Gehirne“ mit unterschiedlichen Lebensbedingungen in ihrer Brust zu tragen. Eine Integration in Deutschland bedeutet neben der realen Entfernung auch eine psychische Entfernung von der Familie.

Um diese Spannung zu reduzieren, versuchen wir, die empfundene Trennung von der Familie zumindest innerpsychisch aufzuheben. Trotz unterschiedlicher Wege, die der umF (in Deutschland) und die Familie (im Krisengebiet) aktuell beschreiten, bedeutet die gelingende Integration des umF die positive Umsetzung des gemeinsamen Familienziels. Wir ermutigen (beauftragen) die umF, anstelle ohnmächtigen depressiven Verharrens, am Familienziel zu arbeiten und die ihnen in Deutschland angebotenen Chancen zu nutzen. Dazu gehört die Arbeit am Spracherwerb ebenso wie positive Lebensaspekte anzunehmen, um andererseits die Dauersorge um die Familie aushalten zu können. Wir fordern dazu auf, Aktivitäten in der Gruppe, die Pflege von Freundschaften und regelmäßige Sportangebote etc. wahrzunehmen. Regelmäßiger Sport wirkt antidepressiv (Wegner et al. 2014) und hilft, körperliche Anspannungszustände abzubauen. Ist der Erschöpfungszustand zu groß, sind Spaziergänge und Aufenthalte in der Natur zu bevorzugen. Gegen Gedankenkreisen hilft u.a. Ablenkung durch Lernen. Bei depressiven Patienten vereinbaren wir, dass diese von den BetreuerInnen zu Angeboten aufgefordert, bzw. abgeholt werden.

Psychoedukation

Wir erklären den umF, dass sie an einem wissenschaftlich untersuchten Krankheitsbild, der Posttraumatischen Belastungsstörung leiden und es für ihre Symptomatik Therapiemöglichkeiten gibt. Eine 17jährige orthodoxe Christin aus Eritrea hatte während der Flucht mehrere dissoziative Episoden. Sie glaubte, sie sei Voodoo verhext und hatte bereits mehrfach Weihwassersegnungen durch Priester erhalten. An vereinfachten schematischen Gehirnabbildungen erläutern wir die Entstehung einer PTBS, die vermuteten Auslöser von Flash backs und Dissoziationen (Brewin et al. 2010) und die dadurch in Gang gesetzte vegetative Erregungskaskade. Wir lassen uns die selbstwahrgenommenen Symptome der umF beschreiben und setzen sie in Bezug zu den Abbildungen. Anschließend instruieren wir die umF, wie sie, durch die Anwendung von iSyLight selbstwirksam und eigenständig, Panikreaktionen und vegetative Erregung herunterregulieren können.

iSyLight

Intrusives Wiedererleben und Hypervigilanz unterhalten einen ständigen Kreislauf von vegetativer Übererregung und gehäuften Panikattacken. Aus der von uns angewandten und entwickelten Traumatherapie iSyMind® wurde iSyLight als einfach anzuwendender und eigenständig durchführbarer Baustein isoliert. iSyLight führt körperliche und psychische Erregung innerhalb von Minuten ab. Dabei behandeln sich die Patienten unter fokussierter Aufmerksamkeit mit einer Kombination aus von ihnen selbst durchgeführten spezifischen rhythmisierten Handbewegung im Brustbereich in Kombination mit einer speziellen Atemtechnik.

Starke emotionale Erregung, z.B. bei Panikattacken beeinträchtigt komplexere Denkprozesse durch Blockaden im Bereich des präfrontalen Cortex (Johanson et al. 1998, Weston 2014). Wir vermuten, dass die Anwendung von iSyLight neurophysiologisch einerseits über die gezielte Verlangsamung der Atmung und die synchron rhythmische Bewegung die überaktiven Hirnstammareale herunterregelt und andererseits die Aufhebung der Blockade im präfrontalen Cortex unterstützt und damit wieder bewusste und lösungsorientierte Denkprozesse möglich macht.

Wir instruieren und üben mit den umF die Anwendung von iSyLight, um sie in die Lage zu versetzen, sich bei belastenden Erregungszuständen selbstregulativ wieder zu beruhigen. Die Patienten werden aufgefordert, iSyLight

nach Bedarf bei Schlafstörungen, Alpträumen, Angstzuständen, etc. anzuwenden. Komplexe Körperbewegungen werden bevorzugt im prozeduralen Gedächtnis gespeichert, welches eine automatisierte, schnelle und unbewusste Umsetzung (Reber et al. 2012) ermöglicht. Es ist davon auszugehen, dass iSyLight bereits nach wenigen Übungseinheiten als automatisiert gespeicherter Handlungsablauf zur Verfügung steht und deshalb auch unter starken Erregungszuständen von den umF selbstregulativ eingesetzt werden kann.

Verläufe und Ausblick

Von vielen Patienten wird die Anwendung von iSyLight als hilfreichste Intervention bewertet. Wir hypothesieren deshalb, dass durch das Erlernen einer schnell wirksamen Selbstregulation das Durchbrechen der vegetativen Übererregung möglich ist und sich dadurch bereits sehr niederfrequente Therapiekontakte positiv auswirken.

Erste Nachuntersuchungen 3 Wochen nach 1-2 Terminen iKri weisen auf einen Rückgang der Schlafstörungen und Alpträume mit nachfolgend verbesserter Konzentrationsfähigkeit hin.

Bei 3 Patienten konnten retrospektiv Daten zum Langzeitverlauf nach 1 Jahr erhoben werden. Langzeiterhebungen sind vor dem Hintergrund von Umverteilung und Wegverlegung schwierig und mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden. Diese Patienten waren in den näheren Umkreis verlegt worden und die Vorstellung erfolgte nach 1 Jahr aus eigenem Antrieb. Die Patienten hatten innerhalb des gesamten Jahres zwischen 3 und 5 Termine iKri erhalten. Bei 2 Patienten wurde keine aktuelle psychiatrische Diagnose mehr gestellt. Ohne Berücksichtigung blieb in diesen beiden Fällen der depressive Affekt, der sich beim Gesprächsthema Familie eingestellt. Er wurde als situationsangemessen erachtet, da beide umF auf der Flucht den Kontakt zu ihren Familien verloren hatten. Bei einem Patient wurde erneut, jedoch mit abgeschwächter Symptomatik, eine PTBS diagnostiziert. Alle Patienten waren im Vergleich zur Erstuntersuchung emotional stabiler und schulisch leistungsfähig. Im Langzeitverlauf ist zu berücksichtigen, dass viele Faktoren, insbesondere die schulische Unterstützung und die sozialpädagogische Alltagsbegleitung in kleinen Einrichtungen zur Stabilisierung der Patienten beitragen.

Um zu beurteilen, ob die Anwendung von iKri bzw. iSyLight die Symptomatik einer PTBS positiv und langfristig beeinflussen kann, müssen weitere Daten erhoben werden. Die Durchführung einer kontrollierten Studie ist in

Vorbereitung. Die Einbeziehung somatischer Marker wie z.B. die dauerhafte Cortisolerhöhung (Soravia et al. 2006) oder die Kontrolle des Hippocampusvolumens (Scherk et al. 2004) wären wünschenswert. Dies erfordert jedoch andere Finanzierungskonzepte. Eine Zusammenarbeit mit universitären Forschungseinrichtungen zur weiteren Erforschung der potentiellen therapeutischen Möglichkeiten von iKri, iSyLight und iSyMind wäre wünschenswert.

Zusammenfassung

In den Jahren 2014 und 2015 wurden in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis über 50 psychiatrisch/psychotherapeutische Erstgespräche mit anschließender Krisenintervention mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (umF) durchgeführt. Durch die Kenntnis der besonderen Lebensumstände der unbegleiteten minderjährigen Ausländer (umA), ihrer psychischen Grundproblematiken und ihrer aktuellen inneren Beweggründe wurde iKri, ein Behandlungsprogramm, entwickelt, das auf die Bedürfnisse der umF zugeschnitten ist. Die niederfrequent eingesetzte Krisenintervention bezieht vorhandene Copingfähigkeiten und die hohe Motivation der Patienten mit ein, um durch „Hilfe zur Selbsthilfe“ jede Behandlungseinheit mit einem, die Selbstwirksamkeit der Betroffenen steigernden Handlungsplan, abzuschließen. In einem Überblick werden die Situation der umF/umA und ihre im Vordergrund stehenden subjektiven Beschwerden dargestellt und das Vorgehen innerhalb der Intensivierten Krisenintervention (iKri) in Grundzügen erläutert. In ersten Evaluationen zeigt sich nach der Anwendung von iKri eine Reduktion der Schlafstörungen, Alpträume und Angstattacken. Es wird deshalb hypothetisiert, dass sich bereits in der Erstaufnahmeeinrichtung durch Ultrakurztherapien wie z.B. iKri die Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsreaktion positiv beeinflussen ließe. Weitere Untersuchungen bzw. kontrollierte Studien sind erforderlich, um zu entscheiden, ob mit dem Einsatz von therapeutischen Modellen wie iKri der steigende Bedarf an Therapieplätzen unter den Gesichtspunkten von Patientenzentriertheit, Effektivität und Wirtschaftlichkeit gedeckt werden kann.

Literatur

- American Psychiatric Association* (2014) Posttraumatische Belastungsstörung. In: Falkai, P., Wittchen, H.-U. (Hg.) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-5, Göttingen: Hogrefe Verlag
- Bender, Dominik* (2015) UMF: Einführung ins Asyl- und Aufenthaltsrecht, http://www.bvke.de/shared_data/forms_layout/efbvke/415294_Bender.pdf
- Brewin, C., Gregory, J., Lipton, M., Burgess, N.* (2010) *Intrusive Images in Psychological Disorders: Characteristics Neural Mechanisms, and Treatment Implications. Psychological Review.* (2010); 117(1), 210–232
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge* (2015) Aktuelle Zahlen zu Asyl. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Themendossiers/unbegleitete-minderjaehrige-2014/panel2-hebenstreit.pdf?__blob=publicationFile
- Covey, Stephan R.* (1990) 7 Habits Of Highly Effective People, Simon & Schuster (Hg.) New York: First Fireside Simon & Schuster UK, 66-92
- Deutscher Bundestag* (2015) Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher, [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//*\[@attr_id=%2527bgbl115s1802.pdf%2527\]#__bgbl__%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl115s1802.pdf%27\]__1447107011076](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//*[@attr_id=%2527bgbl115s1802.pdf%2527]#__bgbl__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl115s1802.pdf%27]__1447107011076)
- Ekman, Paul* (2003) *Emotions Revealed.* New York: Henry Holt and Co., 214-216
- Europäische Union* (2015) Strategie für die Gleichstellung von Männern und Frauen http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/gender_strategy_de.pdf
- Fast 100 Plätze für junge Flüchtlinge:* dpa: in Giessener-Allgemeine, 22.05.2015
- Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud Ch, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W* (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung.Trauma & Gewalt 3: 202-210
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration* (2014) Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Hessen. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Themendossiers/unbegleitete-minderjaehrige-2014/panel2-hebenstreit.pdf?__blob=publicationFile
- Horowitz MJ, Wilner N & Alvarez W* (1979) Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218
- Niederland, William G.* (2002) *Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom, Seelenmord.* Suhrkamp, Frankfurt am Main 2002, ISBN 3-518-11015-2.
- Oswald, S. H., Ernst, C., Goldbeck, L.* (2011) *Interdisziplinäre Versorgung von Pflegekindern an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Gesundheitssystem, Praxismanual, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, 96*

- Perrin, S., Meiser-Stedman, R. & Smith, P.* (2005) The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33 (4), 487-498.
- Pfister, Ruth, Kötter Hans Ulrich* (2012) Neurointrinsic Mind Modulation and Synchronization – iSyMInd. *Beratung aktuell*, Jhg. 13, Vol. 2, 3-19
- Reber T. P., Luechinger, R., Boesiger, P., Henke, K.* (2012) Unconscious Relational Inference Recruits the Hippocampus. *The Journal of Neuroscience*, 32(18), 6138-6148.
- Reddemann L, Wöller W* (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 3: 202-210
- Scherk H, Reith W, Falkai P.* (2004) Hirnstrukturelle Veränderungen bei bipolaren affektiven Störungen. *Der Nervenarzt*. 2004; 75: 861-872
- Soravia, Leila M. Heinrichs, Markus, Aerni, Amanda, Maroni, Caroline, Schelling, Gustav, Ehlert, Ulrike, Roozendaal, Benno, de Quervain, Dominique J.-F.* (2006) Glucocorticoids reduce phobic fear in humans. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*. Vol 103, N0.14, 5585-5590
- Statistisches Bundesamt* (2013) Zusammengefasste Geburtenziffer (Kinder je Frau) www.destatis.de
- Stauf, Eva* (2012) Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe. Bestandaufnahme und Entwicklungsperspektiven in Rheinland-Pfalz. Mainz: ISM Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz, 126-127
- Wegner, Mirko, Helmich, Ingo, Machado, Sergio, Nardi, Antonio E., Arias-Carrión, Oscar, Budde, Henning* (2014) Effects of Exercise on Anxiety and Depression Disorders: Review of Meta-Analyses and Neurobiological Mechanisms. *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets*, 1-13
- Weston* (2014) Posttraumatic Stress Disorder: A theoretical Model of the Hperarousel Subtype. *Front Psychiatry*, 5: 37

Autorin:

Dr. med. Ruth Caroline Pfister

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie

Institut für TraumaHeilTherapie / iSyMind

Neurointrinsic Mind Modulation and Synchronization

Südanlage 12

D-35390 Giessen

Tel.: ++49(0)641-9728555

Email: info@traumaheiltherapie.de

www.psychotherapiepraxis-giessen.de

www.isymind.org

Veranstaltungshinweis:

Die Autorin / das iSyMind-Institut bieten zu diesem Thema eine zertifizierte Fortbildung für Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Kinder- und Jugendpsychiater an:

Psychotherapie für minderjährige (traumatisierte) Flüchtlinge**Seminar und Workshop zur Anwendung von iKri,
Intensivierter Krisenintervention**

Veranstaltungsdatum: Sa 23. April 2016

Veranstaltungsort: Technologie- und Innovationszentrum Gießen
(TIG GmbH), Winchesterstraße 2, 35394 Gießen

Veranstaltungsdauer: 10.00 Uhr – 17.30 Uhr

Mindestteilnehmeranzahl: 10 Teilnehmer

Anmeldeschluss: 15. April 2016

Anmeldung und Kontakt:

<http://www.psychotherapiepraxis-giessen.de/index.php/fortbildung>

Neuere Entwicklungen in der Katathym Imaginativen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

Renate Sannwald

Vortrag anlässlich des 20jährigen Bestehens der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Halle am 18. Oktober 2014

Gerne folge ich der Einladung, auf der Jubiläumtagung der hiesigen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie über neuere Entwicklungen in der Katathym Imaginativen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen zu sprechen. Da es eine Fülle von neueren Entwicklungen gibt, war ich gezwungen, eine Auswahl zu treffen, und habe mich für die fünf folgenden Einsatzbereiche der KIP entschieden:

1. die Arbeit mit Symbol und Imagination
2. die KIP mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen
3. störungsspezifische Behandlungsansätze in der KIP von Kindern und Jugendlichen
4. die KIP in der Eltern- und Familienarbeit
5. die KIP in der stationären und teilstationären Therapie.

1. Symbolarbeit und Imagination

Bei Kindern mit mäßiger Symbolisierungsfähigkeit, mit Konzentrationsstörungen und Teilleistungsschwächen im sprachlichen, motorischen und Wahrnehmungsbereich müssen die Voraussetzungen für eine ruhige introspektive Einstellung in der Psychotherapie erst geschaffen werden. Es bedarf spezifischer therapeutischer Herangehensweisen, um solchen Kindern und Jugendlichen mit komplexen Störungen helfen zu können. Sinneswahrnehmungen

sind die ursprüngliche Basis für das emotionale Erleben wie auch kognitive Verarbeitung des Erlebten und damit die Grundlage für unsere sozialen Beziehungen und die inneren Bilder unserer Objekte. Diese grundlegende Einsicht hatten auch schon verschiedene frühe Pädagogen, etwa Maria Montessori (Montessori 1952) und brachten sie in ihren heilpädagogischen Ansätzen zur Anwendung.

Ausgehend von diesem entwicklungspsychologischen Modell hat Gisela Gerber (1989, 1992, 1994) an der Universitätsklinik für Kinderpsychiatrie Wien das „ontogenetische Entwicklungsmodell Spüren – Fühlen – Denken“ entwickelt. In der Arbeit mit entwicklungsgestörten Kindern und Jugendlichen benutzt sie die sinnliche Wahrnehmung eines bekannten Gegenstandes als Vorbereitung für die Imagination. In der Imagination wird dann im Rückbezug auf die Sinneseindrücke die Wahrnehmung in den verschiedenen sensorischen Bereichen und deren transmodale Integration übt geschult.

Die Therapeutin lässt am Beginn der Arbeit das Kind einen konkreten Gegenstand, etwa einen Stein oder einen Tannenzapfen, sinnlich erkunden und bittet es dann, seine Wahrnehmungen zu beschreiben. Dann schließt das Kind die Augen und erinnert sich an den Gegenstand und seine Wahrnehmungsqualitäten und Gefühle. Diese Erinnerung wird anschließend über das Modellieren und Malen des Gegenstandes symbolisiert. Dann werden diese Produkte mit dem konkreten Gegenstand verglichen. Im letzten Schritt erfolgen die Imagination des Objekts und die Assoziation damit verbundener Erinnerungen.

In diesem Modell „stellen Wahrnehmungserlebnisse in sinnlichen Bereichen eine Basis für die Entwicklung von Symbolen und emotionalen Konnotationen von Sprache dar“ und werden mit Symbolisierungen und der anschließenden kognitiven Verarbeitung verbunden (Gerber/Reinelt 1989). Dieses Modell der kombinierten Arbeit mit konkreten Gegenständen und anschließender Imagination ist eine wertvolle Variante der integrativen Einzel- und Gruppenpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Störungen des Verhaltens, der Entwicklung und der Emotionen.

Maria Elisabeth Wollschläger (1989, 1998) hat die Arbeit mit Symbolen und der Imagination entwickelt und verbreitet. Sie arbeitet mit einer Sammlung aus Gegenständen unterschiedlichster Materialien, Figuren, Kunstpostkarten

und Fotos von Landschaften, Situationen und Menschen. Das verwendete Material soll in jedem Alter und bei beiden Geschlechtern Aspekte der Selbst- und Objektrepräsentanzen zum Ausdruck bringen können. Unterschiedliche persönliche Eigenschaften wie Ausdauer, Mut und Hilfsbereitschaft, unterschiedliche Konfliktbereiche und Beziehungskonstellationen wie auch Affekte in verschiedenen Stärken sollen in der Symbolsammlung repräsentiert sein. Aus diesem Material wählt der Patient drei oder mehr Symbole aus, die er als sich selbst zugehörig erlebt, und imaginiert anschließend zu diesem Symbolen.

Das Angebot von konkreten Objekten ermöglicht gerade jungen Menschen den Zugang zum eigenen inneren Erleben auf eine entspannte und spielerische Weise. Es fördert die Symbolisierungsfähigkeit und ermöglicht durch die Externalisierung psychischer Inhalte eine distanzierende Betrachtung der Symptome und psychischer Zusammenhänge. Die Interventionen sind durch die Verwendung des konkreten Symbols narzisstisch stabilisierend und ressourcenorientiert.

Lygia Batovska (Tagung der IGKB in Bratislava 2014) hat für die Patientengruppe der essgestörten weiblichen Jugendlichen eine weitere Variation der Symbolarbeit entwickelt. Sie fertigt zusammen mit ihren Patientinnen zunächst, wie in der Konzentrativen Bewegungstherapie üblich, auf einem großen Stück Tapetenpapier ein Bild des eigenen Körpers an, indem sie den Körper der Patientin mit einem Filzstift umzeichnet. Dann lässt sie die Patientin an diesem Körperbild die Bereiche kennzeichnen, mit denen diese unzufrieden ist – üblicherweise sind diese Bereiche der Bauch, der Po und die Oberschenkel der Patientin, manchmal auch deren Oberarme. Danach soll die Patientin den Bereich ihres Körpers farblich markieren, mit dem sie sich am meisten im Einklang fühlt. Dann wählt die Patientin ein Symbol aus der Symbolsammlung, das sie anspricht, und platziert es auf dem Körperbild dort, wo es für sie am stimmigsten erscheint. Anschließend bearbeitet Frau Batovska mit den Patientinnen, weshalb sie diese Wahl getroffen haben, und führt zu den sich daraus ergebenden Themen eine Imagination mit ihnen durch.

Diese Kombination aus körpertherapeutischen Vorgehen und Imagination ermöglicht den essgestörten Patientinnen, Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und ihrem innerem Erleben herzustellen und dient damit der Verbesserung der Selbstwahrnehmungs- und Selbstreflexionsfähigkeit.

2. Katathyme Imaginationen bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen

Geistige Behinderung ist nicht nur durch die kognitive Intelligenzminde- rung, sondern in aller Regel auch durch Entwicklungsdiskrepanzen zwischen unterschiedlichen Bereichen der Wahrnehmung, der Sensomotorik und der Emotionen gekennzeichnet, die wiederum Auswirkungen aufeinander haben. So kann es zu Fixierungen der gesamten Persönlichkeitsentwicklung auf niedrigem Integrationsniveau und dadurch oft auch zu eingefahrenen Ver- haltensmustern kommen. Heilpädagogische Fördermaßnahmen beschränken sich größtenteils auf das Training von Fertigkeiten und die Verbesserung der Anpassung, so dass Geistig Behinderte im Hinblick auf ihre Kreativität, Res- sourcen und ihr emotionales Erleben in aller Regel keine Förderung erfahren.

Gotthard Roosen-Runge hat 2005 eine modifizierte KIP-Technik speziell für geistig behinderte Kinder und Jugendliche entwickelt. Voraussetzung dafür ist eine präzise kinder- und jugendpsychiatrische Entwicklungsdiagnostik. In der Therapie lernen die Patienten zunächst und oft mühevoll, die Augen zu schließen und „zu erleben, was dann da ist“. Auf diese Weise erfahren sie den Unterschied zwischen Innen und Außen und damit auch, dass es eine innere Welt gibt, die sich von der Welt der äußeren Wahrnehmung unterscheidet. Die Auswahl der Motive orientiert sich an den vorliegenden Entwicklungs- defiziten und -diskrepanzen und soll die Nachreifung in den schwächeren Bereichen ermöglichen. Kindern mit eingeschränkten Wahrnehmungsfunk- tionen werden sensorisch stimulierende Motive wie die Gegensatzpaare „hell – dunkel“ oder „heiß – kalt“ oder die vier Elemente „Wasser – Feuer – Erde – Luft“ vorgeschlagen. Dies ermöglicht eine differenziertere Wahr- nehmung; doch nach meiner persönlichen Einschätzung ist es vor allem die narzisstische Zufuhr durch die Aufmerksamkeit des Therapeuten, die es den Patienten möglich macht, sich im Hinblick auf ihre Binnendifferenzierung zu entwickeln. Die Imagination symptomauslösender Situationen fördert auch bei den geistig behinderten Patienten eine Lösung von eingefahrenen Reakti- onsmustern. Die Vorgabe realer Konfliktsituationen ermöglicht im Sinne des Probehandelns die imaginative Entwicklung von Verhaltensalternativen, die dann in das wirklichen Leben übertragen werden können. Besondere Merk- male der Arbeit mit geistig Behinderten sind ein ausgeprägt pädagogisch anmutender Interventionsstil und eine positivierende Haltung der Kreation des geistig behinderten Kindes gegenüber. Das Motiv „Reise“, das auch als Fortsetzungsmotiv verwendet wird, stellt einen starken Entwicklungsanreiz

dar und führt häufig zum Erwerb ungeahnter Kompetenzen. Der Therapeut übt mit dem Patienten, seine imaginativen Erfahrungen werden sprachlich und gestalterisch auszudrücken.

Die KIP ermöglicht auch sprachbehinderten Kindern und Jugendlichen einen neuen Zugang zum eigenen Erleben. Die Patienten lernen, sich selber und ihre Umgebung besser zu verstehen und ihre Gefühle und Wünsche besser mitteilen zu können. Dies hat eine erhebliche narzisstische Stabilisierung zur Folge; Selbstvertrauen und Lebensfreude nehmen zu. Für die Arbeit mit diesen beiden Patientengruppen ist selbstverständlich eine enge Kooperation zwischen Therapeuten, Eltern und Lehrern erforderlich. So können mit Hilfe der KIP positive somato-psycho-soziale Kreisprozesse angeregt werden, die die soziale Kompetenz des Patienten verbessern und auch Auswirkungen auf seine soziale Akzeptanz haben.

3. Störungsspezifische Behandlungsansätze in der Katathym-Imaginativen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

Das störungsspezifische Vorgehen bei bestimmten Krankheitsbildern ist eine neue Entwicklung in der psychodynamischen Psychotherapie und wird auch aus finanziellen Gründen eine große Zukunft haben, weil die Kostenträger sich von der Förderung störungsspezifischer Behandlungsansätze eine Ökonomisierung der Psychotherapie erhoffen. Auch hier gibt es in der KIP neue Entwicklungen; ich selbst habe ein Vorgehen beschrieben, das sich für die Arbeit mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern und Jugendlichen eignet (Sannwald 2009).

Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ADS bzw. das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom ADHS werden heute in kinder- und jugendpsychiatrischen Fachkreisen überwiegend als neurobiologisch bedingte und in einem hohen Prozentsatz genetisch weitergegebene Störungen der Vigilanzsteuerung angesehen, verbunden mit motorischer Hyperaktivität und erhöhter Impulsivität (Taylor et al. 1998; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 2000; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2002; Resch und Rothenberger 2002). Auch die analytischen Psychotherapeuten haben sich in den letzten Jahren mit der Problematik aufmerksamkeitsgestörter Patienten befasst. Aufgrund der beschriebenen Symptomatik wird eher selten eine tiefenpsychologische oder psy-

choanalytische Behandlung angestrebt, meist bei zusätzlichen gravierenden Beziehungsproblemen oder Traumatisierungen. Sich auf den „verzweifelten“ Zustand des Patienten einzulassen und ihm zu einer besser balancierten inneren Verfassung zu verhelfen, ist ein großes Abenteuer, wie die Behandlungsberichte verschiedener kinderanalytischer Behandler zeigen (Borowski 2004, Jany 2004, Seitz 2004, Dammasch 2004). Manchmal gelingt dieses Abenteuer auch nur durch den kombinierten Einsatz von Medikamenten und psychodynamischer Psychotherapie. Mir scheint, es geht bei allen bekannten Behandlungsformen von AD(H)S vorrangig darum, interpersonelle und intrapsychische Struktur zu schaffen. Auch die Kinderanalytiker betonen die Wichtigkeit einer „klar strukturierten Erziehungshaltung“ (Häußler und Hopf 2004). Doch es wäre tatsächlich zu kurz gegriffen, wenn sich der behandelnde Arzt darauf beschränken würde, innere Strukturen durch äußere zu ersetzen. Denn nur gut integrierte innere Objekte können den Patienten durch sein Leben begleiten und tragende Strukturen sein, gerade wenn der Patient lernen muss, mit einer Art „Handicap“ zu leben.

