

Wo haben sich in den letzten Jahren insgesamt
Veränderungen ergeben?
Wo gibt es neue/ verstärkte Versorgungslücken?
Erhöht die Corona-Pandemie die Versorgungsbedarfe?

Kinder- und Jugendpsychiatrisches Sicht

DIfU Dialogforum Bund trifft kommunale Praxis

10. Plattform für öffentlichen Erfahrungsaustausch - 12.4.2021

Prof. Dr. Michael Kölch

Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und
Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Forschungsunterstützung: BMBF, BMFFSJ, BMG, Schweizer Bundesamt für Justiz, EU, Eli Lilly International Foundation, Boehringer Ingelheim, Servier, Lundbeck, Pascoe, Janssen

Vortragstätigkeit Industrie : keine in den letzten 5 Jahren

Beratertätigkeit: Janssen

Verträge mit Verlagen: Springer, Beltz, Hogrefe, Cotta

Verbindung zu Psychotherapieausbildung: IVBerlin

Verbändefunktionen: Präsident der DGKJP, Vorstandsmitglied BAG KJPP

Inhalte

- Grundlagen KJP
- Kooperation KJP und KJH
- Wie verändern sich kinder- und jugendpsychiatrische Probleme?
 - Entwicklungspsychopathologie
 - Metaebene der Symptome und Versorgung
- Wie ist die Behandlungssituation?
- Welche Versorgungsstrukturen werden wir dafür brauchen?

Grundlage KJP Behandlung: SGB V

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

- (1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

§39 Krankenhausbehandlung

- Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre (...) Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen (...);

§43a Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

- (2) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden.

§ 118 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen

- (1) Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind.

Mythen und Fakten

- Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen sind Schubladen
- Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Therapie bezieht nicht das Umfeld ein
- Kinder- und Jugendpsychiatrie kann durch Therapie in der „Käseglocke“ Kinder/Jugendliche so verändern, dass sie nach der Therapie „unproblematisch“ sind

Mythen und **Fakten**

- Diagnosen sind beschreibende Kategorien, mit einer hohen Prädiktivität sowohl für psychopathologische Verläufe wie auch für Teilhabebeeinträchtigungen
- Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet multimodal und interdisziplinär (ärztl., psychotherap., sozialarbeiterisch, milieutherapeutisch, fachtherap., medikamentös etc.)
- KJP Therapie kann nur mit Umfeld und Perspektive stattfinden, Einbezug der Lebenswelt des Kindes/Jugendlichen essentiell

Fakten Kooperation KJP-KJH I

- Ca. 70-80% der KJP Patienten auch Kontakt mit KJH
- Hohe Überschneidung der „at-risk“ Familien und Kindern/Jugendlichen zwischen beiden Systemen
- Beide Systeme sind regional organisiert:
 - z.B. Versorgungsgebiete Kliniken, Praxen
 - z.B. öffentliche Jugendhilfe
- Methoden der Arbeit haben Überschneidungen
 - Zielplanung/Hilfeplanung
 - beteiligte Professionen
- §35a SGB VIII: klassische Norm der Kooperation inkl. Hilfeplanung!
- Nur ein Teil der Patienten erhält Maßnahmen nach §35a SGBVIII, der weitaus größere Teil Maßnahmen im Rahmen HzE
- Beide Systeme können „hoheitliche“ Aufgaben wahrnehmen:
 - z.B. Kinderschutz
 - Eigen- oder Fremdgefährdung

Fakten Kooperation KJP-KJH II

Beide Systeme

- folgen ihren (gesetzlich) begründeten Logiken
- unterliegen wirtschaftlichen Zwängen
- haben ähnliche Probleme, was Fachkräfte angeht
- kommen in bestimmten Konstellationen in Überforderungssituationen („Systemsprenger“), die Delegationsketten auslösen können

Fazit I

- Hohe Überschneidung der betroffenen Familien
- Es gibt vielfältige Kooperationen
- Kenntnis der jeweiligen gesetzlichen Grundlage wie der Arbeitsweise des anderen notwendig

Wie verändern sich kinder- und jugendpsychiatrische Probleme:

Ebene Entwicklungspsychopathologie

Ergebnisse zu „kinder- und jugendpsychiatrischen Problemen“

- Psychische Störungen: neue Morbidität in industrialisierten Ländern
- Breites Spektrum von psychischen Störungen: temporäre Befindlichkeitsbeeinträchtigung bis hin zu massiver akuter/chronifizierter „severe mental disorder“ (SMD)
- Psychische Störungen treten früh auf