Die Imaginationen von betroffenen Patienten zeigen eine charakteristische Inkohärenz, wie wir sie auch aus den Abläufen des spontanen Spiels kennen. Assoziative Zusammenhänge sind gelockert bis hin zu szenischen Brüchen, die es schwer machen, ein Gefühl für den Zusammenhang zu behalten. Hierzu ein Beispiel aus einer meiner Patientenbehandlungen:

In der Imagination zum Thema Ich-Ideal stellt sich die 12jährige Annett (Sannwald 2009) eine Zeichentrickfigur namens Nanette Manois aus einer Fernsehserie vor, die sei blond, klein und dumm und rede ständig französisch, „eine echte Streberschleimerin“. Nanette gehe mit Angela Anaconda in eine Klasse, welche ihre Intimfeindin sei. Die Klasse ist gerade mit einem Kunstprojekt befasst, wobei alle aus etwas Essbarem einen Vulkan basteln sollen. Nanette bastelt einen Vulkan aus Spaghetti, den sie mit roter Soße beträufelte. Annett betrachtet diese Szenerie von außen. Sie kann Nanette nicht leiden und würde am liebsten den Vulkan groß werden lassen, um Nanette da hineinwerfen zu können. Tatsächlich fällt Nanette in den Vulkan hinein und schreit; sie sitzt bis zum Hals in der blubbernden roten Spaghettisoße. Annett schaut schadenfreudig von oben in den Vulkan hinein und sagt Nanette, dass sie sie blöd findet. Diese versucht, Annett mit Soße zu bespritzen. Plötzlich tritt Nanettes Vater, der Bürgermeister, durch eine Seitentür in den Vulkan hinein und rettet Nanette. Der Vulkan ist jetzt leer, Annett bleibt enttäuscht zurück: „Ich wollte die Nanette im Tagtraum doch gar nicht haben!“ Ich fordere Annett auf, den Vulkan näher zu betrachten; dessen Wände sind ganz dünn und fühlen sich an

wie Rohfasertapete. Ringsum ist Wald; sie schaut jetzt von oben auf die Szene und sieht, dass der Vulkan blubbert wie eine Suppenschüssel. Nun lässt sie den Vulkan ausbrechen und rutscht auf dem Hintern den Hang hinunter. Die Spaghettisoße schmeckt wie „Ragoletto Knoblauch“, und es riecht nach Pizza. Ringsum sieht Annett gerade Baumreihen und Wege, alles hat sich geordnet wie ein Park.

Nach meiner Erfahrung empfiehlt es sich, diesem Phänomen mit verschiedenen Techniken zu begegnen:

1. Konsequenter Einsatz der Grundstufentechnik ermöglicht eine wiederkehrende „Vererdung“ des Patienten: was fühlst du unter deinen Füßen? Was siehst, hörst, riechst du in der Situation? Gegebenenfalls ist es erforderlich, den Patienten aktiv in eine bestimmte, von ihm imaginierte Szene zurückzuführen. Ein solchermaßen strukturierendes Vorgehen ist für Patienten mit einer ADS-Problematik hilfreich, weil sie in der Regel Schwierigkeiten mit der Strukturierung von Handlungsabläufen haben.
2. Auch ermöglicht die Grundstufentechnik es, die Selbstregulation des Patienten probierend zu üben: „Iss oder trink so viel, bis du satt bist; fühle immer wieder in dich hinein, ob du jetzt satt bist.“
3. Eine Orientierung am vorherrschenden Affekt der Szene erlaubt es, den emotionalen Faden zu behalten, und dem Patienten auf diese Weise zu einem konsistenteren Gefühl für sich selbst zu verhelfen.
4. Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der interaktiven Kompetenz ist es, die Technik des Perspektivwechsels konsequent einzusetzen, bis eine Interaktion der Symbolgestalten zustanden kommt. Dies führt zu einer Aktivierung der guten inneren Objekte und auf lange Sicht zu einer besseren Integration der häufig verzerrten Objektrepräsentanzen der Patienten, die, wie ich oben ausführte, eine Folge der Schwierigkeiten mit der Vigilanzsteuerung sind. Dazu ein weiteres Beispiel:

In einer Imagination zum Thema Raubtier versuche ich, mich mit ihr ihrer schwierigen Vaterbeziehung anzunähern. Auch diese Imagination zeigt die Charakteristika der assoziativen Lockerung. Annett stellt sich einen Tiger im Dschungel vor. Dessen Umgebung mutet zunächst an wie ein Stillleben, ein gemaltes Bild. Auf meine Aufforderung, in das Bild „einzusteigen“, läuft der Tiger blitzartig weg. Sie befindet sich nun auf einem Pfad, der rechts und links von hohen Bäumen und phantastischen Blumen flankiert ist, ringsum Dschungelgeräusche, quietschende Affen und ein Rascheln. Es ist ziemlich dämmrig; die Luft ist erdig und feucht. Das Gras bewegt sich in Schlangenlinien, und plötzlich sieht Annett die Schwanzspitze des Tigers in einiger Entfernung. Auf meine Aufforderung, sich in

den Tiger hineinzusetzen, stellt sie überrascht fest, dass dieser offenbar ein eingeschränktes Blickfeld hat, und dass sie als Tiger nicht viel um sich herum erkennen kann. Der Boden unter ihren Tatzen ist kühl; der Tiger läuft ziellos durchs Gras, satt und sicher: „Hier kann mir keiner was!“ Annette fühlt sich als Tiger etwas einsam, traurig und allein. Andere Tiger gibt es hier nicht, er könnte sich nur hinlegen und dösen. Zurückgekehrt in ihre eigene Haut, pirscht Annett sich vorsichtig an den Tiger heran, was nicht einfach ist, weil sie über Baumstämme und andere Hindernisse klettern muss. Sie könnte ihn mit Steinen bewerfen, um sich bemerkbar zu machen, doch der Tiger lässt sich in seinem Lauf nicht stören. Sie sieht rote Beeren im Gebüsch, mit denen sie nach ihm wirft. Darauf bleibt er stehen; er mag die roten Beeren! Sie versucht, ihn näher anzulocken, und tatsächlich springt er wie eine Katze nach den Beeren. Annette steht mittlerweile auf einem Baumstamm und beobachtet den Tiger. Er ist groß und hat ein orange-braunes Fell mit schwarzen Streifen, große Augen und „lustige Ohren“. Er schaut ausdruckslos, aber das Spiel scheint ihm Spaß zu machen. Sein Fell fühlt sich an wie ein Mittelding zwischen Katze und Kurzhaarhund; es stört ihn nicht wirklich, am Hinterkopf gekraut zu werden, scheint ihm sogar zu gefallen, denn er schaut Annett jetzt an. Sie legt ihm einen Arm um den Hals. Beide genießen die Situation eine Weile. Als Annette schließlich weggeht, folgt ihr der Tiger, und sie sucht zum Ausklang des Tagtraums einen Platz, an dem sie beide bleiben können.

Hier versuchte ich, mit Hilfe der Technik des inneren Perspektivwechsels (Horn et al. 2006) eine bessere innere und äußere Kohärenz der Szene zu erreichen, was zu einer Annäherung der Symbolgestalten führte und konsekutiv zu einer Aktivierung des guten väterlichen inneren Objektes. Tatsächlich kamen Vater und Tochter in der nächsten Zeit besser miteinander aus.

Bei meiner Patientin Annett hat der Einsatz der beschriebenen Techniken dazu geführt, dass sie mit der Zeit trotz des sie umgebenden Familienchaos eine konsolidierte Ich-Selbst-Identität entwickeln konnte.

Aus Zeitgründen muss ich es bei diesem Beispiel für das störungsspezifische Vorgehen belassen, möchte aber darauf hinweisen, dass ich ähnliche Modelle auch für das Vorgehen bei Angststörungen und Essstörungen entwickelt habe. Monika Schnell (2005) hat das störungsspezifische Vorgehen bei suizidalen Kindern und Jugendlichen beschrieben.

4. KIP in der Elternarbeit und der Familientherapie

Die KIP-Motive für die Elternarbeit müssen solche sein, die sich für eine dyadische Imagination eignen. Beispiele dafür sind: die Tierfamilie, ein gemeinsame Erlebnis, ein Spaziergang um den See (Klessmann 1988). Hier imaginieren die Eltern gemeinsam unter Anleitung des Therapeuten; im Nachgespräch wird die Imagination dann auf die aktuelle Konfliktdynamik bezogen.

Truus Bakker-van Zeil arbeitet seit Jahrzehnten mit Adoptivfamilien (Bakker-van Zeil 1997, 2001) und hat hierfür ein Modell für die KIP in der Eltern-Kind-Behandlung entwickelt (Bakker- van Zeil 1999). Im Erstkontakt mit Kind und Bezugsperson ist es ihr sehr wichtig, dass eine tragfähige therapeutische Beziehung zu beiden Klienten entsteht. Sie konzentriert sich dabei auf die Wahrnehmung ihrer eigenen Gegenübertragung von der Familie. Eine Atmosphäre von Ruhe, Wohlwollen und Akzeptanz erleichtert den raschen Eintritt in eine gemeinsame Imagination von Mutter und Kind.

Nach einer kurzen und nicht zu tiefen Entspannung sollen beide sich einen Baum, eine Blume oder ein Tier vorstellen; dabei bleibt offen, ob jeder für sich selbst imaginiert oder beide gemeinsam. Die Therapeutin geht abwechselnd auf beide Partner ein, ohne jemanden zu bevorzugen. In den imaginativen Prozess greift sie möglichst wenig ein. So fragt sie etwa, ob sich die Tiere begegnen können. Auch die Beendigung der Imagination überlässt sie den Partnern.

Nach der kurzen Imagination malen beide ihr Tier, entweder gemeinsam oder getrennt. Die Bilder werden signiert und bekommen einen Titel. Die Therapeutin achtet auch beim Malen auf den Dialog zwischen Mutter und Kind und fördert ihn.

Die entstandenen Bilder werden im Nachgespräch auf der Symbolebene und der Ebene der Interaktion gemeinsam betrachtet.

Die Therapeutin versucht dabei zu verstehen, wie die Familienkonstellation und -dynamik ist. Wie ist die innere Situation der Partner? Was müsste in Verbindung kommen, damit sich etwas ändern kann? Sie achtet in der Kommunikation aufmerksam darauf, dass jeder zu seinem Recht kommt, und unterstützt die Bezogenheit der Interaktionspartner. Bei symbiotischen oder übergriffigen Interaktionsmustern fördert sie die Abgrenzung, bei Hemmungen stimuliert sie die Begegnung, bei stark asymmetrischen Beziehungen achtet sie auf den Ausgleich. So entsteht im therapeutischen Raum ein Arbeitsmodell von einer besseren Beziehung zwischen Mutter und Kind. Diese thera-

peutischen Erfahrungen können integriert werden, verändern die Selbst- und Objektrepräsentanzen und die Sicht der gemeinsamen Beziehung, was dann wiederum Verhaltensalternativen eröffnet.

Aus dem Verlauf und der retrospektiven Auswertung des Erstgesprächs ergibt sich das weitere therapeutische Vorgehen mit der Frage, welcher Schritt als nächstes notwendig ist. Vielleicht folgt als nächstes ein Einzelgespräch mit der Mutter mit dem Zweck, sich mit der eigenen Familiengeschichte auseinanderzusetzen, oder das Kind kommt mit dem Vater und macht mit ihm auch eine gemeinsame Imagination. Daran kann sich eine Elternberatung anschließen, eine Familientherapie oder eine Einzeltherapie eines der Beteiligten.

Familienimaginationen können in der Familientherapie entweder als Ergänzung zur Einzeltherapie mit der KIP (Klessmann 1982, 1988) oder im Familiensetting (Voss-Coxhead 1989) eingesetzt werden. Die jeweiligen Beziehungskonstellationen werden in den auftauchenden Symbolen und im Interaktionsmuster der am imaginativen Geschehen Beteiligten deutlich. Dabei haben die Imaginationen den großen Vorteil, dass sie eine dynamische Entwicklung erlauben; sie sind flexibel und offen für therapeutische Anregungen und eigene Veränderungen (Voss-Coxhead 1989). Die gemeinsam gestaltete Imagination hat den Charakter eines Spiels, das die Familie entspannter erleben kann als eine systemische Familiensitzung. Dabei eignen sich Motive mit der Möglichkeit zum gemeinsamen Handeln am besten. Ich habe für meine Ausbildungskurse in Familienimaginationen eine Motivliste zusammengestellt, die diesbezüglich Anregungen geben kann:

- 4 Bäume,
- Tierfamilie,
- Bootsfahrt,
- Ballonfahrt,
- Bergbesteigung,
- Durchquerung einer Wüste,
- Erforschung einer unbekanntem Insel,
- Erkundung eines alten Schlosses,
- Höhlenwanderung,
- gemeinsamer Urlaub,
- miteinander kochen,
- Einkaufsbummel,
- ein Theaterstück inszenieren (Sannwald 2009).

Selbstverständlich finden in diesem therapeutischen Ansatz die familientherapeutische Grundhaltung der Allparteilichkeit und eine systemische Perspektive Anwendung. Die Prämisse der Arbeit ist nicht die Konzentration auf den Einzelnen, sondern die Frage, wie es möglich ist, ein unflexibles Familiensystem wieder in Bewegung zu bringen. Dabei ereignet sich die Umsetzung der therapeutischen Interventionen innerhalb der Familienimagination auf der symbolischen Ebene.

5. KIP in der stationären und teilstationären Therapie von Kindern und Jugendlichen

In der Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Kliniken und Tageskliniken wird mittlerweile regelhaft eine Kombination verschiedener psychotherapeutischer Verfahren aus dem Bereich der Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Verfahren zusammen mit nonverbalen Therapiemethoden wie Musik-, Bewegungs- und Gestaltungstherapie eingesetzt. Weitere wichtige Arbeitselemente sind die Arbeit in der Klinikschule und die pädagogische Arbeit im Team. Üblicherweise sind die Bausteine des Behandlungskonzeptes aufeinander bezogen und werden über regelmäßige Austauschprozesse unter den Mitarbeitern im therapeutischen Team integriert. Ein solches Konzept ermöglicht bei schwer psychiatrisch erkrankten jungen Menschen die Etablierung des erforderlichen haltgebenden therapeutischen Rahmens, der Spaltungstendenzen auffangen kann und damit auch die Behandlung strukturell gestörter junger Menschen möglich macht (du Bois & Resch 2005, Streeck-Fischer 2004). Außerdem wird die Behandlung dadurch intensiviert, dass die Bearbeitung der im Fokus stehenden Beziehungs- und intrapsychischen Konflikte auf verschiedenen Ausdrucks- und Interaktionsebenen gleichzeitig erfolgen kann.

Die Katathym Imaginative Psychotherapie erweitert in der (teil-) stationären Behandlung die therapeutischen Möglichkeiten für psychiatrisch kranke junge Menschen. (Dabei sind natürlich die Kontraindikationen für den Einsatz der KIP zu beachten.)

Eine ressourcenorientierte, narzisstisch stabilisierende, entwicklungsbezogene und integrative Grundhaltung ist bei diesen Kindern und Jugendlichen eine selbstverständliche Behandlungsvoraussetzung. Nur auf dieser Grundlage ist bei den häufig gegen ihren Willen stationär aufgenommenen jungen Patienten ein Beziehungsaufbau mit einer eigenen Behandlungsmotivation zu

erreichen. Symbolisierung und Imagination können den Patienten dabei helfen, einen Zugang zum eigenen Inneren mit einem besseren Selbstverständnis zu erlangen.

KIP eignet sich nach meiner Erfahrung für die Einzeltherapie in der Klinik sowohl mit Kindern als auch mit Jugendlichen. In der stationären Gruppentherapie ist die KIP dann einsetzbar, wenn man das Störungsniveau der Gruppe im technischen Vorgehen berücksichtigt, wie Biel u. a. (2005) für Adoleszente und Erwachsene gezeigt haben. Bei schlecht verbalisationsfähigen Patienten, Kindern und Jugendlichen mit kombinierten Entwicklungshemmungen und einer stark eingeschränkten Introspektion sind die oben beschriebenen Kombinationen der KIP mit konkreten Symbolen hilfreich.

Ich möchte auch noch einen Hinweis auf einen weiteren Vorteil der KIP für die vollstationäre Arbeit geben: Die in der KIP entwickelten Bilder und Symbole können den Prozess des Austauschs therapierelevanter Informationen unter den Mitgliedern des Behandlerteams erleichtern und so dazu beitragen, die Patienten besser zu verstehen. Diese Teams bestehen aus Personen mit unterschiedlichen Berufsausbildungen, Sprach- und Denkstilen; Bilder und Symbole ermöglichen aber eine sinnstiftende, emotional getragene nicht-sprachliche Kommunikation. Damit können sie eine integrative Funktion in Institutionen übernehmen.

Zum Abschluss meiner Ausführungen möchte ich Ihnen ein kurzes Behandlungsbeispiel einer KIP im vollstationären Rahmen geben (Sannwald 2010):

Die zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme 15jährige Maria (Pseudonym) habe ich vor einigen Jahren in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck vollstationär behandelt. Sie litt seit etwa einem Jahr vor allem in Stresssituationen unter Luftnotanfällen, die sie an den Fahrten mit dem Schulbus hinderten, sodass sie seit etwa einem Jahr nur sporadisch und seit drei Monaten überhaupt nicht mehr zur Schule gegangen war. Die ambulanten Therapiestunden besuchte sie auch nur noch dann, wenn sie von der Mutter mit dem Auto gebracht wurde. Außerdem hatte sie im Laufe des Jahres einen Nasentropfen- und β -Sympathomimetika-Abusus entwickelt.

Maria erhielt während der Zeit ihres stationären Aufenthaltes eine Katathym Imaginative Psychotherapie mit zwei Einzeltherapiestunden wöchentlich. Dabei führte ich in aller Regel einmal wöchentlich eine Imagination mit ihr durch und verwendete die zweite Wochenstunde dazu, die Imagination nach

zu besprechen. Im Folgenden werde ich aus Zeitgründen einige wenige ihrer Imaginationen darstellen.

Im Blumentest imaginierte Maria eine Blume mit roten „tropfenherzförmigen“ Blütenblättern und einer gelben, etwas plüschigen Mitte. Diese Blume befindet sich mit anderen Blumen auf einer Wiese. Maria steht zunächst auf einem Feldweg am Rande der Wiese, legt sich dann nach Ermunterung meinerseits auf die Wiese. Da kann sie auch den Geruch einer abgepfückten Blüte wahrnehmen.

Bei der zugehörigen Zeichnung fällt auf, dass Maria ihren eigenen Körper nur angedeutet darstellt; die Blüte, die sie in der Hand hält, lässt den Kopf hängen - ein Hinweis auf ihre noch abgewehrte depressive Verstimmung. Auch füllt ihre Darstellung nur einen kleinen Teil des Blattes und wirkt wie eine Insel. Ich verstand dies zunächst als Analogie zu ihrer aktuellen Situation. Doch später erkannte ich, dass sich die von Helen Schönhals (1994) beschriebene „Blässe der Repräsentanzen“ auch in der zeichnerischen Selbstdarstellung der Patientin zeigt.

Bei der Imagination des Motivs Waldrand findet Maria sich an einem mit einer Ecke abschließenden Waldstück; davor verläuft ein Weg, auf dem sie selber steht. Ein Rehkitz tritt neugierig aus dem Wald hervor. Maria kann sich ihm nach einigen Minuten nähern und es auch streicheln. Sie erfährt von ihm, dass es seiner Mutter weggelaufen ist, weil es „mal etwas anderes kennen lernen wollte als nur ein kleines Stück Wald“. Beide gehen ein Stück den Weg entlang; Maria verabschiedet sich von dem Rehkitz, indem sie es ermuntert, zu seiner Mutter zurückzukehren, weil es diese noch brauche!

In dieser Imagination tritt erstmals eine hilfreiche Gestalt auf, das Rehkitz, eine Symbolisierung eigener noch vorbewusster Autonomietendenzen. Bei derartigen Symbolisierungen rege ich einen Dialog mit der Symbolgestalt an, in dem diese dem Patienten ihren Herkunft und ihre Ziele benennt (Sannwald 1993). Durch eine derartige „Verbalisation“ erreiche ich, dass die Symbolgestalten und deren Aussage dem Patienten nach dem Ende der Imagination in stärkerem Maße verfügbar und bewussteinnäher sind. Oft sind solche Aussagen bemerkenswert weise und nehmen sogar den Charakter eines „Lebensmottos“, einer „Losung“ für den Patienten an.

Hier will das Rehkitz „mal etwas anderes kennen lernen als nur ein kleines Stück Wald“, wird von Maria aber zu seiner Mutter zurückgeschickt, weil es

diese noch brauche. Eigenständigkeit ist offenbar für die Patientin bedrohlich; es ist sicherer, bei der Mutter zu bleiben bzw. zu ihr zurückzukehren. Ich lasse Maria den Raum, ihr Abhängigkeits-Autonomie-Dilemma auszugestalten, ohne zu stark in Richtung der Autonomie zu intervenieren. Die zugehörige Zeichnung zeigt sehr schön, wie Maria in dem Maße „gegenständlich“ wird, wie sie sich ihre altersgemäßen Autonomiewünsche gestattet. Etwa zeitgleich begann sie, zusammen mit einer Mitpatientin mit dem Bus in die Stadt zu fahren, um dort ins Kino zu gehen oder den Weihnachtsmarkt zu besuchen. Einige Wochen später hatte ich den Eindruck, dass Maria stabil genug war, um wieder auf die Regelschule zu gehen, und leitete eine Außenbeschulung ein. Im Hinblick auf diesen Schritt gab ich ihr als nächstes die Imagination zum Bergmotiv vor.

Maria sieht sich vor einem hohen spitzen Berg, der im unteren Teil einladend und oben weniger einladend auf sie wirkt. Davor befindet sich eine Wiese mit zwei kleinen gelben Blümchen. Auf meine Aufforderung besteigt sie den Berg, kann sich aber oben nicht umsehen, weil sie Höhenangst hat und sich „wie ein Klammeräffchen“ am Gipfel festklammern muss. Darüber muss sie selber lachen, bevor sie sich an den Abstieg macht und auf halber Höhe einen Absatz findet, wo sie sich ausruhen und umschauen kann. Unter ihr liegen Bäume und Wiesen und eine größere Stadt.

In dieser Imagination macht Maria ihre Abhängigkeitswünsche, ihre Angst vor Überforderung, aber auch ihre Leistungsbereitschaft deutlich. Während des Tagtraums läuft sie mir praktisch immer wieder davon, ohne dass ich weiß, wo sie sich gerade befindet.- Zu Beginn des Außenschulversuchs gab es in der Therapie eine heftige Auseinandersetzung. Maria war mir böse, dass ich ihr einen solchen Schritt zumutete, und hätte am liebsten einen Dispens von mir bekommen. Damit wagte sie in der Therapie zum ersten Mal eine Auseinandersetzung um ihre Abhängigkeitswünsche. Ich blieb konsequent. Maria konnte sich dann doch von sich aus dafür entscheiden, zur Schule zu gehen, und war mir im Nachhinein dankbar für meine Konsequenz.

Am Ende der stationären Behandlung wünscht Maria sich, einmal die gefürchtete Busfahrt zur Schule imaginieren zu können.

Im Tagtraum wartet sie etwas aufgeregter an der Bushaltestelle, merkt aber nun, dass sie sich im Grunde mehr vor der neuen Klasse in der Schule als vor der Busfahrt fürchtet. Im näher kommenden Bus erkennt sie in den ersten Reihen nur kleinere Schüler. Der Busfahrer aber ist zu ihrem Ärger derjenige, der sie einmal nicht aus dem Bus steigen ließ, als sie gerade ei-

nen Luftnotanfall hatte! Aber „Der kann mir jetzt den Buckel herunterrutschen!“, sagt sie. Stattdessen entdeckt sie hinten im Bus eine Bekannte gleichen Alters, der sie von ihrer Zeit in der Klinik erzählt. Die Dörfer gleiten vorbei, und Maria ist so ins Gespräch vertieft, dass sie unversehens schon das Ortsschild und die Umrisse ihrer Schule auftauchen sieht. Dann erkennt sie auch Bekannte aus ihrer alten Klasse, steigt aus und ist ganz stolz, die Fahrt so gut gemeistert zu haben. Sie betritt das Schulgebäude im Wissen darum, dass jetzt etwas Neues beginnt.

In der Katamnese zeigte sich, dass die erreichte Veränderung stabil war. Maria bewältigte den Wechsel auf die heimatliche Schule problemlos. Außerdem machte sie den Motorradführerschein, um „beweglicher zu sein“. Das Geld dafür verdiente sie sich durch einen Job in dem Labor, in dem ihre Mutter arbeitete. Von Marias ambulanter Psychotherapeutin erfuhr ich etwa zwei Jahre nach Beendigung der stationären Therapie, dass sie zwischenzeitlich den Realschulabschluss gemacht, ihr FSJ begonnen und eine eigene Wohnung bezogen hatte.

Die KIP ermöglicht den Patienten, in einem für sie passenden Tempo die bestehenden Entwicklungsdefizite aufzuholen. Die Ressourcenaktivierung und die Besserung der Ichfunktionen sind für mich Spezifika der Katathym Imaginativen Psychotherapie. Sie ermöglichen rasche therapeutische Fortschritte, die gerade im stationären Behandlungsbereich erforderlich sind.

Literatur

- AACAP Official Action* (2002) Practice Parameter for the Use of Stimulant Medications in the Treatment of Children, Adolescents, and Adults. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry* 41/2 Supplement.
- Bakker-van Zeil, T.* (1997) Katathym-imaginative Psychotherapie mit Adoptivkindern. In: Kottje-Birnbacher, L., Sachsse, U., Wilke, E. (Hrsg.): *Imagination in der Psychotherapie*. Huber, Bern.
- Bakker-van Zeil, T.* (2001) Dagdromen met getraumatiseerde vluchtelingen: Dana 15 jaar. Unveröffentlichter Vortrag auf dem Kongress der Stichting ter bevordering van Symbooldrama Nederland, 5. Oktober 2001, Bodegraven.
- Batovska, Lygia* (2014) Workshop auf der Tagung der IGKB, Bratislava, 12.06.2014.

- Biel, G., Friedrichs-Dachale, A., Pahl-Hoffmann, I. (2005) Gruppen-KIP im stationären Rahmen: Was hat sich verändert, was hat sich bewährt? In: Kottje-Birnbacher, L., Wilke, E., Krippner, K. Dieter, W. (Hrsg.): Mit Imaginationen therapieren. Neue Erkenntnisse zur Katathym-Imaginativen Psychotherapie. Pabst, Lengerich.
- Borowski, D. (2004) *Ein misslungener Dialog*. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H.; Molitor, G. (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Brandes und Apsel Frankfurt am Main.
- Dammasch, F. (2004) „Er weiß nicht, wo er anfängt und wo er aufhört!“ In: Bovensiepen, G.; Hopf, H.; Molitor, G. (2004): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Brandes und Apsel Frankfurt am Main.
- du Bois, R., Resch, F. (2005) *Klinische Psychotherapie des Jugendalters*. Ein integratives Praxisbuch. Kohlhammer, Stuttgart.
- Gerber, G., Reinelt, A. (1989) Gedanken zur leiblich- sinnlichen Dimension im genetisch-therapeutischen Entwicklungsmodell „Spüren - Fühlen - Denken“ und ihre Bedeutung für das Katathym Bilderleben. In: Bartl, G. et al. (Hrsg.): *Strukturbildung im therapeutischen Prozess*. Literas, Wien.
- Gerber, G. (1992) *Spüren – Fühlen – Denken. Ein ganzheitlich-ontogenetisches Entwicklungsmodell und seine Anwendung in der Praxis*. In: Sedlak, F. (Hrsg.) (1992): *Verhaltensauffällig. Was nun? Beiträge zur pädagogischen Psychologie*. Ketterl, Wien.
- Gerber, G. (1994) *Die Bedeutung des ontogenetischen Entwicklungs-modells „Spüren - Fühlen - Denken“ für die Kinder- und Jugendlichen-Therapeutenausbildung*. In: Gerber, G., Sedlak, F. (1994): *Katathymes Bilderleben innovativ. Motive und Methoden*. Ernst Reinhardt, München, Basel.
- Häußler, G., Hopf, H. (2001) Frühe Faktoren in der Ätiologie von Ruhelosigkeit, Hyperkinese und Unaufmerksamkeit. In: *Analyt. Kinder- und Jugendpsychotherapie* 112, 4/32, 487 – 508.
- Horn, G., Sannwald, R., Wienand, F. (2006) *Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Ernst Reinhardt, München.
- Jany, K.C. (2004) „Der Automatiker“. In: Bovensiepen, G.; Hopf, H.; Molitor, G. [Hrsg.]: *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Brandes und Apsel Frankfurt am Main.
- Klessmann, E., Klessmann, H.-A. (1988) *Heiliges Fasten, heilloses Fressen. Die Angst der Magersüchtigen vor dem Mittelmaß*. Hans Huber, Bern.
- Leuner, H. (1985) *Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens. Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe*. Bern/ Stuttgart/ Toronto.
- Leuner, H., Horn, G., Klessmann, E. (1997) *Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen*. Ernst Reinhardt, München.
- Montessori, M. (1952) *Kinder sind anders*. Klett-Cotta, Stuttgart.

- Resch, F. und Rothenberger, A. (2002)* Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Stimulantien. Nur evidenzbasierte Sachlichkeit ist hilfreich. *Z. Kinder-Jugendpsychiatr.* 30/3, 159 – 161.
- Roosen-Runge, G. (2005)* Geistig Behinderte in der kinder- und jugend- psychiatrischen Praxis. Vortrag auf der Jahrestagung des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 17.11.2005, Würzburg.
- Sannwald, R. (1993)* *Vom Umgang mit inneren Führern oder Das Prinzip des induzierten Dialogs. Katathym Bilderbote* (1993) 6: 10 - 15.
- Sannwald, R. (2009)* Seminar auf der 4. Tagung der DGKIP Berlin-Schmöckwitz, 11. – 13.09.2009.
- Sannwald, R. (2009)* Aufmerksamkeitsstörungen und Katathym Imaginative Psychotherapie. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie* 2/2009, 9 – 26.
- Sannwald, R. (2011)* Imaginative Psychotherapie von Angsterkrankungen am Beispiel der Schulphobie. *Imagination* 1/2010, 68 – 82.
- Schnell, M. (2005)* Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54, 457 – 472.
- Schönhals, H. (1994)* *Zur Repräsentanzwelt des Angstneurotikers. In: Mentzos, S. (1994):* Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 25 - 46.
- Seitz, R. (2004)* „Der Sohn des Verbrechers.“ *In: Bovensiepen, G.; Hopf, H.; Molitor, G. (2004):* Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Brandes und Apsel Frankfurt am Main.
- Streeck-Fischer, A., Kepper, I., Lehmann, U., Schrader-Mosbach, H. (2004)* Gezeichnet fürs Leben. Stationäre Psychotherapie am Beispiel eines schwer traumatisierten Kindes. *In: Sachsse, U., Özkan, I., Streeck-Fischer, A. [Hrsg.] Traumatherapie - Was ist erfolgreich?* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Taylor, E., Sergeant, J., Doepfner M., Gunning, B., Overmeyer, S., Möbius, H.J., Eisert, H.G. (1998)* Clinical Guidelines for hyperkinetic disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry* 7, 184 – 200.
- Voss-Coxhead, D. (1989)* Erkennen und Verändern familiärer Strukturen – erste Ergebnisse mit dem KB in der Familientherapie. *In: Bartl, G., Pesendorfer, F. [Hrsg.]* Struktur- bildung im therapeutischen Prozess. Literas, Wien.
- Wollschläger, M. E (1989)* Wenn Gegenstände sprechen können – Die Arbeit mit Symbolen in Diagnostik und Therapie. *In: Bartl, G. et al. (Hrsg.)(1989):* Struktur- bildung im therapeutischen Prozess. Literas, Wien.
- Wollschläger, M. E., Wollschläger, G. (1998)* Der Schwan und die Spinne. Huber, Bern.

Autorin:

Dr. med. Renate Sannwald

Fachärztin für Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse (DGPT); Dozentin der AGKB; Dozentin, Stellvertretende Vorsitzende des Weiterbildungskreises für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie; DGPT-Lehranalytikerin und Supervisorin des BIPP; Dozentin, Supervisorin und Lehrtherapeutin des KPMB; Dozentin und Supervisorin der BAP, des MAPP und des ZAP

Pertisauer Weg 41, 12209 Berlin

Tel.: 030/71522077

Fax: 030/71522078

Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Abschlussbericht 2014 – Konsentierete Fassung Teil 1

Bernd Hagen

Zusammenfassung

In dem Zeitraum zwischen Januar und Juli 2013 erfolgte die erste Welle der Datenerhebung im Rahmen der Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV). Insgesamt stehen bundesweit 16.344 Datensätze mit Struktur- und Behandlungsdaten sowie 10.107 Fragebögen mit Angaben zur Patientenzufriedenheit mit der SPV-Behandlung für diese Evaluation zur Verfügung. Mit einer Zahl von insgesamt 605 Ärzten wurde 2013 eine Beteiligungsrate von 84,5 % erreicht.

Aus dem zweiten Erhebungszeitraum zwischen Januar und Juni 2014 liegen insgesamt 15.026 Dokumentationen mit Struktur- und Behandlungsdaten sowie 5.886 Patientenfragebögen vor. 13.860 Behandlungsfälle der ersten Welle konnten mit den entsprechenden Informationen der zweiten Welle verknüpft und hinsichtlich Veränderungen im Zeitverlauf untersucht werden.

Die Praxen beschreiben ein hohes Ausmaß an Kooperation. Intern arbeiten sie hauptsächlich mit Sozialpädagogen/-arbeitern, Psychologen, Heilpädagogen sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zusammen. Die höchsten Raten externer Zusammenarbeit werden genannt für Ergotherapeuten, Lehrer, Kinder- und Jugendmediziner sowie Jugendämter und Beratungsstellen.

Die eingeschlossenen Patienten (58,6 % männlich) sind im Mittel $10,5 \pm 3,6$ Jahre alt, sie haben sich erstmals vor $1,0 \pm 1,4$ Jahren in der SPV-Praxis vorgestellt. Während 25,9 % der weiblichen Patienten 15 Jahre oder älter sind, trifft dies nur auf 10,2 % aller männlichen Patienten zu. Hauptveranlasser des ersten Arztkontaktes waren überwiegend die Eltern oder der Patient selber.

Als die drei häufigsten Behandlungsanlässe werden psychische oder schulische Auffälligkeiten oder ein problematisches Sozialverhalten genannt. Bei 21,1 % der Patienten ist bereits eine ambulante psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte dokumentiert, bei 6,4 % eine stationäre.

Die drei häufigsten Diagnosen sind hyperkinetische Störungen (F90) mit 34 %, emotionale Störungen des Kindesalters (F93) mit 16,6 % sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) mit 14,4 %. Zusammen mit sieben weiteren Diagnosen beschreiben diese 91,6 % aller dokumentierten Fälle. Es bestehen große Unterschiede der Diagnosehäufigkeit zwischen Mädchen und Jungen sowie zwischen den verschiedenen Altersgruppen. Umschriebene Entwicklungsstörungen – hauptsächlich Störungen der motorischen Funktionen, eine Lese-Rechtschreibstörung oder kombinierte Entwicklungsstörungen – lassen sich bei 40,2 % der Patienten beobachten. 15,7 % der Patienten weisen zusätzlich zu der psychiatrischen auch eine körperliche Symptomatik auf, vorrangig ist dies eine Adipositas, ein Schmerzsyndrom oder eine Erkrankung der Atemwege.

In 84,5 % aller Fälle erfolgt eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Patienten in der SPV-Praxis, überwiegend unter Einschluss der Eltern des Patienten. 26,7 % aller Patienten werden in der SPV-Praxis medikamentös behandelt. Die SPV-Praxismitarbeiter sind am häufigsten mit der Psychoedukation des Patienten bzw. seiner Eltern oder Familie betreut. Darüber hinaus führen sie auch in hohem Ausmaß störungsspezifische Behandlungen des Patienten durch.

Im Vergleich von 2013 zu 2014 zeigt sich in allen drei Behandlungsbereichen (ärztliche Behandlung, Behandlung durch SPV-Mitarbeiter innerhalb der Praxis sowie Behandlung durch externe Kooperationspartner) bei den kontinuierlich betreuten Patienten eine deutliche Veränderung. So sind die Anteile psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelte Patienten ebenso rückläufig wie die derjenigen, mit denen eine Psychoedukation durchgeführt wird. Die relativ stärksten Rückgänge sind bei den Raten einer Behandlung durch externe Kooperationspartner zu erkennen, die sich gegenüber 2013 für alle Berufsgruppen nahezu halbieren. Auf der anderen Seite wächst unter den kontinuierlich betreuten Patienten der Anteil derjenigen geringfügig, die medikamentös behandelt werden oder bei denen eine Krisenintervention erfolgt. Während 2013 in 37,6 % aller Fälle die ärztlichen Teilnehmer der Meinung waren, ihre Behandlung sei vollständig oder weitgehend erfolgreich verlaufen, erhöht sich diese Quote 2014 auf 45,6 %. In 34,2 % (2014: 24,7 %) der Fälle wird der Erfolg als mittel bewertet, ein geringer oder bislang nicht eingetretener Erfolg wird in 13,1 % (2014: 7,3 %) der Fälle festgestellt. Kei-

ne Bewertung findet ärztlicherseits statt in 15 % (2014: 22,4 %) der Fälle. Die ärztlichen Teilnehmer bewerten insbesondere dann die Behandlung als eher erfolgreich, wenn eine Psychoedukation, eine medikamentöse oder eine störungsspezifische Therapie erfolgen. Eine negative Einschätzung des Behandlungserfolgs korreliert vor allem mit einer starken Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung der Patienten.

Die Patienten bzw. deren Eltern bewerten die SPV-Behandlung sowohl 2013 wie auch 2014 überwiegend positiv. Der Mittelwert auf einer 5-stufigen Skala (1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht) liegt über alle zu bewertenden Fragen zu beiden Zeitpunkten bei $1,7 \pm 0,5$. Die Arzt- und Patientenbewertung des Behandlungserfolgs korrelieren deutlich miteinander.

Im zweiten Erhebungszeitraum wurde bei 19,1 % der Patienten eine abgeschlossene Behandlung dokumentiert. Diese erstreckte sich durchschnittlich über einen Zeitraum von $8,3 \pm 4,4$ Monaten. Über den gesamten Zeitverlauf sind pro Quartal im Mittel 1,8 Arzt- und 3,4 Mitarbeiterkontakte dokumentiert. Damit liegt die Häufigkeit der dokumentierten Arzt- und Mitarbeiterkontakte über derjenigen, die vertraglich gefordert wird. Die Häufigkeit dieser Kontakte geht zwischen dem ersten Quartal 2013 und dem zweiten Quartal 2014 leicht zurück.

Insgesamt zeigt sich bei der Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung 2013/2014

- in Bezug auf die Strukturqualität der teilnehmenden Praxen eine ausgeprägte interdisziplinäre Kooperation;
- ein differenziertes therapeutisches Vorgehen ohne eine einseitige Präferenz beispielsweise rein medikamentöser Strategien;
- sowohl insgesamt und vor allem auch diagnosespezifisch eine vergleichsweise geringe Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka bei den behandelten Kindern und Jugendlichen, mit annähernd konstanten Verordnungsraten über die hier abgebildete Beobachtungszeit; sowie
- Behandlungskontinuität, im Sinne häufiger, im Quartalsvergleich regelmäßiger und kurzfristig aufeinander folgender Behandlungstermine.

1. Einleitung

Seit 1994 besitzt die „Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung,

im Folgenden SPV abgekürzt) ihre Rechtsgültigkeit. Sie ist als Anlage 11 den Bundesmantelverträgen beigelegt und wurde zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband geschlossen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013). Die Vereinbarung soll die qualifizierte und interdisziplinäre Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher fördern. Im Vordergrund stehen hierbei ambulante Angebote einer kontinuierlichen Betreuung, als Alternative zu stationären sowie institutionellen Betreuungsformen. Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ermöglicht somit im ambulanten Rahmen unter der Leitung eines niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters und -psychotherapeuten eine integrative Versorgung. Hierbei werden verschiedene Heilberufe einbezogen und ein Gesamtbehandlungskonzept für den Patienten, dessen Eltern und sein soziales Umfeld entwickelt (Lehmkuhl & Breuer, 2013).

Teilnehmen können Ärzte, die berechtigt sind die Fachgebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater zu führen, aber auch Kinderärzte, Nervenärzte und Psychiater mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Verpflichtend bei Teilnahme ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste, wobei sichergestellt werden muss, dass umfassende diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden und eine Mindestanzahl von Patientenkontakten stattfinden. Darüber hinaus muss sich das Praxisteam neben dem Arzt aus mindestens einem Heilpädagogen und einem Sozialarbeiter zusammensetzen bzw. eine entsprechende Anzahl von Mitarbeitern aufweisen, die über vergleichbare Qualifikationen (Fach-, Fachhoch-, Hochschulabschluss mit kinder- und jugendpsychiatrischer / therapeutischer Zusatzqualifikation) verfügen. Falls keine psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Sprach-, Ergo- oder Physiotherapeuten 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 Ärzten zu erbringen.

Auch die Evaluation der SPV ist in § 7 vertraglich geregelt. Hiernach erfolgen eine standardisierte elektronische Dokumentation der Behandlung sowie eine Befragung der Patienten bzw. der Bezugspersonen der Patienten.

Nachdem 2005 ein Evaluationsbericht zur SPV von der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern vorgelegt wurde, begann 2010 die Planung einer bundesweiten SPV-Evalua-

tion. Hierbei wurden die Details und die technische Umsetzung der elektronischen Dokumentation neu organisiert. Die Erfassung der Dokumentationen erfolgte hierbei über ein Web-Portal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). In vier KV-Regionen (Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Nordrhein) wurden die Dokumentationen separat elektronisch erfasst.

Die Patientenbefragung erfolgte über einen Fragebogen, der den Patienten bzw. ihren Bezugspersonen in der Praxis ausgehändigt wurde. Der Dokumentationsumfang wurde auf maximal 30 Patienten pro Arzt begrenzt, da die Dokumentation jeweils sehr umfangreich ist. Diese bis zu 30 Patienten sollten, nach Sicherung und Stellung der Diagnose, erstmals im Rahmen der SPV in der Praxis behandelt werden. Der erste Erhebungszeitraum liegt zwischen dem 1.1. und dem 30.6.2013, der zweite genau ein Jahr später. Während des zweiten Erhebungszeitraums sollten ausschließlich solche Patienten dokumentiert werden, für die bereits Daten aus dem ersten vorliegen. Mit der Auswertung der erhobenen Daten wurde seitens der KBV und des GKV-Spitzenverbands das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) beauftragt.

Der Aufbau des vorliegenden Berichts orientiert sich in der Abfolge der einzelnen Kapitel am Aufbau der SPV-Dokumentation. Die Struktur- und Behandlungsdaten werden sortiert nach der Größe ihrer relativen (prozentualen) Auftretenshäufigkeit in dem vorliegenden Datensatz dargestellt. Ausgewählte Variablen werden dabei unterteilt nach Alter und Geschlecht der Patienten ausgewiesen, zudem werden zentrale Befunde auch spezifisch für die 14 häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen ausgewertet.

In separaten Textabschnitten werden, soweit dies möglich ist, die Befunde aus dem Jahr 2013 mit denen aus der bayerischen SPV-Evaluation von 2005 (KVB / MDK Bayern, 2005), der Studie zur Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen (kjp-Qualität, Mattejat et al., 2006) sowie einer Reihe von Angaben aus der Fachliteratur verglichen.

Die im Rahmen der SPV angestrebte Beschreibung der Versorgungssituation psychisch erkrankter Kinder- und Jugendlicher erscheint insbesondere vor dem Hintergrund der Verbreitung und parallel hierzu häufig geringen Inanspruchnahme professioneller Hilfe höchst bedeutsam. Aufgrund der Abhängigkeit von sozialen bzw. normativen Bewertungen weisen Schätzungen zur Häufigkeit eines abweichenden oder abnormen Verhaltens und einer hierfür als ursächlich angesehenen psychischen Störung beträchtliche Schwankungsbreiten auf.

In der Forschungsliteratur wird davon ausgegangen, dass etwa 20 % aller Kinder- und Jugendlichen von psychischen Störungen betroffen sein können (Eschmann et al., 2007; Hölling et al., 2014; Steinhausen, 2006). Auf der Basis von GKV-Routinedaten des Jahres 2006 fanden Lehmkuhl et al. (2009) in einer Population von 55.545 Kindern und Jugendlichen im Alter bis zu 18 Jahren bei 19 % einen psychiatrischen Behandlungsanlass. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass vermutlich 10–30 % professionelle Hilfe bei der Bewältigung dieser Störungen erhalten (Petermann, 2005). Auf Grundlage der KiGGs-Daten zeigten sich unter Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 17,9 Jahren insgesamt jährliche Raten von 4,9 % für die Inanspruchnahme psychologischer oder psychiatrischer Hilfeleistungen bzw. von 18,6 % bei Vorliegen einer Auffälligkeit gemäß des „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (Wölflé et al., 2014). Eine höhere Rate der Inanspruchnahme berichten Lehmkuhl et al. (2009). Dort ließ sich bei 54 % der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen die Durchführung therapeutischer Maßnahmen bzw. in 32 % aller Fälle die Durchführung kinderpsychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen durch Kinder- und Jugendpsychiater / -psychotherapeuten oder entsprechend qualifizierte Kinderärzte nachweisen. Eine Analyse auf Basis der Zi-Datenbank der Abrechnungs- und Diagnose-daten aus dem Jahr 2011 zeigt, dass bei 53,6 % aller Patienten in einem Alter unter 20 Jahren, für die eine psychische oder Verhaltensstörung diagnostiziert wurde, die Abrechnung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistung erfolgt ist.

Übertragen auf die deutsche Bevölkerung würde dies bedeuten, dass ca. 2,6 Millionen Kinder- und Jugendliche hierzulande unter psychischen Störungen leiden, von denen vermutlich zwischen 832.000 und 1.404.000 die bestehenden Hilfsangebote wahrnehmen.

2. Datenstand und Beteiligung

Bis Ende November 2013 lagen dem Zi insgesamt 16.344 Datensätze mit Struktur- und Behandlungsinformationen vor. Dieser Datenstand wurde Ende August 2014 um 15.026 Datensätze aus dem zweiten Erhebungszeitraum ergänzt. Hierbei handelt es sich um Dokumentationen, die über das Portal der KBV erfasst worden sind, sowie im Fall der Regionen Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Nordrhein um jeweils separat elektronisch erfasste und an das Zi übermittelte Datensätze. Die zuletzt genannten Datensendungen sind anders strukturiert als die der KBV, enthalten aber dieselben Parame-

ter. Alle Datenlieferungen wurden datenbanktechnisch zusammengefasst und gemeinsam ausgewertet. Die Daten aus dem ersten und zweiten Zeitraum wurden für Auswertungen über den Zeitverlauf anhand der Merkmale Betriebsstättennummer, lebenslange Arztnummer und Patienten-Identifikationsnummer verknüpft. Für diese Verlaufsanalysen stehen 13.860 Datensätze zur Verfügung. Bis Ende September 2014 wurden außerdem noch in Papierform vereinzelt Dokumentationen im Umfang von weniger als 0,5 % des bis dahin elektronisch vorliegenden Volumens nachgereicht. Diese wurden in den vorliegenden Auswertungen nicht mehr berücksichtigt.

Parallel zu der elektronischen Dokumentation wurden die Patienten bzw. ihre Eltern gebeten, auf einem Papierfragebogen die SPV-Behandlung gemäß 16 vorgegebener Fragen zu bewerten. Bis Ende Oktober 2013 wurden im Zi insgesamt 10.107 Fragebögen der ersten Welle und bis Ende August 2014 eine Zahl von 5.886 Bögen der zweiten Welle datenbanktechnisch erfasst.

2.1 Ärztliche Teilnehmer

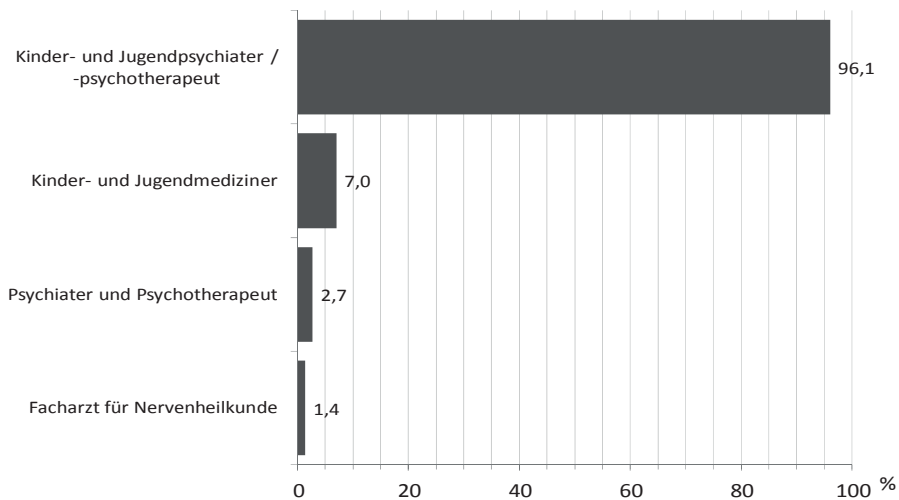


Abbildung 1: Arztgruppen in % der teilnehmenden Praxen, n: 487; Kinder- und Jugendpsychiater / -psychotherapeut kombiniert mit Kinder- und Jugendmediziner: 16 (3,3 %), mit Psychiater und Psychotherapeut: 10 (2,1 %), mit Facharzt für Nervenheilkunde: 5 (1 %); Mehrfachangaben möglich

Auf Grundlage der vorliegenden Struktur- und Behandlungsdokumentationen haben sich an der SPV-Evaluation insgesamt 487 Praxen und 605 Ärzte beteiligt. Pro Praxis wurden durchschnittlich 34 ± 20 Patienten dokumentiert, pro Arzt im Mittel 27 ± 9 Patienten. Durchschnittlich 17 ± 11 Patienten eines Arztes haben einen Patientenfragebogen ausgefüllt. An der zweiten Erhebungswelle beteiligten sich 412 Praxen und 505 Ärzte.

Gemäß KBV-Angaben verfügten deutschlandweit Ende 2012 insgesamt 716 Ärzte über eine Berechtigung zur Teilnahme an der SPV. Hieraus ergibt sich eine Teilnahmequote von 84,5 % (erste Welle).

Gemäß der vertraglichen Ausrichtung dominiert unter den teilnehmenden Arztgruppen deutlich diejenige der Kinder- und Jugendpsychiater / -psychotherapeuten, die mit 96,1 % nahezu in allen Praxen tätig sind (Abbildung 1).

An zweiter Stelle der ärztlichen Teilnehmer folgen mit großem Abstand die Kinder- und Jugendmediziner, für die eine Rate von 7 % beobachtet wird.

Unter den Berufsgruppen, mit denen die ärztlichen SPV-Teilnehmer innerhalb ihrer eigenen Praxis kooperieren, führen Sozialpädagogen oder -arbeiter (75,4 %), gefolgt von Psychologen (68,4 %), Heilpädagogen (57,9 %) sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (53 %, Abbildung 2). Vergleichsweise hoch ist mit 45,8 % auch die Angabe „sonstige Kooperationspartner“.

Insgesamt weisen 454 (93,2 %) aller SPV-Praxen mindestens zwei bzw. 403 (82,3 %) mindestens drei SPV-Mitarbeiter auf. In 340 (69,8 %) aller SPV-Praxen sind drei bis sechs SPV-Mitarbeiter beteiligt. 16 (3,3 %) SPV-Praxen haben keine Angaben zur Beteiligung von SPV-Mitarbeitern gemacht, 17 (3,5 %) Praxen haben dokumentiert, dass ein SPV-Mitarbeiter in der Praxis tätig ist.