Psychiatric disorders – onset age (Jones 2013)

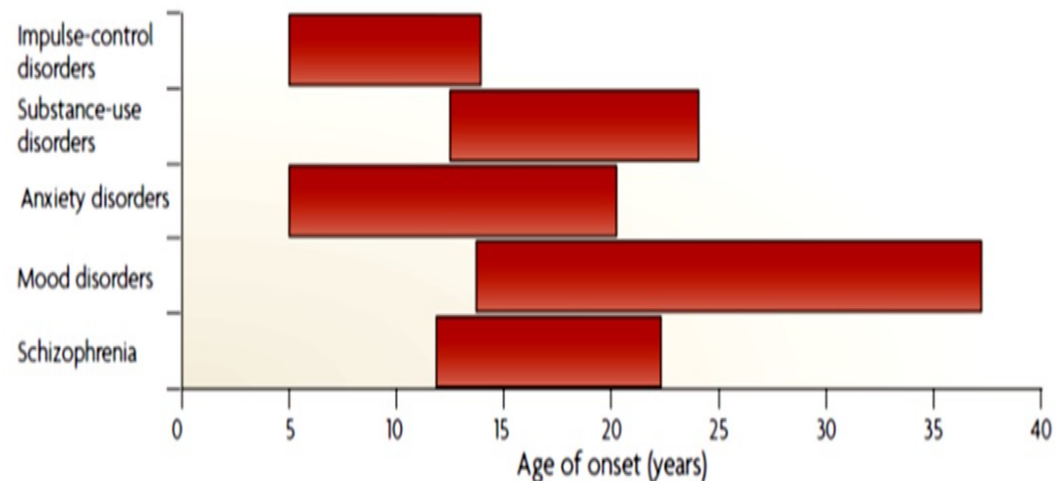
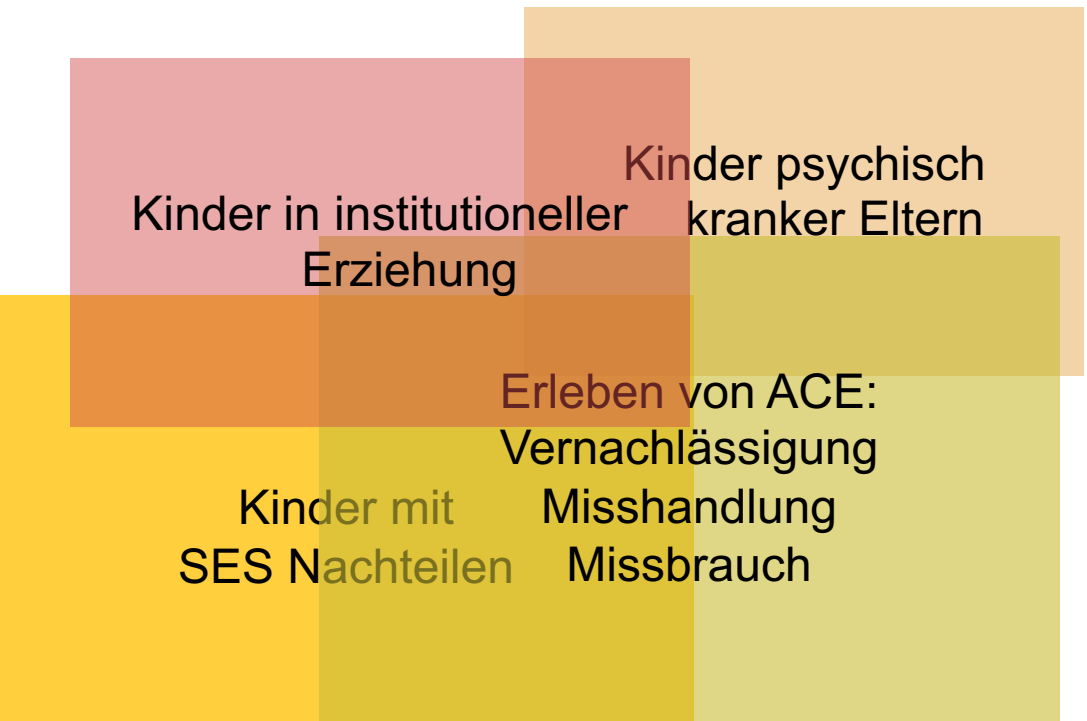


Figure 4 | **Ranges of onset age for common psychiatric disorders.** Recent data from the National Comorbidity Survey Replication study^{50,112}, a nationally representative epidemiological survey of

Forschung: wer ist gefährdet für (dauerhafte) Probleme?