Folgende Berufsgruppen finden sich dabei am häufigsten kombiniert:

- zwei SPV-Mitarbeiter:
(Dipl.) Sozialpädagoge / -arbeiter und (Dipl.) Heilpädagogin
(Dipl.) Heilpädagogin und (Dipl.) Psychologin
- drei SPV-Mitarbeiter:
(Dipl.) Sozialpädagoge / -arbeiter, (Dipl.) Heilpädagogin und (Dipl.) Psychologin
(Dipl.) Sozialpädagoge / -arbeiter, (Dipl.) Psychologin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

– vier SPV-Mitarbeiter:

(Dipl.) Sozialpädagoge / -arbeiter, (Dipl.) Heilpädagoge, (Dipl.) Psychologe und sonstige

(Dipl.) Sozialpädagoge / -arbeiter, (Dipl.) Heilpädagoge, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und sonstige

Sehr hohe Raten werden für die Häufigkeit der Kooperation mit Partnern außerhalb der eigenen Praxis berichtet. Hier liegen jeweils die Nennungen von Kinder- und Jugendmediziner, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Lehrern, Beratungsstellen und der Jugendämter jeweils bei über 90 % (Abbildungen 2 und 3).

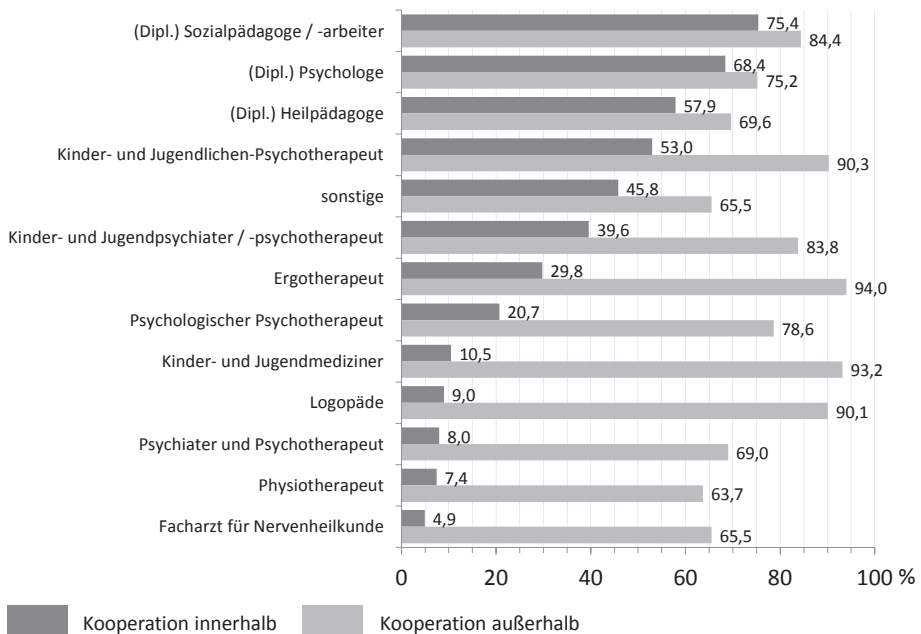


Abbildung 2: Kooperation mit Berufsgruppen innerhalb und außerhalb der Praxis. Berufsgruppen, mit denen sowohl innerhalb wie außerhalb der Praxis kooperiert werden kann; sortiert nach Rate der Kooperation innerhalb; in % der teilnehmenden Praxen, n: 487; Mehrfachangaben möglich

Es ist somit davon auszugehen, dass in Bezug auf die ärztliche Kooperation inner- wie außerhalb der SPV-Praxen die vertraglichen Vorgaben in einem sehr hohen Ausmaß erfüllt werden. In der SPV-Evaluation von 2005 wurde nicht differenziert nach der Kooperation innerhalb und außerhalb der Praxis gefragt. Stattdessen konnten sechs so genannte „komplementäre Berufsfel-

der“ angegeben werden. Hierbei wurden allerdings ähnlich hohe Raten beobachtet: zu Psychologen und Heilpädagogen gaben jeweils 97,1 % der Praxen Beziehungen an, zu Ergotherapeuten 94,1 %, zu Sozialpädagogen oder -arbeitern 91,2 %, zu Logopäden 88,2 % und zu Physiotherapeuten 82,4 % (SPV-Evaluation 2005). Aus der kjp-Qualitätsstudie existieren hierzu keine Vergleichsangaben.

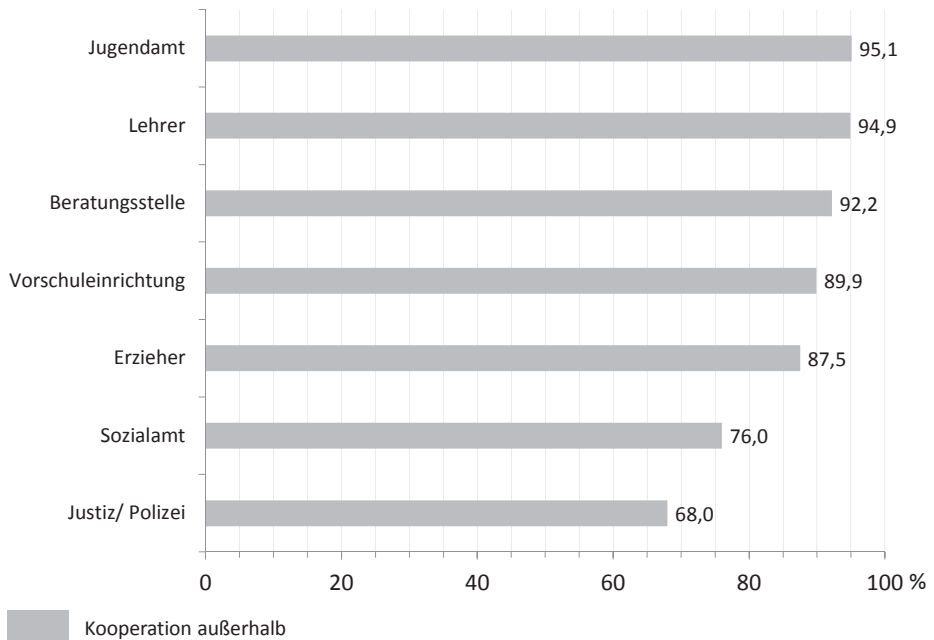


Abbildung 3: Kooperation mit Berufsgruppen außerhalb der Praxis. Berufsgruppen, mit denen nur außerhalb der Praxis kooperiert werden kann; in % der teilnehmenden Praxen, n: 487; Mehrfachangaben möglich

In der zweiten Erhebungswelle konnten die beteiligten Praxen Veränderungen bei den internen und externen Kooperationspartnern dokumentieren. Am häufigsten berichten die Praxen hinsichtlich der internen Kooperationspartner von Änderungen bei der Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (9,5 %), Psychologen (9,3 %) und Sozialpädagogen (8,6 %). Diese drei am häufigsten angegebenen Veränderungen erfolgten im Mittel im 4. Quartal 2013. Hinsichtlich der externen Kooperationspartner werden am häufigsten Änderungen der Zusammenarbeit mit der Justiz / Polizei (6,7 %),

Fachärzten für Nervenheilkunde (5,7 %) sowie gleichfalls Sozialpädagogen (5 %) genannt. Diese Veränderungen erfolgten durchschnittlich im 3. Quartal 2013.

2.2 Patienten

6.585 (40,3 %) der 16.344 SPV-Patienten sind weiblich, 9.573 (58,6 %) männlich. In 186 bzw. 1,1 % aller Fälle liegt keine Geschlechtsangabe vor. Das mittlere Alter der Kinder und Jugendlichen beträgt 10,5 Jahre, wobei weibliche Patienten im Durchschnitt 1,3 Jahre älter als die männlichen sind (Tabelle 1).

Geschlecht	weiblich		männlich		zusammen	
	Mw	SD	Mw	SD	Mw	SD
Alter	11,32	3,82	9,98	3,26	10,52	3,56
Erstvorstellung	0,86	1,35	1,03	1,50	0,96	1,44
Diagnosestellung	0,33	0,63	0,40	0,78	0,37	0,73

Tabelle 1: Alter und Zeiträume der Erstvorstellung und Diagnosestellung. 16.153 Patienten mit gültiger Angabe zu Alter und Geschlecht (davon männl.: 9.569), Mw: Mittelwert, SD: Standardabweichung, Alter in Jahren, Erstvorstellung in der Praxis vor ... Jahren, Diagnosestellung für die SPV-Behandlung vor ... Jahren

Die Erstvorstellung in der Praxis liegt im Mittel fast ein Jahr zurück, die Diagnosestellung im Rahmen der SPV erfolgte im Mittel vor knapp 4,5 Monaten. Alle Patienten sind vertragsgemäß im Jahr 2013 dokumentiert worden.

Für weitere Analysen wurden, angelehnt an die Einteilung der Altersgruppen in der kjp-Qualitätsstudie (2006) sowie die Übergänge zwischen Kindergarten und Grundschule sowie zwischen Grund- und weiterführender Schule, vier Altersgruppen gebildet. Hierdurch ergeben sich die Altersgruppen < 6, 6 bis 9, 10 bis 14 und ≥ 15 Jahre.

1.197 (7,3 %) Patienten sind jünger als 6, 6.052 (37 %) zwischen 6 und 9, 6.393 (39,1 %) zwischen 10 und 14 Jahre alt. 2.683 (16,4 %) sind 15 Jahre alt oder älter, für 19 (0,1 %) fehlt eine Altersangabe. 316 (1,9 %) der 2013 in die SPV-Behandlung eingeschlossenen Patienten sind 18 Jahre oder älter (Maximum: 20 Jahre).

Eine genauere Betrachtung getrennt nach Geschlecht offenbart allerdings, dass sich der, bereits beim Durchschnittsalter zu erkennende Unterschied

zwischen Mädchen und Jungen auch in der Häufigkeit dieser Altersgruppen widerspiegelt. So sind über ein Viertel aller weiblichen Patienten (25,9 %), jedoch nur ein Zehntel der männlichen (10,2 %) 15 Jahre oder älter (Tabelle 2, Abbildung 4).

Alter (Jahre)									zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥15			
Geschlecht	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
absolut	401	628	1.984	4.067	2.493	3.898	1.706	976	6.584	9.569
%	6,1	6,6	30,1	42,5	37,9	40,7	25,9	10,2	40,8	59,2

Tabelle 2: Alter und Geschlecht nach Altersgruppen. Patienten mit gültiger Angabe zu Alter und Geschlecht; Alter: in % der Patienten gleichen Geschlechts, zusammen: in % der Patienten mit gültigen Angaben

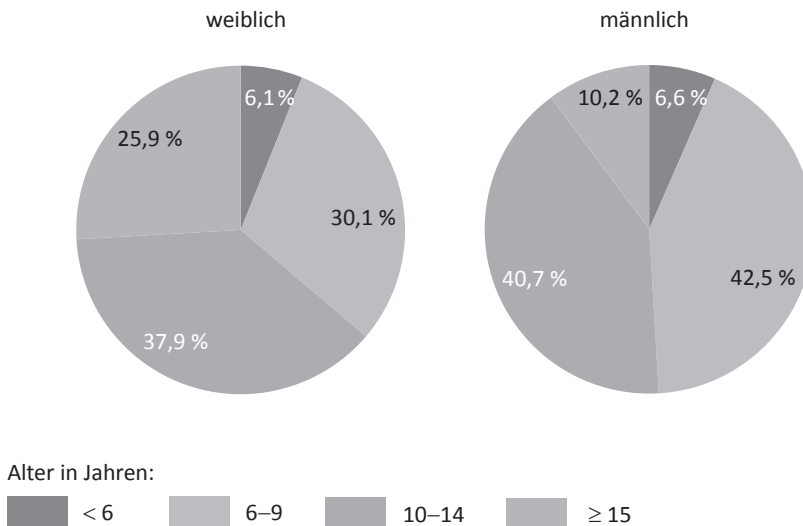


Abbildung 4: Altersgruppen. 16.153 Patienten mit gültiger Angabe zu Alter und Geschlecht (davon männl.: 9.569)

Fasst man die beiden jüngsten Altersgruppen zusammen, so ist nur knapp über ein Drittel aller weiblichen Patienten (36,2 %) bis zu 9 Jahre alt, jedoch fast die Hälfte der männlichen (49,1 %).

Zusammengenommen mit der Dominanz männlicher SPV-Patienten sprechen diese Ergebnisse dafür, im weiteren Verlauf zentrale Befunde geschlechts- und altersspezifisch differenziert zu betrachten.

Hauptveranlasser des ersten Arztkontaktes waren entweder die Eltern des Patienten (81,8 % aller Fälle) oder der Patient selber (19,5 %), eine Vorschuleinrichtung oder Schule (32 %), ein Kinder- und Jugendmediziner (29,9 %), das Jugend- oder Sozialamt (9,1 %) oder ein Allgemeinmediziner (7,7 %). Alle anderen Arten veranlassender Personen oder Institutionen sind mit relativen Häufigkeiten unter 5 % dokumentiert. In 210 (1,3 %) aller Fälle ist ausschließlich der Patient selber als Hauptveranlasser der SPV-Behandlung dokumentiert. 191 (91 %) dieser Patienten sind 14 Jahre oder älter, 179 (85,2 %) mindestens 15 Jahre alt, insofern erscheint diese Zahl beobachteter Fälle nachvollziehbar.

In fast neun von zehn Fällen (84,7 %) aller Fälle kommt der erste Arztkontakt entweder durch die Eltern oder den Patienten zustande. Hierbei bestehen Altersunterschiede. So erhöht sich der Anteil der, auf Veranlassung der Eltern oder Patienten selber zustande gekommenen Kontakte leicht von 82,7 % aller Patienten unter 6 Jahren auf 87,5 % aller 15-jährigen oder älteren Patienten (Tabelle 3).

Alter (Jahre)	< 6		6–9		10–14		≥15		zusammen	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
Veranlasser										
Eltern/Patient selbst	81,5	83,4	85,3	84,7	87,0	85,7	87,9	86,8	86,4	85,2
Vorschuleinrichtung /Schule	28,2	34,7	35,5	44,0	26,5	34,6	11,6	19,5	25,4	37,0
Beratungsstelle	5,0	4,8	3,6	4,9	4,2	4,5	3,2	4,3	3,8	4,7
Jugendamt / Sozialamt	7,7	5,4	7,4	6,9	10,1	9,9	12,1	16,3	9,7	9,0
Sozialpädiatrisches Zentrum	1,5	1,3	0,9	1,4	0,4	0,8	0,1	0,9	0,5	1,1
Kinder- und Jugendmediziner	32,9	37,4	36,1	38,5	27,5	29,5	14,2	15,6	27,0	32,4
Allgemeinmediziner	3,7	3,3	3,6	4,5	8,7	7,1	17,6	17,3	9,2	6,8

Alter (Jahre)	< 6		6–9		10–14		≥15		zusammen	
Geschlecht	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
Facharzt	2,5	2,1	3,6	3,6	4,8	4,7	5,7	5,9	4,5	4,2
Klinik	2,0	1,1	1,0	1,2	2,7	2,0	6,6	5,3	3,2	1,9
Institutsambulanz /Tagesklinik KJpp	0,7	0,2	0,6	0,8	1,1	1,6	1,1	1,6	0,9	1,2

Tabelle 3: Veranlasser des Arztkontaktes nach Alter und Geschlecht

Facharzt: ärztlicher, psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut, anderer; Klinik: KJPP-Krankenhaus, Kinderklinik, sonstige; alle Angaben in % der Altersgruppe für jeweils ein Geschlecht; bei Veranlasser Mehrfachangaben möglich

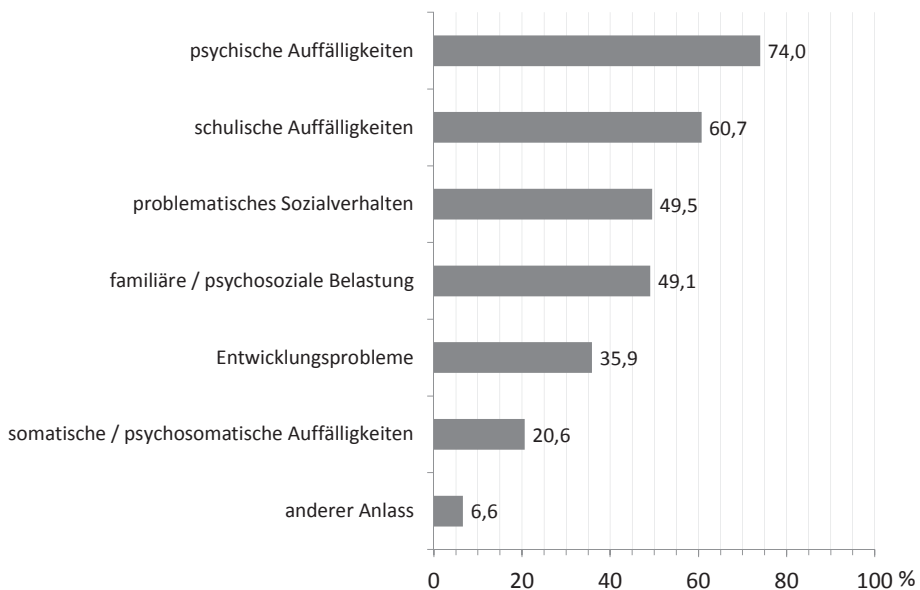


Abbildung 5: Behandlungsanlässe: 16.344 Patienten; Mehrfachangaben möglich

Noch deutlichere Zunahmen zeigen sich mit dem Alter bei den durch Jugend-/Sozialämter sowie durch Allgemeinmediziner, Fachärzte oder Kliniken veranlassten Kontakten, während die Raten der durch eine Vorschuleinrichtung / Schule oder Kinder- und Jugendmediziner ausgelösten Kontakte mit dem Alter der Patienten sinkt. Auffällig ist auch die um fast 12 % höhere Quote der durch schulische Einrichtungen veranlassten Kontakte bei Jungen. Etwas über ein Viertel (28,5 %) der Erstkontakte erfolgte mit einer Überweisung. Alters- und Geschlechtsunterschiede sind für die Überweisungshäufigkeit von geringer Bedeutung.

Als häufigste Behandlungsanlässe werden psychische bzw. schulische Auffälligkeiten, ein problematisches Sozialverhalten oder eine familiäre / psychosoziale Belastung genannt (Abbildung 5).

Entwicklungsprobleme oder somatische / psychosomatische Auffälligkeiten werden dagegen etwas seltener angegeben. Die Behandlungsanlässe unterscheiden sich ausgeprägt nach Alter und Geschlecht der Patienten (Tabelle 4).

Alter (Jahre)	< 6		6–9		10–14		≥15		zusammen	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
Geschlecht										
Behandlungsanlass										
Entwicklungsprobleme	61,8	71,0	42,4	49,8	25,8	32,0	11,7	21,4	29,3	41,1
problematisches Sozialverhalten	49,6	66,2	38,6	61,7	37,3	57,3	32,9	47,8	37,3	58,8
familiäre / psychosoziale Belastung	47,4	47,6	47,1	45,0	54,7	49,0	57,6	52,9	52,7	47,6
somatische / psychosomatische Auffällig.	19,5	14,0	17,5	12,2	28,1	18,0	41,0	25,3	27,7	16,0
psychische Auffälligkeiten	65,1	63,1	68,9	70,8	78,4	74,7	87,1	84,8	77,0	73,3
schulische Auffälligkeiten	3,0	3,2	60,8	69,7	59,0	76,0	44,4	66,0	52,3	67,5

Tabelle 4: Behandlungsanlass nach Alter und Geschlecht. Alle Angaben in % der Altersgruppe für jeweils ein Geschlecht; beim Behandlungsanlass Mehrfachangaben möglich

Jungen sind deutlich häufiger als Mädchen aufgrund von Entwicklungsproblemen, eines problematischen Sozialverhaltens oder wegen schulischer Auffälligkeiten in Behandlung, während bei Mädchen eine familiäre / psychosoziale Belastung, somatische oder psychische Auffälligkeiten häufiger als

bei Jungen Anlass der Behandlung sind. Starke Unterschiede lassen sich im Altersquerschnitt erkennen. So nehmen psychische Auffälligkeiten als Behandlungsanlass von 63,8 % bei den unter 6-Jährigen auf 86,3 % bei den 15-Jährigen und älteren zu. Auch wächst mit dem Alter der Patienten der Anteil derjenigen, die aufgrund einer familiären Belastung in Behandlung sind, derjenige mit somatischen Auffälligkeiten verdoppelt sich annähernd. Entwicklungsprobleme, ein problematisches Sozialverhalten oder schulische Auffälligkeiten werden bei älteren Kindern und Jugendlichen seltener als Behandlungsanlass angegeben.

Bei 21,1 % der Patienten hat bereits vor der SPV-Behandlung eine ambulante psychiatrische Behandlung stattgefunden, bei 6,4 % eine stationäre. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt $17,2 \pm 17,7$ Monate (stationär: $2,9 \pm 4,4$ Monate). Die Durchschnittszahlen verweisen hier auf sehr heterogene Behandlungszeiträume – die Standardabweichungen sind in beiden Fällen höher als die Mittelwerte. Nachfolgend wird deshalb dargestellt, wie häufig unterschiedlich lange Behandlungszeiten dokumentiert wurden.

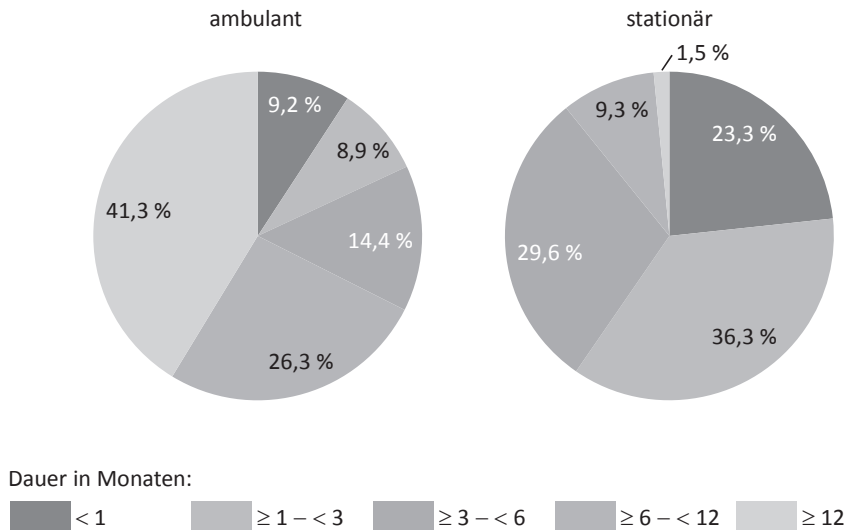


Abbildung 6: Dauer einer früheren psychiatrischen Behandlung. Ambulante (stationäre) Behandlung in der Vorgeschichte dokumentiert und valide Angaben zum Zeitraum: 3.442 (1.047) Patienten

Hierbei ist festzustellen, dass mehr als zwei Drittel aller Patienten, für die eine entsprechende Vorbehandlung dokumentiert ist, bereits seit mindestens einem halben Jahr ambulant psychiatrisch behandelt werden (Abbildung 6).

Lediglich etwa ein Zehntel der vorbehandelten Patienten befindet sich erst seit weniger als einem Monat in ambulanter Behandlung. Patienten, bei denen bereits eine stationäre Betreuung in der Vorgeschichte erfolgt ist, waren in sieben von zehn Fällen über einen Zeitraum zwischen einem Monat und weniger als sechs Monaten in stationärer Behandlung. Es existiert allerdings innerhalb der SPV-Population auch eine kleine Subgruppe von Patienten, die mindestens sechs Monate in einer Klinik verbracht haben. Dies ist etwa ein Zehntel derjenigen mit dokumentierter stationärer Behandlung in der Vorgeschichte.

Eine Unterteilung nach Alter und Geschlecht offenbart, dass sich etwas häufiger bei Jungen als bei Mädchen eine längere Phase der Vorbehandlung findet (Tabelle 5).

Alter (Jahre)	< 6		6–9		10–14		≥15		zusammen	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
frühere Behandlung										
ambulant: keine	93,8	93,5	87,4	83,8	77,6	69,7	76,4	67,2	81,2	77,0
< 1 Monat	1,0	1,3	1,5	1,6	1,8	1,8	3,5	3,2	2,1	1,8
≥ 1 bis < 12 Monate	4,7	4,1	7,5	9,0	11,7	13,0	12,4	13,6	10,2	10,8
≥ 12 Monate	0,5	1,1	3,6	5,6	8,9	15,5	7,7	16,0	6,5	10,4
stationär: keine	99,8	99,7	98,4	97,3	93,5	92,4	83,4	83,6	92,7	94,1
< 1 Monat	0,0	0,2	0,4	0,4	1,9	1,3	4,8	3,8	2,1	1,1
≥ 1 bis < 3 Monate	0,2	0,2	0,6	1,1	2,3	3,0	5,5	5,2	2,5	2,3
≥ 3 Monate	0,0	0,0	0,6	1,1	2,4	3,3	6,3	7,4	2,7	2,6

Tabelle 5: Dauer einer früheren psychiatrischen Behandlung nach Alter und Geschlecht; alle Angaben in % der Altersgruppe für jeweils ein Geschlecht

Fasst man eine Behandlungsdauer von 1 bis über 12 Monaten (ambulant) bzw. über 3 Monaten (stationär) zusammen, dann ist eine solche bei 16,7 % der Mädchen und 21,2 % der Jungen festgehalten (stationär: 5,2 vs. 4,9 %). Zudem besteht eine positive Korrelation mit dem Alter: je älter die Kinder und Jugendlichen sind, desto höhere Anteile von Fällen mit einer früheren Behandlung liegen vor.

2.3 Patienten, die zwischen 2013 und 2014 aus der SPV-Betreuung ausgeschieden sind

Eine Untergruppe der Patienten stellen jene dar, die zwischen 2013 und 2014 aus der Betreuung in der Praxis, in welcher sie ursprünglich betreut wurden, ausgeschieden sind. Dies sind insgesamt 2.805 Patienten bzw. 17,2 % der Patientenpopulation des Jahres 2013.

Während sich auf der Ebene der mittleren Werte des Alters sowie der Zeit nach der Erstvorstellung und der nach der Diagnosestellung keine bedeutenden Unterschiede zwischen den verbliebenen und ausgeschiedenen Patienten zeigen, offenbart die Unterteilung nach Geschlecht und Alter in einer Altersgruppe eine Abweichung zu der Verteilung innerhalb der Ausgangsgruppe (Tabelle 6).

Alter (Jahre)	< 6		6–9		10–14		≥15		zusammen	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
absolut	55	101	320	698	395	668	318	192	1.088	1.659
%	5,1	6,1	29,4	42,1	36,3	40,3	29,2	11,6	39,6	60,4

Tabelle 6: Alter und Geschlecht ausgeschiedener Patienten nach Altersgruppen: ausgeschiedene Patienten mit gültiger Angabe zu Alter und Geschlecht; Alter: in % der Patienten gleichen Geschlechts, zusammen: in % der Patienten mit gültigen Angaben

So ist vor allem die Gruppe der 15-jährigen und älteren weiblichen Patienten deutlich größer als die Vergleichsgruppe in der Ausgangspopulation (29,2 vs. 25,9 %), die der gleichaltrigen Jungen dagegen nur geringfügig (11,6 vs. 10,2 %, vgl. Tabelle 2).

Aufgrund der Struktur der vorgegebenen SPV-Dokumentation lassen sich Vergleiche zu der Gruppe der ausgeschiedenen Patienten nur auf der Grundlage der Ausgangsdaten durchführen (Kohortenvergleich Gesamtgruppe vs. Ausgeschiedene). Im weiteren Verlauf der Kapitel werden deshalb bestimmte Merkmale ausgeschiedener Patienten genauer untersucht. Im Einzelnen wird dabei geklärt, inwieweit Unterschiede in der Häufigkeit der wichtigsten Hauptdiagnosen und umschriebenen Entwicklungsstörungen sowie bei dem Intelligenzniveau, den abnormen psychosozialen Umständen sowie der Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung vorliegen (Kapitel 3, Befunde). Außerdem wird untersucht, ob die ärztliche oder die Behandlung durch SPV-Mitarbeiter zwischen den ausgeschiedenen und den ursprünglich dokumentierten Patienten bedeutsame Differenzen aufweist (Kapitel 4, Behandlung) und ob die Behandlung hinsichtlich ihres Erfolgs unterschiedlich bewertet wird (Kapitel 5, Bewertung der Behandlung).

2.4 Patienten in der SPV-Evaluation 2013 im Vergleich zu früheren Studien

Gegenüber einem Anteil von 51,3 % männlicher gesetzlich Krankenversicherter in der Gesamtbevölkerung im Alter unter 20 Jahren sind mit 58,6 % männliche Patienten innerhalb der SPV-Patienten-gruppe leicht überrepräsentiert. Dieses Verhältnis entspricht jedoch dem in früheren Erhebungen. So lag der Anteil männlicher Patienten in der SPV-Evaluation 2005 bei 70,5 % und in der kjp-Qualitätsstudie 2006 bei 63,3 %. Höhere Raten für Jungen wurden auch in der Kurpfalzerhebung (Ihle et al., 2000) und der BELLA-Studie (Ravens-Sieberer et al., 2007) gefunden. In einer neueren Studie zur Lebenszeitprävalenz affektiver Störungen im Jugendalter (Petermann et al., 2012) lag der Anteil männlicher Kinder und Jugendlicher bei 53,3 %. Eine höhere Rate an Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten wurde für Jungen auch bereits im Vorschulalter beobachtet (Tröster & Reincke, 2007).

Mit einem mittleren Alter von 10,5 Jahren sind die SPV-Patienten jünger als die in der früheren Evaluation (11,1) und deutlich älter als die in der kjp-Studie (9). Die Aufteilung nach Altersgruppen offenbart noch ausgeprägtere Altersunterschiede zwischen diesen drei Kollektiven:

Alter (Jahre)	SPV ₂₀₁₃	SPV ₂₀₀₅	kjp ₂₀₀₆
< 6	7,3	2,3	13,2
6 – 9	37,0	28,8	48,8
10 – 14	39,1	55,1	30,0
≥15	16,4	13,9	8,0
Patienten:	16.344	10.604	1.029

Es fällt auf, dass der früheren SPV-Evaluation die Daten von deutlich weniger Kindern im Alter bis zu 9 Jahren, aber auch von weniger Jugendlichen im Alter ab 15 Jahren zugrunde liegen. Das kjp-Kollektiv setzt sich dagegen zu fast zwei Dritteln aus Patienten im Alter bis zu 9 Jahren zusammen, während dort ältere Jugendliche nur in sehr eingeschränktem Umfang repräsentiert sind.

Hauptveranlasser und die wichtigsten Behandlungsanlässe lassen sich nur in einem sehr geringen Umfang mit den früheren Befunden vergleichen, da deren Erhebung anders erfolgte. So wird aus der früheren SPV-Evaluation berichtet, dass in 67,9 % aller Fälle die Eltern die Behandlung veranlasst hätten. In der Evaluation von 2013 wird mit 81,8 % ein höherer Wert erreicht. Fast dieselbe Rate zeigt sich dagegen bei der Häufigkeit, mit der eine Schule die Behandlung veranlasst hat. Während dies früher in 31,5 % aller Fälle erfolgte, trifft dies 2013 auf 32 % aller Fälle zu.

Größere Ähnlichkeiten bestehen zwischen der früheren und der SPV-Evaluation 2013 auf der Ebene der Behandlungsanlässe. So dominieren früher wie 2013 die psychiatrischen / psychischen (76,7 vs. 74 %) sowie schulischen Auffälligkeiten (55 vs. 60,7 %). Während auch ein problematisches Sozialverhalten (52,1 vs. 49,5 %) zu beiden Zeitpunkten etwa gleich häufig Anlass der Behandlung ist, werden Entwicklungsprobleme (59,2 vs. 35,9 %) 2013 seltener angegeben.

3. Befunde

Die Diagnostik erfolgt im Rahmen der SPV auf der Grundlage des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters (MAS, vgl. Knölker, Mattejat & Schulte-Markwort, 2007; Remschmidt (Hg.), 2011; Steinhausen, 2010). Hierbei wird die Erkrankung auf der Basis der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 (WHO, 2013) bzw. deren

deutscher Version ICD-10-GM (DIMDI, 2013) auf sechs Stufen bzw. Achsen differenziert beschrieben. Neben der Kategorisierung des psychiatrischen Syndroms (Achse 1) erfolgt eine Angabe zu parallel vorliegenden, umschriebenen Entwicklungsstörungen (Achse 2), eine Bewertung des Intelligenzniveaus (Achse 3), die Nennung einer möglicherweise zusätzlich vorliegenden körperlichen Symptomatik (Achse 4), die Beschreibung eventuell koexistierender abnormer psychosozialer Umstände (Achse 5) sowie eine Beurteilung des psychosozialen Anpassungsgrades des Patienten (Achse 6). Die nachfolgenden Befunddarstellungen orientieren sich an dieser Aufteilung.

3.1 Klinisch-psychiatrisches Syndrom

Bei 89,8 % der Patienten erfolgte zusätzlich zur ärztlichen Diagnose auch eine Psychodiagnostik durch einen SPV-Mitarbeiter in der Praxis. Insgesamt liegt für nahezu alle Patienten (97 %) eine Hauptdiagnose vor. Als die drei Diagnosen mit der größten Häufigkeit erweisen sich hyperkinetische Störungen (F90.-), emotionale Störungen des Kindesalters (F93.-) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-) (Abbildung 7).

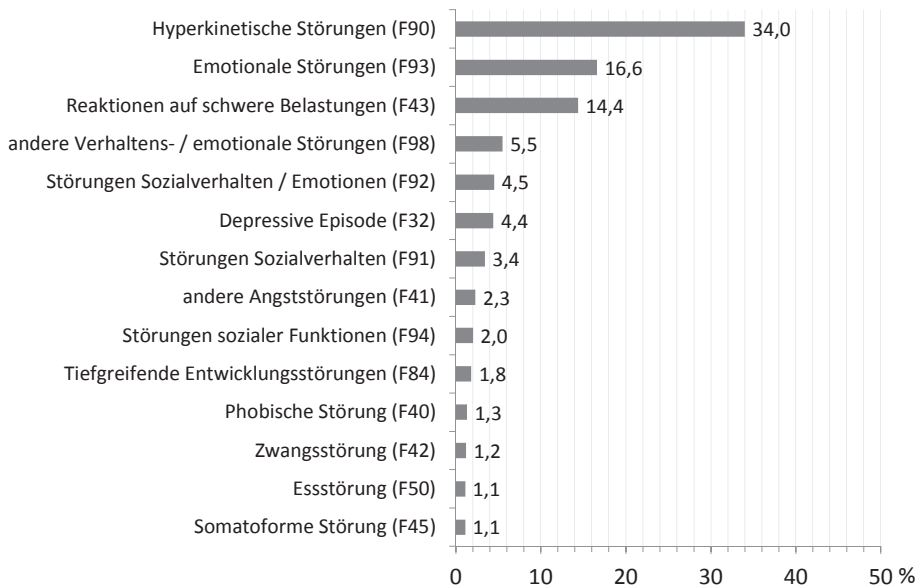


Abbildung 7: Die 14 häufigsten Hauptdiagnosen: 16.344 Patienten

Alter (Jahre)	< 6		6–9		10–14		≥ 15		zusammen	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
Hauptdiagnose										
F32, depressive Episode	0,3	0,4	0,5	0,4	5,4	2,3	23,2	14,2	8,1	2,5
F40, phobische Störung	0,0	0,2	0,6	0,3	1,9	1,1	4,1	4,1	1,9	1,0
F41, andere Angststörungen	1,1	0,9	1,5	0,6	3,7	1,8	7,2	5,2	3,8	1,5
F42, Zwangsstörung	0,9	0,0	0,7	0,3	1,8	1,6	1,9	2,9	1,5	1,1
F43, Reaktionen auf schwere Belastungen	22,8	15,9	16,7	9,7	20,9	12,4	25,1	15,0	20,8	11,7
F45, somatoforme Störung	0,0	0,4	0,7	0,2	2,4	0,9	3,3	1,5	2,0	0,6
F50, Essstörung	0,3	0,0	0,1	0,1	2,1	0,2	6,9	1,3	2,6	0,2
F84, tiefgreifende Entwicklungsstörungen	1,4	5,0	0,6	2,4	0,6	2,5	0,6	4,7	0,6	2,8
F90, hyperkinetische Störungen	10,3	24,2	35,7	54,0	20,3	46,5	6,5	30,9	20,9	46,8
F91, Störungen des Sozialverhaltens	5,1	8,4	2,9	4,8	3,1	3,1	1,2	3,7	2,7	4,2
F92, Störungen des Sozialver., Emotionen	1,7	5,4	2,5	4,1	4,8	6,5	5,5	5,2	4,1	5,3
F93, emotionale Störungen	34,8	25,2	25,3	15,1	25,4	14,3	11,3	6,6	22,3	14,6
F94, Störungen sozialer Funktionen	12,0	5,7	3,2	2,1	2,3	1,1	0,8	0,9	2,8	1,8
F98, andere Verhaltens., emot. Störungen	9,4	8,4	8,9	6,0	5,2	5,8	2,5	3,9	5,9	5,8

Tabelle 7: Die 14 häufigsten Hauptdiagnosen nach Alter und Geschlecht (alle Angaben in % der Altersgruppe für jeweils ein Geschlecht)

Insgesamt beschreiben die drei häufigsten Hauptdiagnosen bereits über zwei Drittel (67 %) aller Fälle. Die zehn häufigsten Hauptdiagnosen decken 91,6 % aller Fälle ab. Unter Einschluss aller 14 Hauptdiagnosen, die mit einer Häufigkeit von 1 % oder darüber dokumentiert sind, werden praktisch alle SPV-Fälle (96,4 %) beschrieben. Danach werden nur noch relative Häufigkeiten in der Größenordnung von 0,5 % oder darunter beobachtet. In den weiteren Abschnitten dieses Berichts werden die zentralen Ergebnisse zusätzlich zu der Unterteilung nach Alter und Geschlecht auch spezifisch für die 14 häufigsten Hauptdiagnosen dargestellt. Eine Liste sämtlicher Hauptdiagnosen in

den Oberkategorien der ICD-10-Kodierung findet sich im Anhang dieses Berichtes (Abschnitt 9.1).

Wie vor dem Hintergrund von Literaturbefunden zu erwarten, existieren zum Teil beträchtliche Differenzen der relativen Diagnosehäufigkeit in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der Patienten (Tabelle 7).

So sind hyperkinetische Störungen mehr als doppelt so häufig bei Jungen wie bei Mädchen nachgewiesen. Auf der anderen Seite leiden Mädchen deutlich häufiger an Belastungsreaktionen oder emotionalen Störungen. Ebenfalls häufiger unter Mädchen sind auch depressive Episoden und andere Angststörungen. Auch eine Reihe der selteneren Diagnosen werden zum Teil deutlich häufiger bei Mädchen als bei Jungen gestellt, zum Beispiel die einer phobischen, einer somatoformen oder einer Essstörung. Bei Jungen zeigt sich dagegen zusätzlich vor allem eine höhere Häufigkeit von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens, gegebenenfalls kombiniert mit emotionalen Störungen.

Im Altersquerschnitt der SPV-Population sind große Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit nachweisbar. So nimmt der Anteil von Patienten mit depressiven Episoden von weniger als 1 % im Alter unter 6 Jahren im Alter ab 15 Jahren auf über 23 % bei Mädchen bzw. 14 % bei Jungen zu. Ebenfalls markante Altersanstiege sind bei einer phobischen, einer somatoformen, einer Zwangs- und einer Essstörung sowie bei anderen Angststörungen zu erkennen. Reaktionen auf schwere Belastungen (beide Geschlechter) und tiefgreifende Entwicklungsstörungen (nur bei Jungen) werden sowohl bei den jüngsten wie den ältesten Patienten gehäuft dokumentiert. Hyperkinetische Störungen treten am häufigsten mit knapp 36 % bei Mädchen und 54 % bei Jungen in der Altersgruppe der 6- bis 9-jährigen Patienten auf, also in der Zeit des Übergangs in die Schule. Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen, Störungen sozialer Funktionen sowie andere Verhaltens- und emotionale Störungen sind mit wachsendem Alter der Patienten deutlich seltener nachgewiesen.

Je nach Störungsbild unterscheidet sich das Ausmaß, mit dem das Strukturmerkmal einer internen Kooperation mit anderen Berufsgruppen genannt wird. Insbesondere eine Essstörung scheint ein hohes Maß an Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in einer SPV-Praxis zu erfordern (Tabelle 8).

Hauptdiagnose	Berufsgruppe							Anzahl
	KJpp	KJmed	NeuPs	Psycho	Sozial	HeilTh	sonstig	
F32 depressive Episode	50,6	8,4	8,3	88,0	77,2	69,2	49,5	4,5
F40 phobische Störung	58,1	14,3	11,9	90,0	84,8	70,0	42,9	4,8
F41 andere Angststörungen	50,5	9,9	10,2	88,2	79,1	73,8	46,5	4,6
F42 Zwangsstrg.	58,2	7,4	11,6	86,2	79,4	72,0	48,1	4,6
F43 Belastungsreaktionen	55,9	9,6	12,8	86,1	80,6	76,1	48,1	4,7
F45 somatoforme Störung	37,4	7,8	8,9	86,6	75,4	70,9	49,7	4,3
F50 Essstörungen	58,8	9,9	15,4	92,3	83,0	75,8	56,6	5,1
F84 tief. Entwicklungsstrg.	41,9	13,9	9,1	85,1	77,0	74,3	43,2	4,4
F90 hyperkinetische Störungen	48,9	11,3	11,8	85,8	79,1	73,4	49,9	4,6
F91 gestörtes Sozialverhalten	43,6	11,1	8,2	78,6	75,9	67,3	43,4	4,2
F92 gestörtes Sozialv., Emotio.	49,0	8,3	11,2	84,4	76,0	73,4	45,6	4,6
F93 emotionale Störungen	51,8	9,6	8,9	87,5	80,7	73,2	45,5	4,6
F94 gestörte soziale Funktionen	53,6	9,6	7,2	85,0	80,8	70,7	48,2	4,5
F98 andere Verh., emot. Störung	49,7	10,9	10,4	82,9	76,3	75,6	47,7	4,6

Tabelle 8: Hauptdiagnosen nach Strukturmerkmal Kooperation innerhalb der Praxis: alle Angaben bis auf Anzahl in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose; KJpp: Kinder- und Jugendpsychiater / -psychotherapeut, KJmed: Kinder- und Jugendmediziner, NeuPs: Facharzt für Nervenheilkunde oder Psychiater und Psychotherapeut, Psycho: (Dipl.) Psychologin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder psychologischer Psychotherapeut, Sozial: (Dipl.) Sozialpädagoge oder -arbeiter, HeilTh: (Dipl.) Heilpädagogin oder Ergo- oder Physiotherapeut oder Logopäde, sonstig: sonstige, Anzahl: mittlere Anzahl der in den Strukturmerkmalen angegebenen internen Kooperationspartner.

Je nach Störungsbild unterscheidet sich das Ausmaß, mit dem das Strukturmerkmal einer internen Kooperation mit anderen Berufsgruppen genannt wird. Insbesondere eine Essstörung scheint ein hohes Maß an Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in einer SPV-Praxis zu erfordern (Tabelle 8).

Bei den meisten dieser Patienten (92,3 %) mit dieser vergleichsweise seltenen Hauptdiagnose wird eine interne Kooperation mit einem Psychologen, einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder einem psychologischen Psychotherapeuten angegeben. Auch hinsichtlich der Zusammenarbeit mit einem weiteren Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten sowie einem Neurologen oder Psychiater werden hier die maximalen Werte einer internen Kooperation beobachtet.

Mit Psychologen wird häufig auch bei Patienten mit depressiven Episoden, phobischen oder anderen Angststörungen sowie emotionalen Störungen kooperiert. Mit Sozialpädagogen oder -arbeitern erfolgt dies neben Patienten mit Essstörungen vor allem bei solchen mit phobischen Störungen. Heilpädagogen oder andere spezialisierte Therapeuten (Ergo-, Physiotherapeut, Logopäde) sind am häufigsten im Kontext der Diagnose einer Reaktion auf schwere Belastungen angegeben. Ein hohes Ausmaß interner Kooperation mit einem weiteren Kinder- und Jugendpsychiater / -psychotherapeuten ist auch bei der Diagnose einer phobischen oder Zwangsstörung nachweisbar. Mit einem Kinder- und Jugendmediziner wird am häufigsten bei Patienten mit phobischen oder tiefgreifenden Entwicklungsstörungen kooperiert. Die im Durchschnitt höchste, in den Strukturmerkmalen genannte Anzahl interner Kooperationspartner findet sich folgerichtig bei der Diagnose einer Essstörung, die niedrigste bei der eines gestörten Sozialverhaltens.

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich bei der Untersuchung des Ausmaßes, mit dem das Strukturmerkmal einer externen Kooperation mit anderen Berufsgruppen genannt wird. Auch hier wird vor allem bei Patienten mit einer Essstörung oft die höchste Rate einer Zusammenarbeit mit externen Berufsgruppen protokolliert (Tabelle 9).

Hauptdiagnose	Berufsgruppe									
	KJpp	KJmed	NeuPs	Psycho	Sozial	HeilTh	LehErz	Institu	sonstig	N
F32 depressive Episode	85,4	95,4	82,5	95,4	88,1	97,8	97,9	98,1	65,4	16,9
F40 phobische Störung	82,4	96,7	77,1	94,3	86,2	98,1	98,1	98,1	68,6	16,4
F41 andere Angststörungen	85,0	96,5	82,4	92,8	84,8	97,9	98,1	98,1	68,2	16,7
F42 Zwangsstörung	86,2	93,1	83,6	91,0	83,6	94,7	93,7	94,7	61,9	16,4
F43 Belastungsreakt.	86,8	95,4	81,1	92,1	86,6	96,9	96,3	96,2	72,6	16,8
F45 somatoforme Strg.	81,0	94,4	73,2	91,6	83,2	95,0	95,5	95,5	65,4	15,8
F50 Essstörung	87,4	98,4	86,8	95,1	85,7	97,8	98,9	98,4	68,7	17,0
F84 tief. Entwicklungsstrg.	82,8	93,9	75,3	92,6	87,5	95,6	95,6	95,9	63,2	16,2
F90 hyperkinetische Strg.	87,1	94,8	80,9	94,2	88,0	97,3	97,0	97,2	70,4	16,9
F91 gestörtes Sozialverhalten	79,3	93,3	73,1	86,6	79,5	94,2	95,6	94,7	61,5	15,7
F92 gestörtes Sozialv., Emot.	82,8	94,4	71,4	87,6	83,2	95,2	94,7	96,2	63,0	15,7
F93 emotionale Störungen	87,5	96,1	81,2	93,6	86,4	97,0	97,0	97,0	70,3	16,7
F94 gestörte soz. Funkt.	88,9	95,8	82,0	94,6	87,1	97,3	97,6	97,6	72,5	17,0
F98 andere Verh., emot. Strg.	83,2	94,5	81,0	91,4	85,2	95,7	95,7	95,7	72,7	16,4

Tabelle 9: Hauptdiagnosen nach Strukturmerkmal Kooperation außerhalb der Praxis: alle Angaben bis auf Anzahl in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose; KJpp: Kinder- und Jugendpsychiater / -psychotherapeut, KJmed: Kinder- und Jugendmediziner, NeuPs: Facharzt für Nervenheilkunde oder Psychiater und Psychotherapeut, Psycho: (Dipl.) Psychologe oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder psychologischer Psychotherapeut, Sozial: (Dipl.) Sozialpädagoge oder -arbeiter, HeilTh: (Dipl.) Heilpädagoge oder Ergo- oder Physiotherapeut oder Logopäde, LehErz: Lehrer oder Vorschuleinrichtung oder Erzieher, Institu: Beratungsstelle oder Jugend- oder Sozialamt oder Justiz/Polizei, sonstig: sonstige, Anzahl: mittlere Anzahl der in den Strukturmerkmalen angegebenen externen Kooperationspartner

Ebenso finden sich sehr hohe Raten einer externen Kooperation der SPV-Praxis bei den Diagnosen depressive Episode, phobische Störung und andere Angststörungen. Die vergleichsweise niedrigsten Raten für das Praxismerkmal externe Kooperation sind – analog zu der internen Kooperation – bei der Diagnose eines gestörten Sozialverhaltens festzustellen. Insgesamt bewegen sich jedoch die Raten des Strukturmerkmals einer externen Kooperation auf einem sehr hohen Niveau – im Mittel wird eine Anzahl von 16,7 Kooperationspartnern angegeben. Die hier gefundenen Unterschiede weisen deshalb vermutlich lediglich auf leicht divergente Präferenzen bei der Beschreibung des Strukturmerkmals der externen Kooperation hin, mit einer nur schwachen Abhängigkeit von der jeweiligen psychiatrischen Hauptdiagnose.

Zwischen den Diagnosen bestehen darüber hinaus Unterschiede in der Dauer einer früheren ambulanten oder stationären Behandlung (Tabelle 10).

Hauptdiagnose	ambulant (Monate)				stationär (Monate)			
	keine	< 1	≥ 1 – < 12	≥ 12	keine	< 1	≥ 1 – < 3	≥ 3
F32, depressive Episode	75,9	3,7	12,1	8,3	81,5	6,1	5,7	6,8
F40, phobische Störung	79,0	1,0	13,3	6,7	88,6	2,9	4,3	4,3
F41, andere Angststörungen	82,4	2,9	8,3	6,4	91,4	2,7	2,7	3,2
F42, Zwangsstörung	73,0	2,1	15,3	9,5	89,4	3,2	3,2	4,2
F43, Belastungsreaktionen	84,1	1,8	9,2	4,9	95,8	1,6	1,2	1,4
F45, somatoforme Störung	86,6	1,7	8,4	3,4	94,4	2,8	0,6	2,2
F50, Essstörung	75,8	3,3	12,6	8,2	74,2	4,4	6,0	15,4
F84, tief. Entwicklungsstörungen	56,8	3,0	18,6	21,6	85,5	2,7	4,4	7,4
F90, hyperkinetische Störungen	73,1	1,8	11,8	13,4	94,5	1,0	2,1	2,4
F91, gestörtes Sozialverhalten	81,9	2,4	9,6	6,2	93,6	1,1	3,4	1,8
F92, gestörtes Sozialv., Emotio.	77,8	2,6	12,6	7,1	88,7	1,9	5,3	4,1
F93, emotionale Störungen	85,8	1,3	8,6	4,3	97,2	0,5	1,2	1,1
F94, gestörte soziale Funktionen	70,7	3,3	12,3	13,8	91,3	1,8	2,4	4,5
F98, andere Verh., emot. Störung	82,4	1,5	9,1	7,0	97,8	0,7	0,8	0,8

Tabelle 10: Hauptdiagnosen nach Dauer einer früheren Behandlung: alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose

Patienten mit den Diagnosen tiefgreifender Entwicklungsstörungen, hyperkinetischer Störungen, gestörter sozialer Funktionen oder einer Zwangsstörung wurden deutlich häufiger über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bereits ambulant behandelt. Eine vergleichsweise lange frühere stationäre Behandlung von mindestens 3 Monaten findet sich besonders häufig bei Patienten mit der Diagnose einer Essstörung.

Insgesamt existiert zu fast der Hälfte (49 %) aller SPV-Fälle eine Nebendiagnose. Die Haupt- und die Nebendiagnosen verhalten sich annähernd komplementär zueinander. Als die häufigsten Nebendiagnosen wurden emotionale Störungen (F93.-), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-), andere Verhaltens- und emotionale Störungen (F98.-), hyperkinetische Störungen (F90.-) und Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.-) angegeben (Abbildung 8).

Damit spiegeln die fünf häufigsten Nebendiagnosen exakt die fünf häufigsten Hauptdiagnosen wider, wenn auch in anderer Häufigkeitsabfolge. Allerdings ist die Häufigkeit einzelner Nebendiagnosen, bezogen auf die Gesamtheit aller Patienten, sehr viel geringer als die der Hauptdiagnosen. So beschreiben die fünf häufigsten Nebendiagnosen lediglich knapp über ein Drittel (34,8 %) aller Fälle.

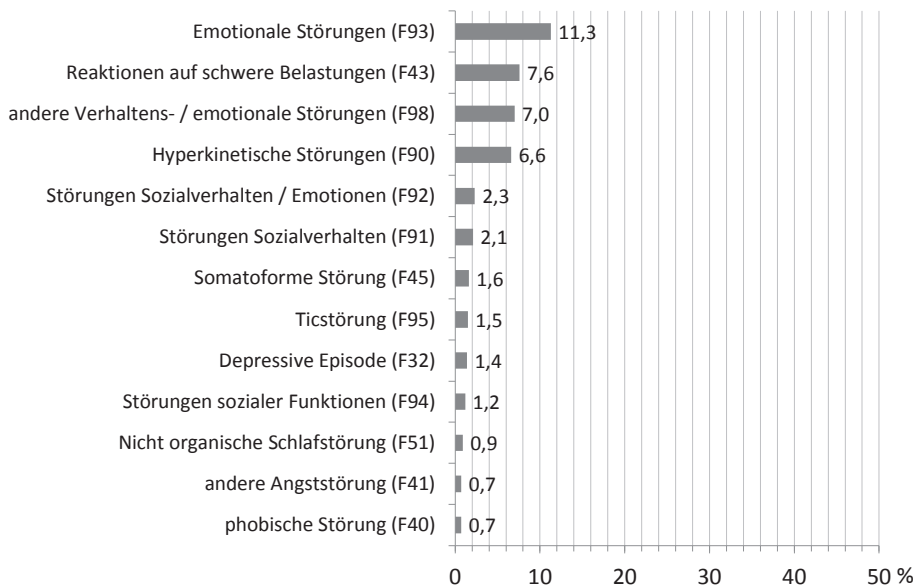


Abbildung 8: Die 13 häufigsten Nebendiagnosen: Nebendiagnose 1 und 2 zusammengefasst ausgewertet; 16.344 Patienten, Patienten mit einer Nebendiagnose: 8.011

Unter Einschluss aller 13 Nebendiagnosen, die mindestens bei 100 Patienten dokumentiert sind, werden 44,9 % aller Fälle beschrieben. Eine Liste sämtlicher Nebendiagnosen in den Oberkategorien der ICD-10-Kodierung findet sich im Anhang dieses Berichtes (Abschnitt 9.2).