- Psychische Störungen werden oft lange nicht erkannt:
- Diagnostik, Therapie und Hilfen setzen eher verzögert ein:
Chronifizierungsrisiko erhöht
- Erhöhte Prävalenz in bestimmten Gruppen:



Kinder in institutioneller
Erziehung

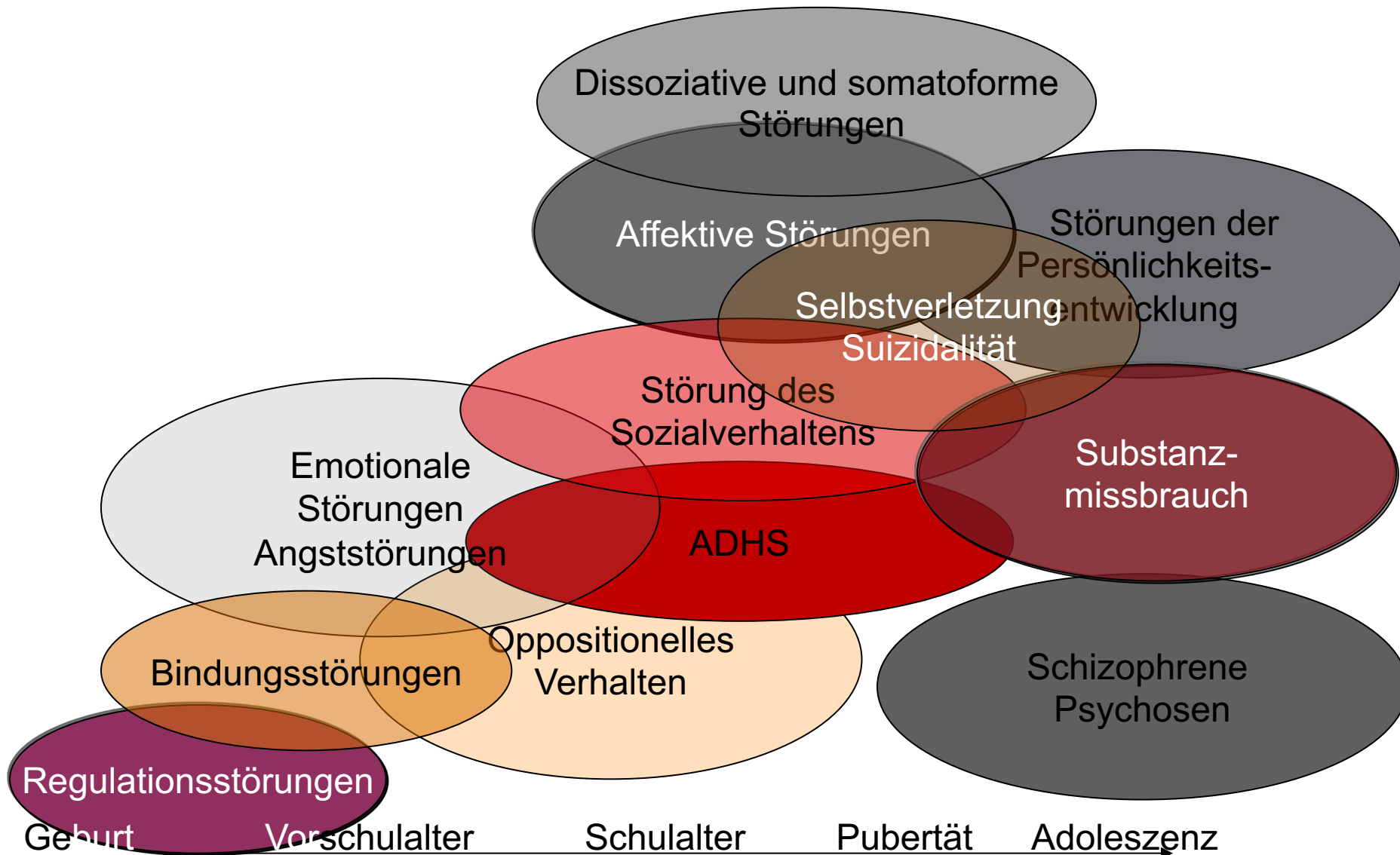
Kinder psychisch
kranker Eltern

Erleben von ACE:
Vernachlässigung

Kinder mit
SES Nachteilen

Misshandlung
Missbrauch

Im Kindes- und Jugendalter verändert sich die Symptomatik: Entwicklungspsychopathologie