Eine Untersuchung der Fälle, in denen eine der 14 häufigsten Hauptdiagnosen gestellt wurde, bestätigt die Dominanz der führenden Hauptdiagnosen auch bei der Auswahl als Nebendiagnose (Tabelle 11). So zeigen sich die größten Raten für die Nebendiagnosen emotionale Störungen, hyperkinetische Störungen und Reaktionen auf schwere Belastungen. Beispielsweise weisen über 16 % aller Patienten mit der Hauptdiagnose hyperkinetischer Störungen die Nebendiagnose emotionale Störungen auf. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass dies auch zum Teil auf die selteneren Hauptdiagnosen zutrifft. Beispielsweise wurde bei Patienten mit der Hauptdiagnose somatoforme Störung in über 21 % der Fälle die Nebendiagnose emotionale Störungen gestellt, bei Patienten mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen in fast 28 % der Fälle die Nebendiagnose hyperkinetische Störungen.

Hauptdiagnose	Nebendiagnose												
	F32	F40	F41	F43	F45	F51	F90	F91	F92	F93	F94	F95	F98
F32, depressive Epi.	0,0	2,5	1,9	11,0	4,7	1,7	7,6	1,2	1,5	8,6	0,6	1,0	2,5
F40, phobische Stör.	7,1	1,4	2,9	9,0	4,8	1,4	8,6	1,0	0,0	10,5	0,5	2,9	1,9
F41, andere Angstst.	2,4	1,1	0,3	5,6	5,6	2,9	8,3	1,9	1,9	12,3	0,3	1,9	7,2
F42, Zwangsstörung	2,6	2,1	1,6	5,8	2,6	1,1	13,2	0,5	0,0	14,3	1,1	3,7	2,6
F43, Belastungsreak.	2,3	0,6	0,8	1,0	2,5	0,9	10,5	1,7	2,3	8,5	1,6	0,7	7,6
F45, somatoforme S.	3,9	2,8	0,6	14,5	0,0	2,2	3,4	2,2	0,6	21,2	0,0	0,0	3,4
F50, Essstörung	8,8	1,6	1,6	13,7	1,6	1,1	2,7	0,5	1,1	11,5	0,0	0,5	2,2
F84, tief. Entwickl.	2,0	0,3	0,7	1,7	0,7	0,7	27,7	3,4	2,7	8,8	0,7	4,1	6,1
F90, hyperkinet. St.	1,0	0,5	0,5	10,5	0,5	0,6	0,6	2,7	3,6	16,3	1,5	2,4	6,7
F91, gestörtes Sozia.	0,4	0,7	0,0	6,9	0,4	0,7	12,7	1,6	2,7	11,6	2,5	1,3	8,7
F92, gest. Sozial., E.	0,8	0,1	0,3	7,1	1,1	0,7	10,6	1,5	0,1	7,9	2,5	1,0	6,7
F93, emotionale St.	1,0	0,5	0,8	7,2	2,4	1,4	9,8	1,9	0,8	4,3	1,1	1,2	9,9
F94, gestörte soz. F.	0,3	0,0	0,3	6,3	0,6	0,3	15,9	2,7	5,4	20,4	0,9	0,6	11,7
F98, and. Verh., em.	0,7	0,3	0,8	11,9	0,4	0,6	5,3	1,7	1,3	14,3	0,7	1,1	8,6

Tabelle 11: Hauptdiagnosen und die häufigsten Nebendiagnosen: alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose; da hier für die Haupt- und Nebendiagnosen nur die übergeordneten Klassenbezeichnungen der betreffenden Syndrome angegeben sind, können sie sich überschneiden

3.2 Umschriebene Entwicklungsstörungen

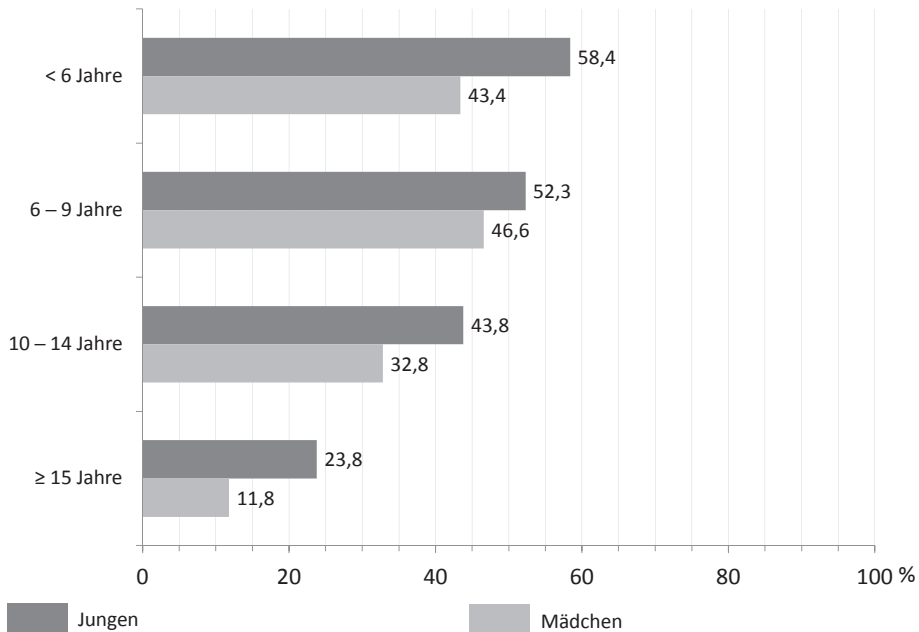


Abbildung 9: Entwicklungsstörungen zusammengefasst nach Alter und Geschlecht: in % der Altersgruppe separat für Mädchen und Jungen, Patienten mit gültigen Angaben (Mädchen / Jungen): 6.584 / 9.569

Umschriebene Entwicklungsstörungen sind bei vier von zehn Patienten (40,2 %) nachgewiesen. Die drei häufigsten Störungen – Störungen der motorischen Funktionen (F82.-) mit 10,6 %, eine Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0) mit 9,2 % und kombinierte Entwicklungsstörungen (F83) mit 6,4 % – sind jeweils bei etwa 0,6 bis einem von zehn Patienten festgehalten. Das Vorliegen einer Entwicklungsstörung erweist sich als abhängig vom Alter und Geschlecht der Patienten (Abbildung 9).

Während im Alter unter 6 Jahren bei knapp sechs von zehn der männlichen und etwas mehr als vier von zehn der weiblichen Patienten eine Entwicklungsstörung vorliegt, sinkt dieser Anteil auf ungefähr ein Viertel unter den Jungen und ein Achtel bei den Mädchen in der Altersgruppe der 15-Jährigen und älteren Patienten. In allen hier betrachteten Altersgruppen liegt zudem die Häufigkeit einer Entwicklungsstörung bei Jungen deutlich über der bei Mädchen.

Hauptdiagnose	Entwicklungsstörungen						
	F80.0	F80.1	F81.0	F81.2	F81.9	F82.-	F83
F32, depressive Episode	0,4	1,2	3,0	1,5	1,4	2,5	1,1
F40, phobische Störung	1,9	1,4	3,3	1,9	4,3	3,8	0,0
F41, andere Angststörungen	2,1	2,4	4,8	4,8	1,9	5,6	3,2
F42, Zwangsstörung	0,5	1,1	3,2	2,6	0,0	4,8	2,1
F43, Belastungsreaktionen	2,5	3,1	9,4	2,9	2,5	6,4	4,0
F45, somatoforme Störung	1,1	1,1	3,4	1,1	2,2	5,0	0,6
F50, Essstörung	0,0	0,5	1,1	1,6	0,0	0,0	1,6
F84, tief. Entwicklungsstörungen	6,4	11,8	3,0	2,0	2,7	25,0	15,5
F90, hyperkinetische Störungen	3,7	4,9	12,8	4,1	4,4	13,8	7,2
F91, gestörtes Sozialverhalten	3,8	4,7	5,3	1,3	3,3	8,2	6,4
F92, gestörtes Sozialv., Emotio.	2,5	2,3	5,7	1,9	3,0	9,3	7,0
F93, emotionale Störungen	2,7	3,4	8,5	4,0	2,5	11,3	5,5
F94, gestörte soziale Funktionen	4,2	10,8	4,5	1,8	3,3	19,8	15,3
F98, andere Verh., emot. Störung	2,9	3,4	13,3	5,0	4,4	11,3	6,3

Tabelle 12: Hauptdiagnosen und die häufigsten Entwicklungsstörungen: alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose; F80.0: Artikulationsstörung, F80.1: expressive Sprachstörung, F81.0: Lese-Rechtschreibstörung, F81.2: Rechenstörung, F81.9: Störung schulischer Fertigkeiten ohne nähere Angaben, F82.-: Störung der motorischen Funktionen, F83: kombinierte Entwicklungsstörungen; bei Entwicklungsstörungen Mehrfachangaben möglich

Im Folgenden werden jene sieben Entwicklungsstörungen genauer untersucht, die jeweils bei wenigstens 3 % aller Patienten aufgeführt sind. Es zeigt sich, dass bei Patienten mit den Hauptdiagnosen tiefgreifende Entwicklungsstörungen, hyperkinetische Störungen, gestörte soziale Funktionen und andere Verhaltens- oder emotionale Störungen die höchsten Raten an Entwicklungsstörungen beobachtet werden (Tabelle 12). Zum Beispiel liegt bei 25 % der Patienten mit der Hauptdiagnose tiefgreifender Entwicklungsstörungen ebenfalls eine Störung motorischer Funktionen und bei etwa 16 % dieser Patienten eine kombinierte Entwicklungsstörung vor. Knapp 13 % der Patienten mit einer hyperkinetischen Störung weisen zusätzlich eine Lese-Rechtschreibstörung und fast 14 % eine Störung der motorischen Funktionen auf. Etwa 20 % der Patienten mit gestörten sozialen Funktionen leiden auch

unter einer Störung der motorischen Funktionen und 15 % unter kombinierten Entwicklungsstörungen.

3.3 Intelligenzniveau

Von 91,4 % der Patienten liegt eine Einstufung der Intelligenz vor. Bei ungefähr drei Vierteln (77,3 %) der Patienten ist ein durchschnittlicher Intelligenzquotient zu erkennen, ca. 12 % weisen eine unter- und etwa 11 % eine überdurchschnittliche Intelligenz auf (Abbildung 10).

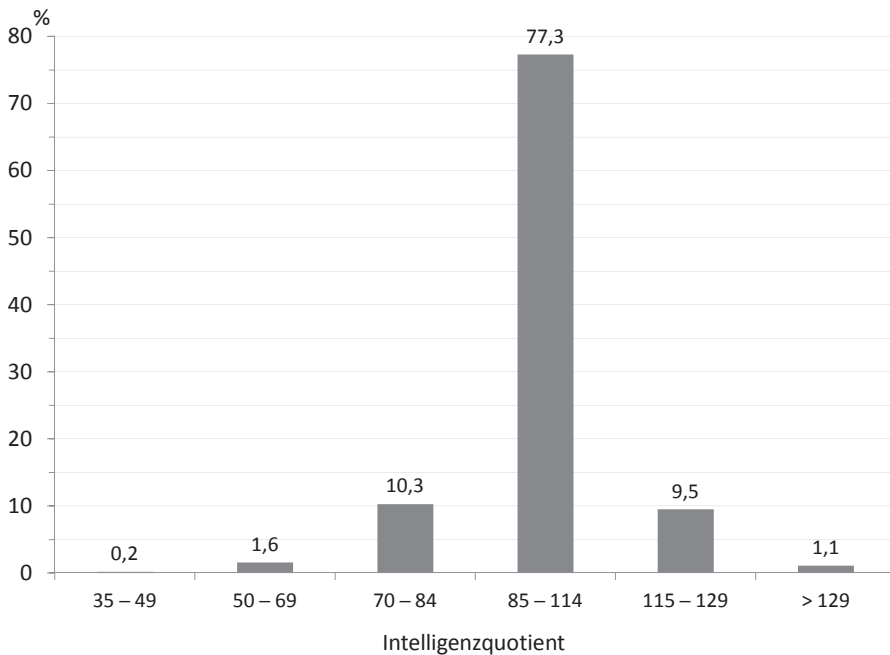


Abbildung 10: Verteilung der IQ-Gruppierung: 14.935 Patienten mit Angabe zur Höhe des IQ, davon 5 Patienten mit schwerer Intelligenzminderung (IQ \leq 34)

Die Höhe des Intelligenzniveaus erweist sich als abhängig von der jeweiligen Hauptdiagnose (Abbildung 11). So erreichen nur etwa 4 % der Patienten mit gestörten sozialen Funktionen einen IQ von 115 oder höher, dagegen weist fast ein Viertel (23 %) dieser Patienten einen IQ von 84 oder niedriger auf.

Auf der anderen Seite hat ein Fünftel der Patienten mit einer Essstörung einen über- und weniger als 2 % haben einen unterdurchschnittlichen IQ.

Normalerweise verhalten sich die beiden Anteile von Patienten mit über- und unterdurchschnittlichen IQ-Werten umgekehrt proportional zu einander: je nach Syndrom findet sich entweder ein hoher Anteil von Patienten mit über- und ein geringer Anteil mit unterdurchschnittlicher Intelligenz bzw. das Gegenteil ist der Fall. Zwei Ausnahmen hiervon lassen sich jedoch feststellen. So weisen Patienten mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung häufig einen über- und sehr häufig auch einen unterdurchschnittlichen IQ-Wert auf. Zudem existiert nur ein sehr geringer Anteil phobisch gestörter Patienten mit einem unterdurchschnittlichen IQ. Darüber hinaus erscheint auch die Bestimmung des IQ diagnoseabhängig zu sein. So fehlt eine Angabe zum IQ bei nur knapp 2 % der Patienten mit hyperkinetischen Störungen, jedoch bei 12 % oder mehr der Patienten mit einer depressiven Episode oder Reaktionen auf schwere Belastungen.

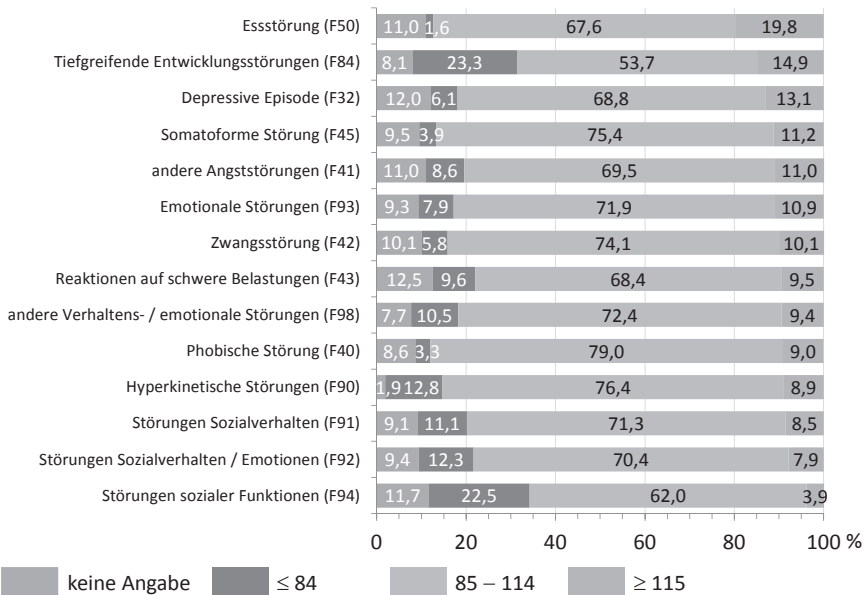


Abbildung 11: Hauptdiagnosen und IQ-Gruppierung: 15.280 Patienten mit einer der aufgeführten Hauptdiagnosen

3.4 Körperliche Symptomatik

Für eine Teilgruppe von 15,7 % der Patienten liegt zusätzlich zu der klinisch-psychiatrischen Diagnose auch eine Diagnose der körperlichen Symptomatik vor. Darüber hinaus wurde bei 3,1 % aller Patienten noch eine zweite und bei 0,8 % eine dritte Diagnose zu einer begleitenden körperlichen Symptomatik gestellt. Körperliche Symptome sind häufig sehr spezifische Erkrankungen, die im Gesamtkollektiv der SPV-Patienten oft nur in wenigen Einzelfällen kodiert wurden. Deshalb wurden im Folgenden verschiedene Oberkategorien zu Gruppen zusammengefasst.

An erster Stelle steht hier Übergewicht, das bei 2,3 % aller SPV-Patienten bzw. 14,7 % aller SPV-Patienten mit einer körperlichen Symptomatik vorliegt (Abbildung 12). An zweiter Stelle folgt ein Schmerzsyndrom (Migräne, sonstige Kopfschmerzsyndrome, Bauch- und Beckenschmerz, Kopfschmerz) und an dritter Erkrankungen der Atemwege (vasomotorische und allergische Rhinopathie, Asthma bronchiale). Vergleichsweise häufig werden zudem eine Sehstörung, eine Epilepsie, ein atopisches Ekzem, Diabetes mellitus Typ 1 oder eine sonstige endokrine Störung diagnostiziert. Die nachfolgenden Symptome sind bei weniger als 80 bzw. 0,5 % aller Patienten nachgewiesen.

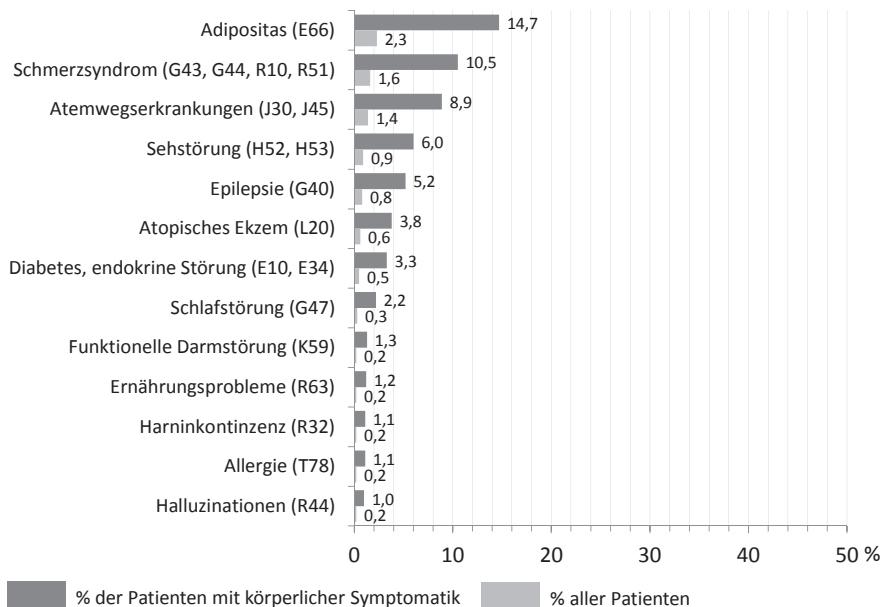


Abbildung 12: Die 13 häufigsten Diagnosegruppen einer körperlichen Symptomatik: alle Patienten: 16.344, Patienten mit körperlicher Symptomatik: 2.560; Häufigkeit aller weiteren Diagnosen in der Gesamtgruppe < 0,15 %

Auf den ersten Blick mag eine Aufteilung der ohnehin seltenen körperlichen Symptome nach Alter und Geschlecht der Patienten wenig interessant erscheinen. Allerdings ermöglicht sie, einige kleinere Unterschiede innerhalb der hier untersuchten Gruppe aufzudecken (Tabelle 13). So lässt sich eine Zunahme der körperlichen Symptome mit dem Alter erkennen, was vor allem auf die deutlich höheren Raten an Adipositas oder Schmerzsyndromen sowie anderer, hier nicht weiter spezifizierter Syndrome unter den Patienten im Alter ab 15 Jahren zurückzuführen ist. Eine Adipositas oder Schmerzsyndrome treten zudem häufiger bei weiblichen als bei männlichen Patienten auf, Erkrankungen der Atemwege sind dagegen bei männlichen Patienten etwas häufiger zu beobachten.

	Alter (Jahre)								zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥15			
Diagnosegruppe	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
E10, E34, Diabetes, endokrine Störung	0,7	0,3	0,3	0,4	0,7	0,6	0,5	0,7	0,5	0,5
E66, Adipositas	0,0	0,2	1,9	1,4	3,4	2,5	3,8	3,5	2,8	2,0
G40, Epilepsie	1,7	0,8	0,6	0,8	1,1	0,7	0,8	1,1	0,9	0,8
G43, G44, R10, R51, Schmerzsyndrom	0,2	0,2	1,1	0,6	2,3	1,9	3,7	2,8	2,2	1,3
G47, Schlafstörung	0,5	0,3	0,6	0,2	0,5	0,3	0,2	0,6	0,4	0,3
H52, H53, Sehstörung	0,7	0,6	1,3	1,0	0,6	1,4	0,4	0,7	0,7	1,1
K59, funktionelle Darmstörung	1,2	0,6	0,4	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1
J30, J45, Atemwegserkrankungen	0,5	1,8	1,0	1,3	1,0	2,2	1,2	1,6	1,0	1,7
L20, atopisches Ekzem	1,0	1,3	0,9	0,5	0,6	0,5	0,5	0,3	0,7	0,5
R32, Harninkontinenz	0,0	0,5	0,3	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2
R44, Halluzinationen	0,5	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2
R63, Ernährungsprobleme	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,0	0,5	0,3	0,3	0,1
T78, Allergie	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
alle anderen körperlichen Symptome	6,0	6,5	5,2	6,0	6,1	5,0	9,6	9,5	6,7	6,0
keine körperliche Symptomatik	86,8	86,6	86,4	86,9	82,9	84,3	78,5	78,6	83,0	85,0

Tabelle 13: Diagnosegruppen einer körperlichen Symptomatik nach Alter und Geschlecht: alle Angaben in % der Altersgruppe für jeweils ein Geschlecht

Die Zusammenhänge der psychiatrischen Hauptdiagnosen mit den einzelnen Diagnosegruppen einer körperlichen Symptomatik sind nur sehr schwach ausgeprägt (Tabelle 14).

Hauptdiagnose	Körperliche Symptomatik														
	E10-E34	E66	G40	G43, G44, R10, R51	G47	H52, H53	K59	J30 J45	L20	R32	R44	R63	T78	andere	keine
F32, dep. Ep.	0,4	4,4	0,4	3,3	0,8	0,6	0,3	2,2	0,6	0,0	0,0	0,7	0,1	10,1	76,1
F40, pho.S.	0,5	4,3	1,0	3,8	0,0	0,5	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	6,7	80,5
F41, an.Ang.	0,5	1,3	1,1	2,7	0,3	1,1	0,5	2,1	0,3	0,5	0,0	0,3	0,3	7,2	81,8
F42, Zwang.	0,0	2,1	1,1	0,5	0,0	0,0	0,0	2,6	2,6	0,0	0,0	0,0	0,5	5,3	85,2
F43, Belast.	0,7	2,6	0,9	1,9	0,4	0,8	0,1	1,1	0,6	0,1	0,0	0,0	0,2	6,5	84,0
F45, som.S.	0,6	1,1	1,7	14,0	1,1	0,6	1,1	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,4	64,8
F50, Ess.	1,6	4,9	0,5	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	3,8	0,0	9,3	76,9
F84, tief. En.	2,0	2,4	2,4	0,3	0,0	0,3	0,3	1,4	0,3	0,3	0,0	1,0	0,0	7,8	81,4
F90, hyp.S.	0,4	1,9	0,8	1,0	0,4	1,4	0,1	1,7	0,7	0,2	0,2	0,1	0,2	5,7	85,3
F91, ge.Soz.	0,2	1,6	0,9	1,3	0,2	0,5	0,4	1,1	0,4	0,2	0,0	0,0	0,2	5,8	87,3
F92, geSoE.	0,1	3,7	0,7	1,0	0,7	0,5	0,1	0,8	0,5	0,1	0,0	0,3	0,1	4,2	87,0
F93, emo.S.	0,4	2,4	0,6	1,3	0,2	0,5	0,3	1,2	0,6	0,0	0,1	0,1	0,1	4,9	87,2
F94, ge.sof.	0,9	0,9	0,9	0,3	0,0	1,2	0,6	0,3	0,9	0,0	0,3	0,0	0,3	8,4	85,0
F98, an-VerE.	0,9	1,8	0,4	1,1	0,2	1,3	0,6	1,9	0,4	0,7	0,4	0,0	0,1	4,9	85,1

Tabelle 14: Hauptdiagnosen und Diagnosengruppen einer körperlichen Symptomatik. Alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose, ICD-Kodes der körperlichen Symptomatik siehe Tab. 12

Die höchste Rate findet sich bei Patienten mit einer somatoformen Störung, von denen 14 % auch ein Schmerzsyndrom aufweisen. Patienten mit dieser Hauptdiagnose haben auch die höchste Rate einer körperlichen Symptomatik

insgesamt. Darüber hinaus zeigen sich bei Patienten mit einer depressiven Episode, einer phobischen oder einer Essstörung Raten über 4 % für eine begleitende Adipositas-Symptomatik. Knapp 4 % der Patienten mit einer phobischen Störung leiden auch an einem Schmerzsyndrom.

3.5 Assoziierte abnorme psychosoziale Umstände

Als häufigster abnormer psychosozialer Umstand wird in den vorliegenden Dokumentationen bei gut der Hälfte aller Patienten eine inadäquate intrafamiliäre Kommunikation genannt (Abbildung 13). Gleichfalls annähernd die Hälfte der Patienten gilt auch als chronisch belastet durch Schule oder Arbeit. Bei mehr als vier von zehn Patienten bestehen außerdem abnorme intrafamiliäre Beziehungen und bei jeweils etwa einem Drittel der Patienten werden psychische Störungen in der Familie, abnorme Erziehungsbedingungen oder akute belastende Lebensereignisse konstatiert.

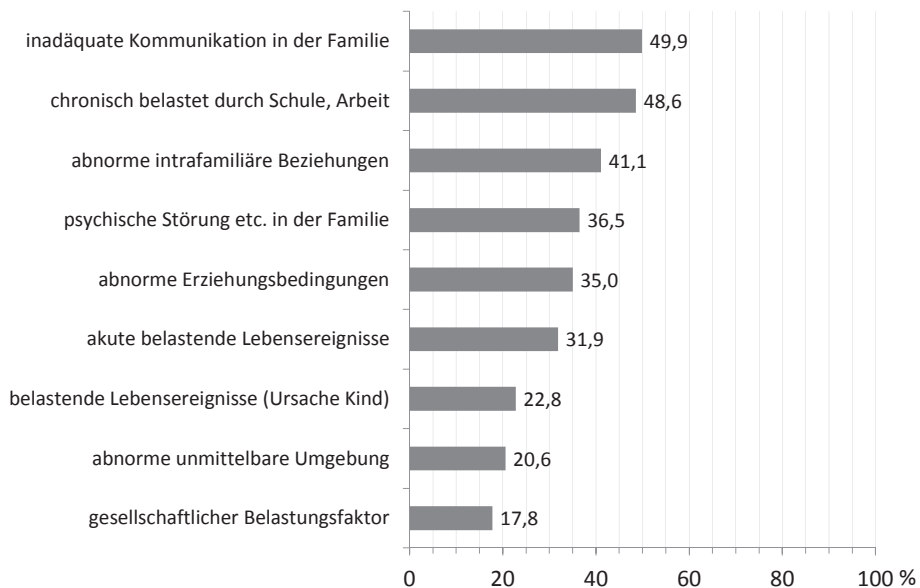


Abbildung 13: Häufigkeit assoziierter abnormer psychosozialer Umstände. 16.344 Patienten; Mehrfachangaben möglich

Für alle möglichen Varianten abnormer psychosozialer Umstände, die dokumentiert werden können, liegt das Ausmaß der Ausprägung „unbekannt“ inklusive nicht gemachter Angaben bei durchschnittlich 6 %. Am häufigsten ist

das Ausmaß einer psychischen Störung in der Familie unbekannt, hier ist für 8,3 % aller Patienten keine Einstufung erfolgt.

Auch für die Raten abnormer psychosozialer Umstände lassen sich ausgeprägte Alters- und Geschlechtsabhängigkeiten nachweisen (Tabelle 15).

	Alter (Jahre)								zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥15			
Psychozialer Umstand	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
abnorme intrafamiliäre Beziehungen	47,1	38,5	37,1	35,5	47,3	39,9	51,9	47,6	45,4	38,7
psychische Störung etc. in der Familie	40,4	32,0	35,7	31,8	41,5	35,9	45,1	38,8	40,6	34,2
inadäquate intrafamiliäre Kommunikation	52,4	51,6	44,2	45,4	53,6	49,3	63,4	54,9	53,2	48,4
abnorme Erziehungsbedingungen	39,4	39,2	31,1	33,6	37,3	34,7	38,5	39,2	35,9	35,0
abnorme unmittelbare Umgebung	21,9	18,9	20,5	17,2	21,4	20,7	26,0	27,5	22,4	19,8
akute belastende Lebensereignisse	37,9	30,9	31,9	26,1	36,9	29,0	45,5	32,9	37,7	28,3
gesellschaftlicher Belastungsfaktor	17,2	18,0	17,4	16,4	16,8	17,9	21,5	22,6	18,2	17,8
chronisch belastet durch Schule, Arbeit	11,7	14,5	42,6	51,1	49,1	57,7	48,6	56,6	44,7	52,0
belastende Lebensereignisse (Kind)	22,2	20,9	17,1	23,4	20,1	26,1	22,9	30,1	20,0	25,0

Tabelle 15: Abnorme psychosoziale Umstände nach Alter und Geschlecht: Häufigkeit der Kategorie „zutreffend“, alle Angaben in % der Altersgruppe für jeweils ein Geschlecht; bei Umständen Mehrfachangaben möglich

Mädchen sind hiervon bis auf zwei Ausnahmen (chronisch belastet durch Schule oder Arbeit, belastet durch Lebensereignisse infolge der eigenen Verhaltensstörung) stärker betroffen als Jungen. Darüber hinaus steigt die Häufigkeit der dokumentierten abnormen psychosozialen Umstände fast durchgängig mit dem Alter der Kinder- und Jugendlichen.

Hauptdiagnose	psychosozialer Umstand								
	Fam Bezieh	Fam psych	Fam Komm	Abnor Erzieh	Abnor Umge	Belast Leben	Belast Gesell	Belast Schule	Belast Kind
F32, depressive Episode	52,1	45,7	65,2	37,4	26,1	44,0	17,2	50,3	22,5
F40, phobische Störung	31,9	39,0	41,4	25,2	13,3	28,1	18,6	52,4	18,6
F41, andere Angststörungen	43,6	41,4	50,3	34,5	21,1	34,2	17,9	48,4	16,6
F42, Zwangsstörung	28,0	38,6	47,6	23,3	19,0	27,5	12,2	31,7	22,2
F43, Belastungsreaktionen	53,0	45,1	58,4	41,4	30,0	55,3	21,0	41,2	18,4
F45, somatoforme Störung	39,7	38,0	46,9	27,9	16,2	35,8	16,8	47,5	17,9
F50, Essstörung	42,9	30,8	58,8	24,7	15,9	35,7	15,4	30,8	21,4
F84, tief. Entwicklungsstörungen	30,1	32,4	35,8	25,0	16,2	18,2	22,0	57,1	47,3
F90, hyperkinetische Störungen	34,4	31,7	44,0	32,7	18,1	21,3	16,9	58,4	25,4
F91, gestörtes Sozialverhalten	53,0	38,7	64,8	48,5	20,5	30,5	19,6	45,4	27,4
F92, gestörtes Sozialv., Emotio.	62,3	48,8	71,5	52,4	31,5	39,4	20,9	52,3	30,8
F93, emotionale Störungen	39,4	34,4	48,4	32,7	16,8	32,9	16,5	42,0	17,4
F94, gestörte soziale Funktionen	68,9	65,0	68,0	65,0	37,4	44,9	25,1	41,9	39,2
F98, andere Verh., emot. Störung	30,2	28,5	42,8	25,7	15,4	22,8	14,9	45,4	19,8

Tabelle 16: Hauptdiagnosen und abnorme psychosoziale Umstände: Häufigkeit der Kategorie „zutreffend“, alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose; Abkürzungen siehe Tab. 14; bei Umständen Mehrfachangaben möglich

So wird bspw. eine inadäquate familiäre Kommunikation bei etwas über der Hälfte (52,4 %) der Mädchen unter 6 Jahren, jedoch bei fast zwei Dritteln (63,4 %) der 15-jährigen und älteren Mädchen angegeben. Lediglich abnorme Erziehungsbedingungen treten in den beiden Altersrandgruppen gleich häufig auf und für belastende Lebensereignisse infolge der eigenen Verhaltensstörung zeigt sich ein Altersanstieg nur bei Jungen.

Für einzelne Hauptdiagnosen lassen sich sehr hohe Raten abnormer psychosozialer Umstände beobachten (Tabelle 16). Zum Beispiel wird bei zwei Dritteln bis zu fast drei Vierteln aller Patienten mit einer depressiven Episode, einem gestörten Sozialverhalten, einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen oder gestörten sozialen Funktionen das Vorliegen einer inadäquaten Kommunikation innerhalb der Familie konstatiert. In gleichem Ausmaß sind Patienten mit einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen oder gestörten sozialen Funktionen auch von abnormen Beziehungen innerhalb der Familie betroffen. Bei ungefähr sechs von zehn Patienten mit einer hyperkinetischen Störung sind Belastungen im Zusammenhang mit der Schule nachweisbar.

3.6 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

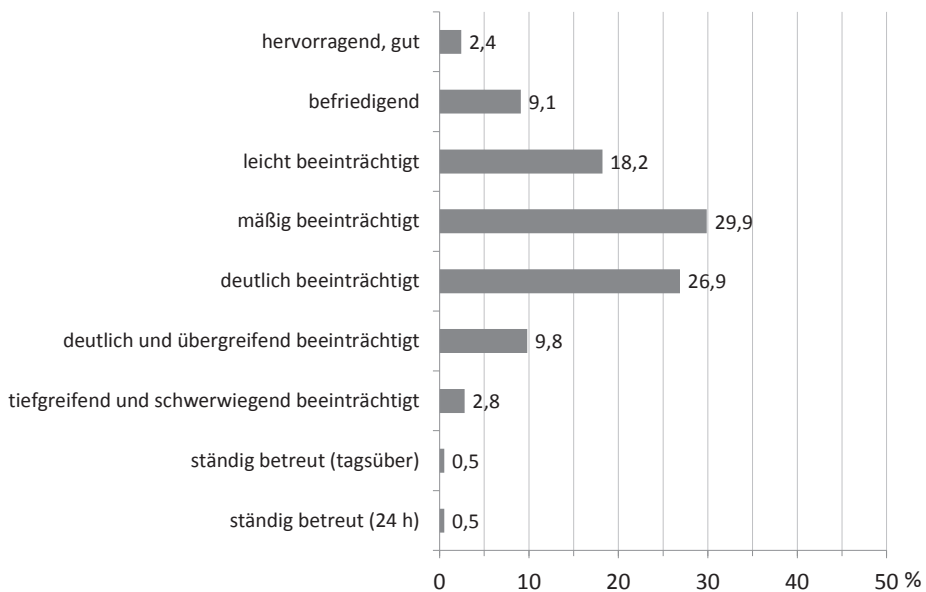


Abbildung 14: Ausmaß der psychosozialen Anpassung: 16.106 Patienten mit einer Angabe zur Qualität der psychosozialen Anpassung

Zusätzlich zur Bewertung der psychosozialen Umstände, unter denen die Patienten momentan leben, erfolgt im Rahmen der SPV auch eine Einschätzung des Ausmaßes der psychosozialen Anpassung. Hier zeigt sich, dass weniger

als ein Achtel der Patienten als gut oder befriedigend angepasst gelten, jedoch vier von zehn als mindestens deutlich beeinträchtigt (Abbildung 14).

Bei fast 4 % wird sogar eine tiefgreifende und schwerwiegende Beeinträchtigung bis hin zu einem Betreuungsbedarf festgestellt.

Im Gegensatz zu der Häufigkeit abnormer psychosozialer Umstände, die in der Regel häufiger bei Mädchen als bei Jungen dokumentiert sind (siehe oben), finden sich bei Jungen höhere Grade einer beeinträchtigten psychosozialen Anpassung (Abbildung 15).

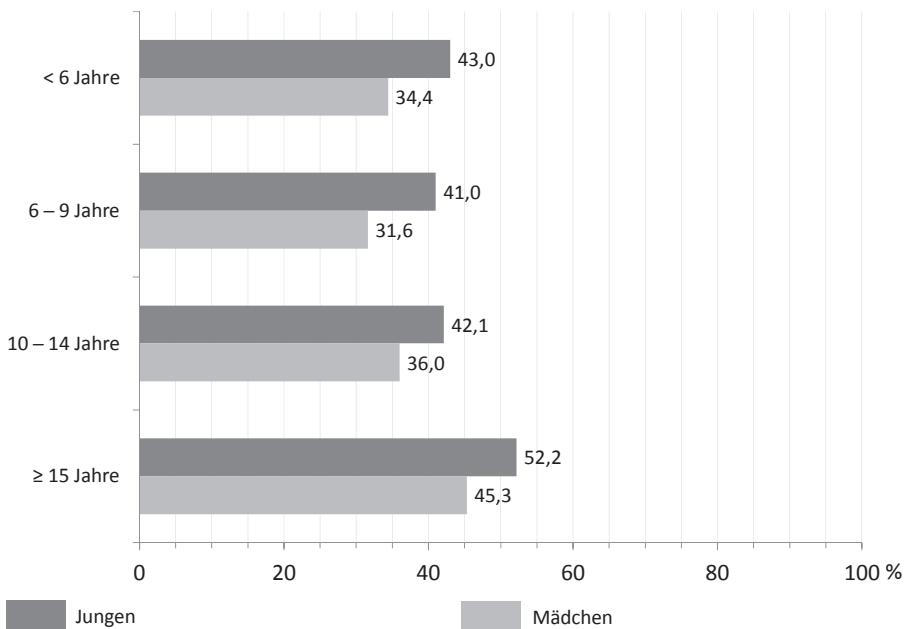


Abbildung 15: Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung nach Alter und Geschlecht: Häufigkeit der Ausprägungen „deutliche soziale Beeinträchtigung“ und stärker; in % der Altersgruppe separat für Mädchen und Jungen, Patienten mit gültigen Angaben (Mädchen / Jungen): 6.550 / 9.516

Insgesamt wird bei 37 % aller Mädchen und 42,7 % aller Jungen eine deutliche bis sehr schwere Beeinträchtigung ihrer psychosozialen Anpassung festgestellt. Mit dem Alter der Patienten steigt das Ausmaß der Anpassungsbeeinträchtigung. In der Gruppe der 15-Jährigen und Älteren gelten über die

Hälfte aller Jungen und über vier von zehn Mädchen als mindestens deutlich beeinträchtigt.

Zwischen den einzelnen Hauptdiagnosen und dem vorliegenden Grad psychosozialer Anpassung bestehen sehr starke Zusammenhänge (Abbildung 16).

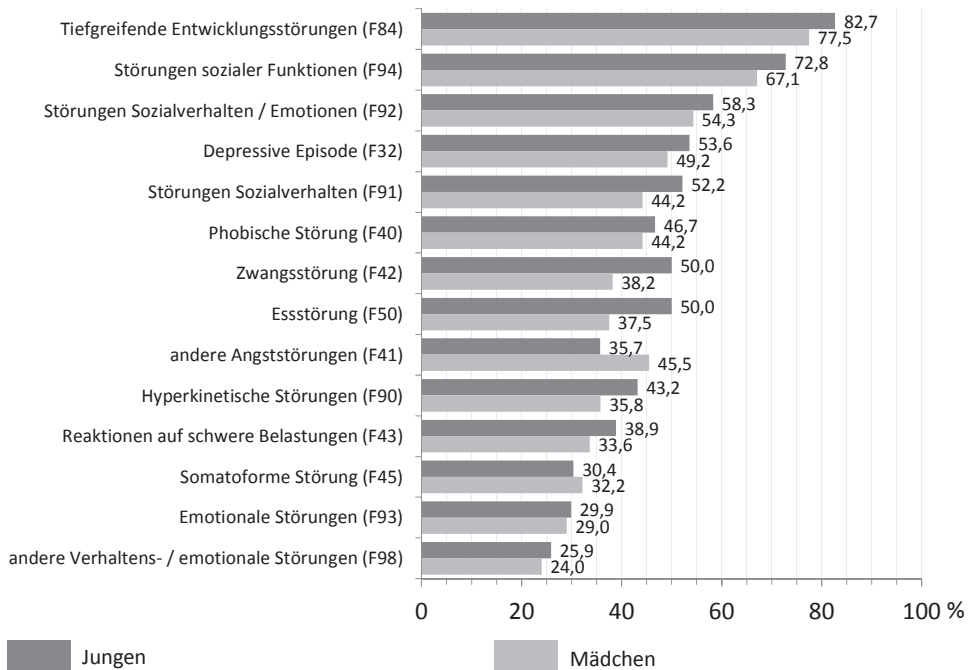


Abbildung 16: Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung nach Diagnose und Geschlecht: Häufigkeit der Ausprägungen „deutliche soziale Beeinträchtigung“ und stärker; in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose separat für Mädchen und Jungen, Patienten mit gültigen Angaben (Mädchen / Jungen): 6.161 / 9.038

Das höchste Ausmaß an Beeinträchtigung besteht bei Patienten mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, hier sind mehr als acht von zehn Jungen und über drei Viertel aller Mädchen hinsichtlich der psychosozialen Anpassung mindestens deutlich beeinträchtigt. Dies ist allerdings, ähnlich wie bei der starken Beeinträchtigung bei Patienten mit gestörten sozialen Funktionen, in besonderer Weise ein Merkmal der betreffenden Erkrankungsbilder. Wesentlich weniger beeinträchtigt im Hinblick auf ihre psychosoziale Anpassung sind dagegen zum Beispiel Patienten mit einer Ess- oder Zwangsstörung, hyperkinetischen Störungen sowie somatoformen oder emotionalen Störungen.

3.7 Befunde bei den ausgeschiedenen Patienten

Für die 14 häufigsten Hauptdiagnosen lassen sich nur geringfügige Unterschiede zwischen den ausgeschiedenen Teilnehmern und der Gesamtgruppe 2013 feststellen (Abbildung 17).

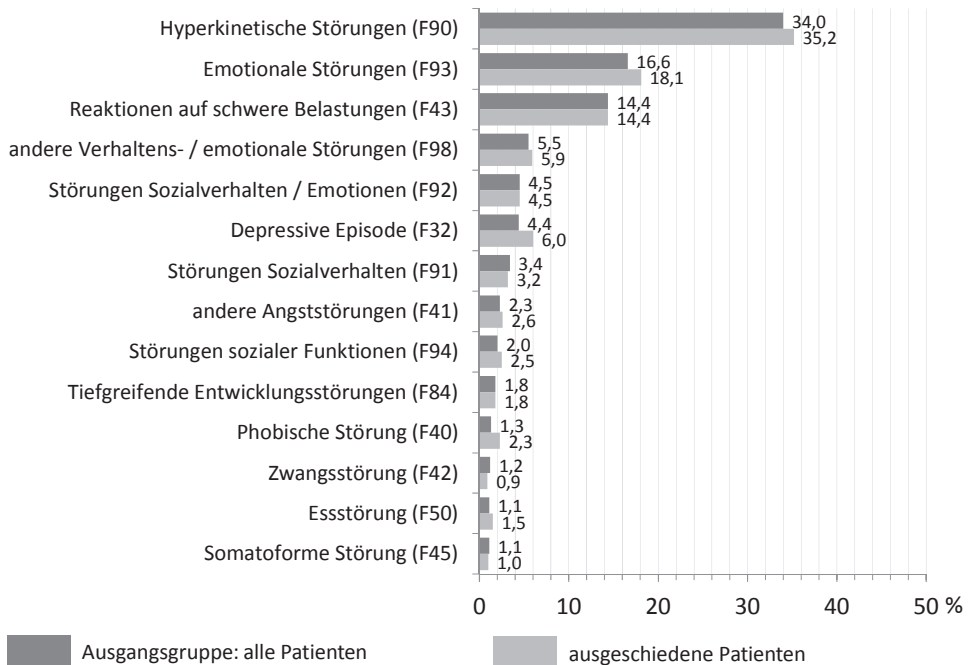


Abbildung 17: Die 14 häufigsten Hauptdiagnosen in der Ausgangsgruppe und bei ausgeschiedenen Patienten: alle Patienten / ausgeschiedene Patienten: 16.344 / 2.805

So weisen die ausgeschiedenen Patienten etwas häufiger die Diagnosen einer hyperkinetischen (F90) oder emotionalen Störung (F93) auf. Auch eine depressive Episode (F32) oder eine phobische Störung (F40) sind unter den ausgeschiedenen Patienten geringfügig häufiger diagnostiziert worden.

In Bezug auf umschriebene Entwicklungsstörungen zeigt sich nur bei den Störungen der Motorik ein nennenswerter Unterschied in der relativen Häufigkeit zwischen den beiden Patientengruppen (Gesamtgruppe: 10,6 %, Ausgeschiedene: 9,5 %). Hinsichtlich des Intelligenzniveaus fällt lediglich ein etwas höherer Anteil mit einer fehlenden Angabe zum IQ unter den Ausgeschiedenen auf (8,6 vs. 9,8 %).

Der zuletzt genannte Befund, dass unter ausgeschiedenen Patienten eine entsprechende Angabe fehlt, zieht sich auch systematisch durch die Ergebnisse zur Bewertung abnormer psychosozialer Umstände (Tabelle 17). Die Häufigkeit, mit der hier Angaben zu den einzelnen Kriterien fehlen, ist unter ausgeschiedenen Patienten teilweise fast doppelt so groß.

Psychosozialer Umstand	Gesamtgruppe			Ausgeschiedene		
	zu	unb	kA	zu	unb	kA
abnorme intrafamiliäre Beziehungen	41,1	53,8	5,1	41,6	50,6	7,8
psychische Störung etc. in der Familie	36,5	55,2	8,3	36,8	50,8	12,4
inadäquate intrafamiliäre Kommunikation	49,9	43,6	6,5	48,7	41,1	10,3
abnorme Erziehungsbedingungen	35,0	59,5	5,5	34,9	56,2	8,9
abnorme unmittelbare Umgebung	20,6	73,2	6,1	20,5	69,9	9,6
akute belastende Lebensereignisse	31,9	62,3	5,9	29,8	61,2	8,9
gesellschaftlicher Belastungsfaktor	17,8	74,5	7,6	18,0	70,3	11,7
chronisch belastet durch Schule, Arbeit	48,6	46,4	5,0	48,0	43,2	8,8
belastende Lebensereignisse (Kind)	22,8	70,5	6,7	24,0	65,0	11,0

Tabelle 17: Häufigkeit abnormer psychosozialer Umstände in der Ausgangsgruppe und bei ausgeschiedenen Patienten. Zu: zutreffend, unb: unbekannt, kA: keine Angabe, alle Angaben in % der jeweiligen Gruppe; Mehrfachangaben möglich

Ausgeschiedene Patienten weisen keinen höheren Grad einer beeinträchtigten psychosozialen Anpassung auf (Gesamtgruppe: 40,4 %, Ausgeschiedene: 40 %, deutlich sozial beeinträchtigt oder stärker).

Zusammengefasst lässt sich somit auf der Grundlage der diagnostischen Befunde kein besonderes Merkmal nennen, das für die aus der SPV-Betreuung ausgeschiedenen Patienten von herausragender Bedeutung ist.

3.8 Diagnostische Befunde bei den Patienten in der SPV-Evaluation 2013 im Vergleich zu früheren Studien

Ein Vergleich der zentralen diagnostischen Merkmale der SPV-Population 2013 mit dem Kollektiv des Jahres 2005 und dem der kjp-Studie von 2006 verweist auf Gemeinsamkeiten ebenso wie auf Abweichungen. Für die sechs Achsen der klinisch-psychiatrischen Diagnostik lassen sich die folgenden Häufigkeiten gegenüberstellen:

	SPV ₂₀₁₃	SPV ₂₀₀₅	kjp ₂₀₀₆
Hauptdiagnose F90	34,0	58,6	35,7
Hauptdiagnose F93	16,6	8,0	16,8
Hauptdiagnose F43	14,4	8,0	14,1
Entwicklungsstörung liegt vor	40,2	57,9	51,3
Intelligenzniveau – überdurchschnittlich	10,6	9,4	7,5
– durchschnittlich	77,3	75,5	77,1
– unterdurchschnittlich	12,1	12,5	15,4
körperliche Symptomatik liegt vor	15,7	33,6	21,7
abnorme psychosoziale Beziehung (maximaler Wert)	49,9	57,0	24,5
psychosoziale Anpassung mind. deutlich beeinträchtigt	40,4	56,8	25,7

Hyperkinetische Störungen, emotionale Störungen und Reaktionen auf schwere Belastungen stellen in allen drei Kollektiven die drei häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen dar. Allerdings unterscheiden sich hierbei die Raten vor allem zwischen der älteren SPV-Evaluation und den beiden anderen Patientenkollektiven. So erfolgte 2005 deutlich häufiger die Diagnose hyperkinetischer Störungen und sehr viel seltener diejenige von emotionalen Störungen oder Belastungsreaktionen. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass 2005 wesentlich mehr Schulkinder in die Erhebung eingeschlossen waren. Die SPV-Evaluation 2013 und die der kjp-Studie kommen hinsichtlich der drei häufigsten Diagnosen dagegen zu fast identischen Ergebnissen.

Aufgrund der höheren Auftretenshäufigkeit von Entwicklungsstörungen – in allen drei Kollektiven sind dies übrigens primär Störungen der Motorik oder Lese-Rechtschreibstörungen – bei jüngeren Patienten wäre hier die höchste Rate im jüngsten der drei Kollektive, also in der *kjp*-Studie zu erwarten. Im Gegenteil ist dies aber der Fall in der Gruppe mit den relativ ältesten Patienten der SPV-Evaluation von 2005. Mit 28,1 % allein für eine Lese-Rechtschreibstörung wurde allein hierfür ein mehr als dreimal so hoher Wert wie in der Evaluation von 2013 (9,2 %) berichtet.

Die drei Studien zeichnen durch vergleichbare Anteile von Patienten mit überdurchschnittlicher, durchschnittlicher und unterdurchschnittlicher Intelligenz aus.

Für das Vorliegen einer körperlichen Symptomatik werden aus beiden Vergleichsstudien höhere Raten berichtet. Dies überrascht vor allem in Bezug auf die *kjp*-Population, hier wäre aufgrund des geringeren Durchschnittsalters eine wesentlich geringere Rate als in der SPV-Evaluation 2013 zu erwarten gewesen. In allen drei Kollektiven ist eine Adipositas vermutlich die häufigste Diagnose einer körperlichen Symptomatik (für das Kollektiv der *kjp*-Patienten wurde die Häufigkeit der Diagnosen E00–E90 nur zusammengefasst angegeben).

Die Zunahme der Häufigkeit einer abnormen psychosozialen Beziehung mit dem Alter der Kinder- und Jugendlichen spiegelt sich sehr gut in den Daten der drei Kollektive wider: hier wird, wie erwartet, die geringste Rate im jüngsten Kollektiv (*kjp*) und die höchste im ältesten (SPV 2005) beobachtet. In beiden SPV-Evaluationen finden sich die maximalen Raten für die Parameter inadäquate Kommunikation innerhalb der Familie bzw. chronische Belastung durch Schule / Arbeit.

Das ebenfalls mit dem Alter der Kinder- und Jugendlichen wachsende Ausmaß, in welchem die psychosoziale Anpassung der Patienten beeinträchtigt ist, findet sich ebenfalls in den Daten aus den Vergleichskollektiven. Auch hier lässt sich das geringste Ausmaß an Beeinträchtigung in der Gruppe mit den jüngsten Patienten (*kjp*) feststellen.

Für die relative Häufigkeit der in der SPV 2013 festgestellten psychiatrischen Diagnosen und deren Alters- sowie Geschlechtsabhängigkeit finden sich außerdem eine Vielzahl von Belegen in der Forschungsliteratur. Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und Angststörungen machen das Gros der Diagnosen im British Child and Adolescent Mental Health Survey aus (zitiert nach Petermann, 2005). In der BELLA-Studie wurden die Prä-

valenzen unter Kindern und Jugendlichen exemplarisch für vier Störungen beschrieben, ausgewählt wurden dabei Ängste, Störungen des Sozialverhaltens, eine Depression und hyperkinetische Störungen (Ravens-Sieberer et al., 2007). Entwicklungsstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen beschreiben den größten Teil der Diagnosen in einer GKV-Population psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher (Lehmkuhl et al., 2009). Analoge Befunde wurden jüngst auch für niederländische Kinder- und Jugendliche im Rahmen der TRAILS-Studie berichtet (Ormel et al., 2014).

Deutlich höhere Raten für internalisierte Störungen bei Mädchen und externalisierte bei Jungen sowie einen Anstieg mit dem Alter konnten Ihle et al. (2002) nachweisen. Höhere Raten insbesondere bei älteren männlichen Kindern und Jugendlichen wurden auch in der BELLA-Studie festgestellt (Ravens-Sieberer et al., 2007; Sauer et al., 2014). Lehmkuhl et al. (2009) weisen in ihrer Untersuchung für psychische und Verhaltensstörungen Raten von 21,1 % für Jungen und 17,4 % für Mädchen aus. In einer Arbeit von Petermann et al. (2012) lag die Prävalenz einer Depression bei 2,5 % für männliche und 3,7 % für weibliche Jugendliche. Annähernd viermal so hoch waren die Raten hyperkinetischer Störungen unter Jungen im Vergleich zu Mädchen in der Untersuchung von Köster et al. (2004). Keine Geschlechtsunterschiede zeigten sich dagegen für die Häufigkeit hyperkinetischer Störungen bei Kindern im Vorschulalter in der Arbeit von Kuschel et al. (2006).

Für hyperkinetische Störungen fanden Köster et al. (2004) die höchste Prävalenz in der Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen (5,8 % für Jungen, 1,4 % für Mädchen). Das Maximum der Diagnosehäufigkeit von Entwicklungsstörungen lag in der Untersuchung von Lehmkuhl et al. (2009) bei Kindern im Alter von 4 bis 6 Jahren, dasjenige von Verhaltens- und emotionalen Störungen bei Kindern im Alter von 7 bis 8 Jahren. Für neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störungen zeigte sich dort ein annähernd linearer Anstieg der Diagnosehäufigkeit bis zum Alter von etwa 15 Jahren und danach eine stärkere Zunahme.

8. Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern, Kassenärztliche Vereinigung Bayern, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern (Hg)* (2005). *Endbericht Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung*. März 2005. München: KVB / MDK Bayern
- DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information* (2013). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification*
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>
- Eschmann S, Weber Häner Y, Steinhausen HC* (2007). Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (4), 270–279
- 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
- Ihle W, Esser G, Schmidt MH, Blanz B* (2000). Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29 (4), 263–275
- Ihle W, Esser G, Schmidt MH, Blanz B* (2002). Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11 (4), 201–211
- Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2013). *Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 Bundesmantelverträge)*. <http://www.kbv.de/rechtsquellen/2279.html>
- Knölker U, Mattejat F, Schulte-Markwort M* (2007). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch*, 4. Aufl. Bremen: Uni-Med
- Köster I, Schubert I, Döpfner M, Adam C, Ihle P, Lehmkuhl G* (2004). Hyperkinetische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Zur Häufigkeit des Behandlungsanlasses in der ambulanten Versorgung nach den Daten der Versichertenstichprobe AOK Hessen / KV Hessen 1998–2001. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32 (3), 157–166
- Kuschel A, Ständer D, Bertram H, Heinrichs N, Naumann S, Hahlweg K* (2006). Prävalenz hyperkinetischer Symptome und Störungen im Vorschulalter – ein Vergleich zweier Diagnoseinstrumente. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (4), 275–286
- Lehmkuhl G, Breuer U* (2013). *Behandlungssettings*. In Lehmkuhl G, Poustka F, Holtmann M, Steiner H (Hrsg.), *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Bd. 2: *Störungsbilder* (S. 1357–1365). Göttingen: Hogrefe

- Lehmkuhl G, Köster I, Schubert I* (2009). Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58 (3), 170–185
- Mattejat F, Trosse M, John K, Bachmann M, Remschmidt H* (2006). Kjp-Qualität. Modell-Forschungsprojekt zur Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen. Abschlussbericht, Juli 2006. Marburg: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg
- Ormel J, Raven D, van Oort F, Hartman CA, Reijneveld SA, Veenstra R, Vollebergh WA, Buitelaar J, Verhulst FC, Oldehinkel AJ* (2014). Mental health in Dutch adolescents: A TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine*, doi: 10.1017/S0033291714001469
- Petermann F* (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14 (1), 48–57
- Petermann F, Jaščenoka J, Koglin U, Karpinski N, Petermann U, Kullik A* (2012). Zur Lebenszeitprävalenz Affektiver Störungen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 21 (4), 209–218
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M* (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50 (5/6), 871–878
- Remschmidt H (Hrsg.)* (2011). *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung*. 6., überarbeitete Aufl. Stuttgart: Thieme
- Sauer K, Barkmann C, Klasen F, Bullinger M, Glaeske G, Ravens-Sieberer U* (2014). How often do German children and adolescents show signs of common mental health problems? Results from different methodological approaches – a cross-sectional study. *BioMed Central Public Health*, 14:229
- Steinhausen HC* (2010). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*, 7., neu bearbeitete und erweiterte Aufl. München: Urban & Fischer
- Steinhausen HC* (2013). Was wird aus Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen? Ergebnisse der Langzeitforschung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41 (6), 419–431
- Tröster H, Reineke D* (2007). Prävalenz von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Kindergartenalter. Ergebnisse einer Erhebung in Kindergärten eines Landkreises. *Kindheit und Entwicklung*, 16 (3), 171–179
- WHO World Health Organization* (2013). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision*
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- Wölfle S, Jost D, Oades R, Schlack R, Hölling H, Hebebrand J* (2014). Somatic and mental health service use of children and adolescents in Germany (KiGGS-study). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23 (9), 753–764

Teil 2 erscheint 2016 in Heft 1. Die vollständige Fassung ist auch unter http://www.kbv.de/media/sp/SPV_Abschlussbericht_2014.pdf einsehbar.

Mitarbeit (Zi)

Konzeption der Datenbank: Jan Köhler (jetzt ORAYLIS GmbH)

Datenverarbeitung und -bereitstellung: Chafik El Mahi, Tobias Groben, Dr. Andreas Juhasz

Dateneingabe Patientenfragebögen: Marek Bödler, Robin Dinter, Alexander Hagen, Julia de Vasconcelos

Valente, Nicole Wilhelmi

R-Grafikdesign: Jens Kretschmann

Danksagung

Ein besonderer Dank geht an Dr. Maik Herberhold, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie, Bochum/Hattingen, Dr. Gisela Schimansky, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie, Hannover, sowie Herrn Markus Stengel, Diplom-Politologe, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Referat Auswertung und Evaluation, Berlin, für ihre zahlreichen konstruktiven Anmerkungen zu den durchgeführten Analysen sowie früheren Versionen des vorliegenden Berichts.

Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Nordrhein, die mit der Verarbeitung der SPV-Daten befasst waren, sei an dieser Stelle für die gute Zusammenarbeit auch ganz herzlich gedankt.

9. Anhang

9.1 Liste der Hauptdiagnosen nach ICD-10-Oberkategorien

	Häufigkeit	Prozent
F06 psych Störung wg Hirnschädigung	2	,0
F07 Persön störung wg Hirnschädigung	6	,0
F09 organ, symp Psychose onA	1	,0
F11 psych Störung wg Opioid	1	,0
F12 psych Störung wg Cannabis	11	,1
F16 psych Störung wg Halluzinogen	1	,0
F19 psych Störung wg mult Substanzen	3	,0
F20 Schizophrenie	11	,1
F21 schizotype Störung	6	,0
F22 anhal wahnhafte Störung	2	,0
F23 akute psychot Störung	6	,0
F25 schizoaffektive Störung	3	,0
F28 sonst nichtorg psychot Störung	1	,0
F29 Psychose onA	1	,0
F31 bipolare affektive Störung	16	,1
F32 depressive Episode	725	4,4
F33 rezidiv depressive Störung	67	,4
F34 anhal affektive Störung	42	,3
F38 andere affektive Störung	1	,0
F39 affektive Psychose onA	4	,0
F40 phobische Störung	210	1,3
F41 andere Angststörung	374	2,3
F42 Zwangsstörung	189	1,2
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen	2353	14,4
F44 dissoziative Störung	22	,1
F45 somatoforme Störung	179	1,1
F48 andere neurotische Störung	30	,2
F50 Essstörung	182	1,1

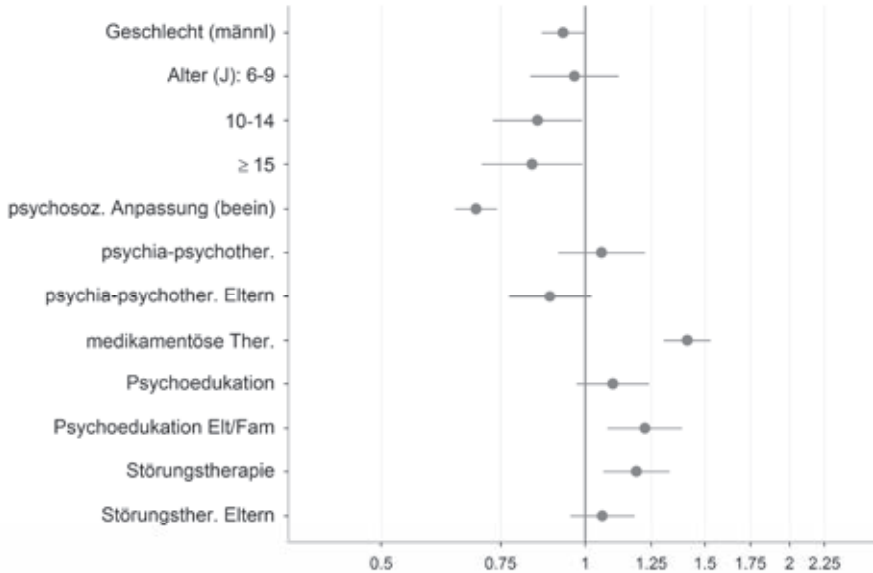
	Häufigkeit	Prozent
F51 nicht organ Schlafstörung	54	,3
F52 sexuelle Funktionsstörung	1	,0
F54 psych Faktoren anderer Erkrankung	2	,0
F60 spezif Persön störung	51	,3
F61 kombi o andere Persön störung	1	,0
F63 abnorme Gewohnheiten	32	,2
F64 Störung Geschlechtsidentität	10	,1
F65 Störung Sexualpräferenz	1	,0
F66 psych Störung b sexueller Entw	4	,0
F68 andere Persön störung	2	,0
F69 Persön störung onA	1	,0
F70 leichte Intelligenzmind	58	,4
F71 mittl Intelligenzmind	7	,0
F73 schwerste Intelligenzmind	1	,0
F79 Intelligenzmind onA	1	,0
F80 Sprachentwicklungsstörung	3	,0
F81 Entw störung schul Fähigkeit	7	,0
F83 komb umschriebene Entw störung	7	,0
F84 tiefgreifende Entw störung	296	1,8
F89 Entw störung onA	16	,1
F90 hyperkinetische Störung	5552	34,0
F91 Störung Sozialverhalten	551	3,4
F92 Störung Sozialverh Emotionen	733	4,5
F93 emot Störung Kindesalter	2708	16,6
F94 Störung soz Funkt Kind Jugend	334	2,0
F95 Ticstörung	74	,5
F98 andere Verhal Stör Kind Jugend	894	5,5
F99 psychische Krankheit onA	2	,0
keine Angabe	492	3,0
zusammen	16344	100,0

9.2 Liste der Nebendiagnosen nach ICD-10-Oberkategorien

	Häufigkeit	Prozent
F07 Persön störung wg Hirnschädigung	2	,0
F10 psych Störung wg Alkohol	4	,0
F12 psych Störung wg Cannabis	20	,1
F15 psych Störung wg Stimulanzen	1	,0
F17 psych Störung wg Tabak	5	,0
F19 psych Störung wg mult Substanzen	11	,1
F23 akute psychot Störung	2	,0
F25 schizoaffektive Störung	1	,0
F32 depressive Episode	224	1,4
F33 rezidiv depressive Störung	13	,1
F34 anhal affektive Störung	29	,2
F38 andere affektive Störung	1	,0
F39 affektive Psychose onA	2	,0
F40 phobische Störung	112	,7
F41 andere Angststörung	117	,7
F42 Zwangsstörung	71	,4
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen	1240	7,6
F44 dissoziative Störung	16	,1
F45 somatoforme Störung	265	1,6
F48 andere neurotische Störung	10	,1
F50 Essstörung	91	,6
F51 nicht organ Schlafstörung	149	,9
F54 psych Faktoren anderer Erkrankung	2	,0
F59 psych körp Funktionsstörung onA	3	,0
F60 spezif Persön störung	54	,3
F61 kombi o andere Persön störung	3	,0
F63 abnorme Gewohnheiten	49	,3
F64 Störung Geschlechtsidentität	6	,0
F66 psych Störung b sexueller Entw	12	,1
F68 andere Persön störung	8	,0

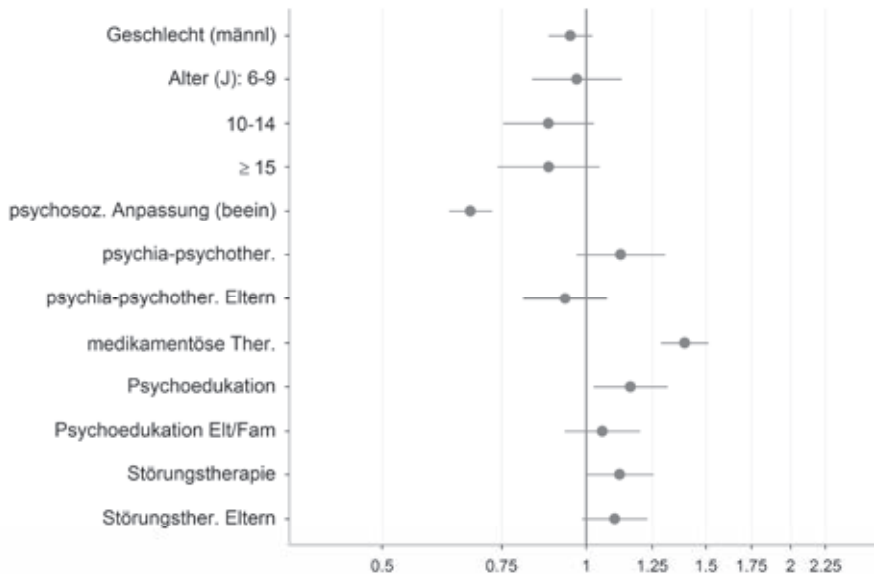
	Häufigkeit	Prozent
F69 Persön störung onA	7	,0
F70 leichte Intelligenzmind	36	,2
F71 mittl Intelligenzmind	3	,0
F74 dissoziierte Intelligenz	8	,0
F78 andere Intelligenzmind	1	,0
F79 Intelligenzmind onA	7	,0
F80 Sprachentwicklungsstörung	8	,0
F81 Entw störung schul Fähigkeit	35	,2
F82 Entw störung motor Funktion	8	,0
F83 komb umschriebene Entw störung	11	,1
F84 tiefgreifende Entw störung	84	,5
F89 Entw störung onA	40	,2
F90 hyperkinetische Störung	1081	6,6
F91 Störung Sozialverhalten	337	2,1
F92 Störung Sozialverh Emotionen	383	2,3
F93 emot Störung Kindesalter	1844	11,3
F94 Störung soz Funkt Kind Jugend	204	1,2
F95 Ticstörung	253	1,5
F98 andere Verhal Stör Kind Jugend	1136	7,0
F99 psychische Krankheit onA	2	,0
keine Angabe	8333	51,0
zusammen	16344	100,0

9.3 Einflussfaktoren einer positiven Bewertung des Behandlungserfolgs 2014



Odds Ratios und 95 %-Konfidenzintervalle; abhängige Variable: Erfolg der Intervention, Kategorien „vollständig“ oder „weitgehend“ vs. Kategorien „mittel“, „gering“, „nicht eingetreten“ oder „nicht beurteilbar“; Referenzgruppen Geschlecht: weiblich, Alter: < 6 Jahre, psychosoziale Anpassung: gut bis mäßig beeinträchtigt, alle übrigen: nicht durchgeführt; Fälle im Modell: 13.330

9.4 Einflussfaktoren einer positiven Bewertung der Symptomverbesserung 2014



Odds Ratios und 95 %-Konfidenzintervalle; abhängige Variable: Besserung der Symptomatik, Kategorien „vollständig“ oder „weitgehend“ vs. Kategorien „mittel“, „gering“, „nicht eingetreten“ oder „nicht beurteilbar“; Referenzgruppen Geschlecht: weiblich, Alter: < 6 Jahre, psychosoziale Anpassung: gut bis mäßig beeinträchtigt, alle übrigen: nicht durchgeführt; Fälle im Modell: 13.330

Korrespondenz an:

Dr. Bernd Hagen

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

DMP Projektbüro

Sedanstr. 10–16, 50668 Köln

Fon: 0221 7763 6762

Mail: bhagen@zi.de

Rezensionen

Franz Wienand: **Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien** Grundlagen und Praxis. Kohlhammer ISBN 978-3-17-02107-3, 69,-€

Dieses Handbuch von Franz Wienand ist ein Desiderat für den Einsatz projektiver Testverfahren. Er lädt uns ein, mit diagnostischen Instrumenten unsere Patienten besser verstehen zu lernen. Dabei räumt er auf mit der Mär, projektive Tests seien unwissenschaftlich. Es ist ein großer Verlust, dass sie bereits weitestgehend aus der Therapeutenausbildung verdrängt wurden. Franz Wienand holt die Tests wieder ins Licht und präsentiert sie uns wie einen Strauß bunter Frühlingsblumen.

In dem Buch, welches sich sowohl als Lehr- als auch als Nachschlagewerk eignet, folgt auf einen Diskurs über Theorie, Problematik und Bedeutung projektiver Diagnostik eine umfassende Darstellung projektiver Testverfahren. Die Verfahren werden dabei in die Kapitel Zeichnerische Gestaltungsverfahren, verbal-thematische Verfahren, spielerische Gestaltungsverfahren, Formdeutungsverfahren, Bindungsdiagnostik und Familiendiagnostik eingeteilt. Es wird mit einem Kapitel über den Einsatz projektiver Verfahren in der Begutachtung abgerundet, in welchem Michael Günter die Chancen und Risiken des Einsatzes von projektiven Verfahren in der Begutachtung gewissenhaft abwägt.

In der sorgsamten Aufarbeitung werden die jeweiligen Untersuchungsverfahren erst vorgestellt, dem folgen historische Anmerkungen, die theoretischen Grundlagen, die Indikations- und Anwendungsbereiche. Es gibt jeweils eine genaue Durchführungsbeschreibung, gefolgt von aussagekräftigen Auswertungs- und Interpretationshilfen. Das Verfahren wird unter Anwendung der Gütekriterien betrachtet und die Darstellung wird mit einem Fazit, in welchem der Nutzen und die Anwendbarkeit zusammengefasst werden, abgerundet.

Es macht Freude in diesem Buch zu schmökern, dabei über bekannte Verfahren mehr zu lernen und sich neue Verfahren zu erschließen, um sich dann vorzustellen, bei welchem Patienten mit welchem Verfahren sich noch mehr Erkenntnis gewinnen lässt.

Dieses 416 Seiten starke Buch von Franz Wienand hat mich sehr angeregt, der projektiven Diagnostik wieder mehr Raum in meinem klinischen Alltag zu geben und ihn damit anzureichern.

Gerald Defort, Bad Kissingen

Sachsse, Ulrich (2015): **Proxy – dunkle Seite der Mütterlichkeit.** Schattauer, Stuttgart. ISBN 978-3794531530, 24,99 €

Dieses schmale, unbedingt lesenswerte Bändchen von 140 Seiten erschüttert, verstört und verunsichert selbst Fachleute.

Es handelt von der seltenen, aber schwerwiegenden artifiziellen Störung Münchhausen-by-proxy-Syndrom, die darin besteht, dass (in den allermeisten Fällen) die Mutter ihr Kind heimlich körperlich so schwer schädigt, dass es immer wieder klinisch behandelt werden muss. Vordergründig gibt es der Mutter die selbst herbeigeführte Gelegenheit, sich als fürsorgende, kompetente und rettende Mutter darzustellen.

Der Band beginnt mit dem (soweit bekannt) ersten Selbstbericht einer betroffenen Mutter, Frau „Proxy“, aufgeschrieben von ihrem Psychotherapeuten Ulrich Sachsse, dem sie sich anvertrauen konnte, was ihr bei zahlreichen anderen Therapeuten nicht möglich war. Ihre eigene Leidensgeschichte beginnt mit dem Alter von etwa zehn Jahren. In den folgenden Jahren wurde sie mit Duldung ihrer Mutter von ihrem Stiefvater, einem sehr geachteten Akademiker und „pädophilen Sadisten“, oft in Anwesenheit eines seiner Freunde mehrfach in der Woche vergewaltigt. Diese fortgesetzten Traumatisierungen endeten erst, nachdem sie mit 14 Jahren versucht hatte, ihn mit einem spitzen Gegenstand zu ermorden.

Sie wurde eine sehr kompetente Krankenschwester und erfüllte sich mit 19 Jahren ihren jahrelangen Kinderwunsch mithilfe eines ebenfalls sadistischen Mannes. Die Tochter war behindert und sie begann ab dem Alter von zwei Jahren, immer wieder medikamentös Krampfanfälle auszulösen. Nach dem Selbstbericht geschahen diese Schädigungen unter dem Einfluss von Intru-

sionen, in einem regressiven Kind-Zustand und in einem Zustand reduzierten Bewusstseins. Dies löste sich schlagartig auf, sobald der „Notfall“ eingetreten war und sie als kompetente Mutter und Krankenschwester in einer Art „Flow“ ihr Kind retten konnte. Diese Phase dauerte 13 Jahre lang.

Es folgten über viele Jahre ambulante und stationäre Therapien bis zur Stabilisierung. Erst nach 15 Jahren war es ihr möglich, über ihr Verhalten zu sprechen.

An diesen erschütternden Bericht, der viele Fragen offen lässt, schließen sich Reflektionen und Kommentare von Fachleuten an, die durch professionelle Distanz gekennzeichnet sind und die Störung aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten. Der Ethiker Prof. em. Dieter Birnbacher befasst sich mit Fragen der Ethik, Moral, Schuld und Verantwortung, insbesondere damit, wie sich Schuld und Verantwortung begründen lassen. Er geht auch auf die Frage der ärztlichen Schweigepflicht ein, die im Verhältnis zum Schutz des Kindes als nachrangig anzusehen ist.

Prof. Heidi Möller, zu deren Forschungsgebieten auch die Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie bei schweren Gewalttaten gehört, betrachtet (potentielle) Kindstötungen durch Mütter unter dem feministischen Blickwinkel der Sozialisation von Frauen auch im Verhältnis zu Männern und den Vätern. Die Oberstaatsanwältin Kirsten Stang ist spezialisiert auf Tötungsdelikte und setzt sich in ihrem sehr klaren Beitrag mit der juristischen Bewertung der zahlreichen in dem Selbstbericht benannten Straftaten auseinander. Dabei geht es um „Proxy“ als Opfer und als Täterin, um Minderungsgründe ihrer Schuld und um Verjährungsfragen.

Dr. Tilman Sachsse, Universität Göttingen, ist Kinderarzt und Psychotherapeut und befasst sich mit dem Münchhausen-by-proxy-Syndrom als „Problemfall der Kinderheilkunde“. Der Beitrag macht deutlich, wie schwierig es für den Kinderarzt ist, das Problem zu erkennen. Hinweise liefern ein sich wiederholendes Symptombild ohne Erklärung; unklare Symptome, die zu Vergiftungen passen könnten; wenn Befunde und der Bericht der Mutter nicht zusammenpassen; wenn die Symptome nur in Anwesenheit der Mutter auftreten oder verstärkt werden.

Abschließend beschreibt Prof. Ulrich Sachsse, Psychoanalytiker und als ehemaliger Leiter einer Spezialstation in Tiefenbrunn langjährig vertraut mit schweren Traumatisierungen, die Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen von Psychotherapie. Ziel von Psychotherapie ist es, ohne Schuldzuweisung und ohne affektive Verwicklung zu verstehen. Das gelingt bei dieser Störung nur sehr unvollkommen. Vielleicht lässt sich unter Bezug auf Sachsse folgendes

sagen: Offenbar benutzen solche Mütter ihr Kind innerhalb einer symbiotischen Beziehung als Selbstobjekt, vergleichbar mit dem eigenen Körper einer Person mit Artifizierlicher Störung. Das erlebte Böse wird in das Kind hineinprojiziert, mit dem sich die Mutter zugleich identifiziert. Indem sie es krank macht, wiederholt sie wie in einem magischen Ritual zwanghaft das Erlebte und heilt es zugleich, indem sie ihr Kind rettet. Dadurch erlebt sie sich für kurze Zeit als kompetent, gesund, ohne die tiefe Scham des Opfers, als vollständig. Bis die Intrusionen und regressiven states wiederkehren und das Zwangsritual wiederholt werden muss.

Wir als Kinder- und Jugendpsychiater müssen diese seltene, aber schwerwiegende Störung kennen, um bei entsprechenden Hinweisen die notwendigen Schritte, in der Regel eine stationäre Beobachtung von Mutter und Kind, einzuleiten und das Kind vor Schädigungen zu schützen.

Mir stellt sich die Frage, ob es das Syndrom auch im Bereich artifiziiell erzeugter psychischer Störungen bei Kindern gibt. Es gab in den über zwei Jahrzehnten meiner Praxis ein oder zwei Fälle, in denen mein Team und ich an eine solche Möglichkeit dachten, etwa bei der dringenden Forderung nach immer höheren Dosierungen von MPH oder beim Beharren einer Mutter auf dem Vorliegen einer tiefgreifenden Störung wie Autismus bei ihrem Kind. Mich würde interessieren, ob Kolleginnen und Kollegen ähnliche Erfahrungen gemacht haben.

Franz Wienand, Böblingen

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.
Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 - das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

- das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Die Autoren erhalten ein Belegexemplar kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.

Impressum

**Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie 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 der Ärzte 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

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, Fax: 030 / 61 70 21 48

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.