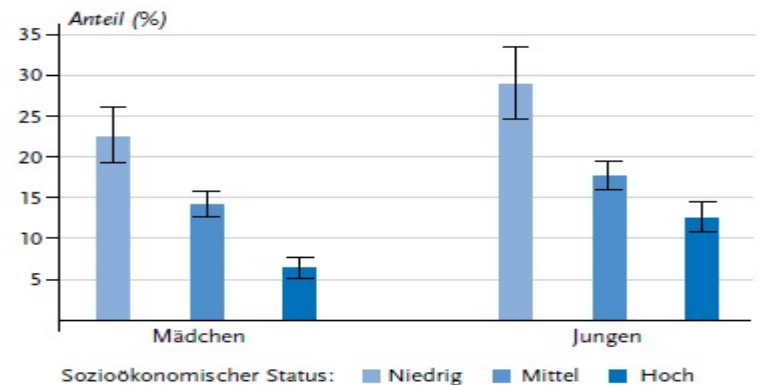
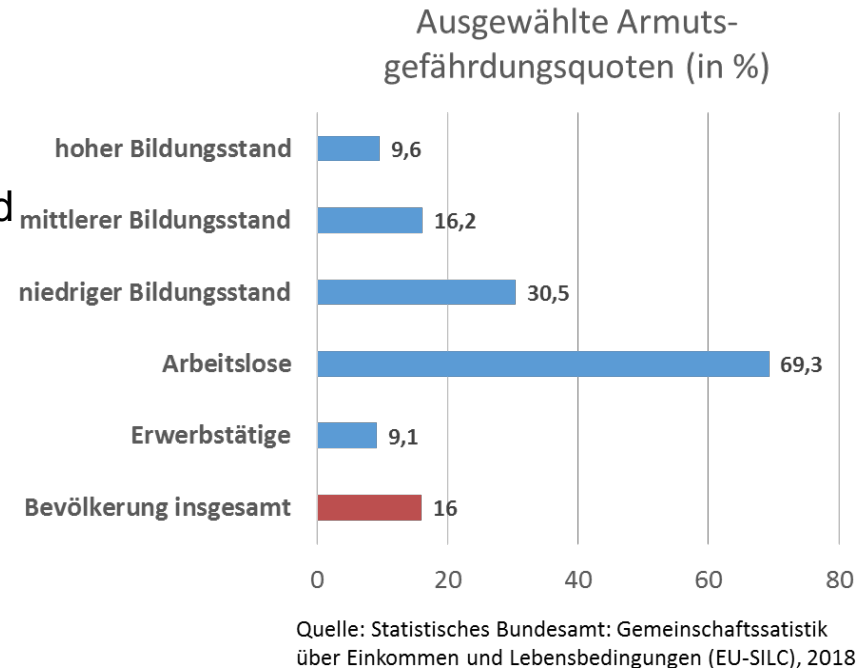


Wie verändern sich kinder- und jugendpsychiatrische Probleme:

Ebene Prävalenz und Risikofaktoren

Sozialer Gradient bei Gesundheit und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter - auch in Deutschland

- Segregationseffekte bei Gesundheit
 - Risiken für Erkrankungen kumulieren in Familien
- Prekäre Lebensverhältnisse in Verstetigung und Bildungsferne z.T. transgenerationaler stabiler Faktor:
 - Kinder hoher SES 8-mal, mittlerer SES 3-mal bessere Chancen, auf Gymnasium/Hochschule zu gelangen als Arbeiterkinder (Becker 2009)
- Bestimmte Gruppen mit schlechteren Chancen, werden weiterhin zu wenig erreicht (AG Bildungsberichtserstattung 2016)
- Benachteiligte Kinder haben schlechtere Chancen – auch hinsichtlich der psychischen Gesundheit:
 - je höher SES der Familie, umso geringer ist der Anteil der Kinder/Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten



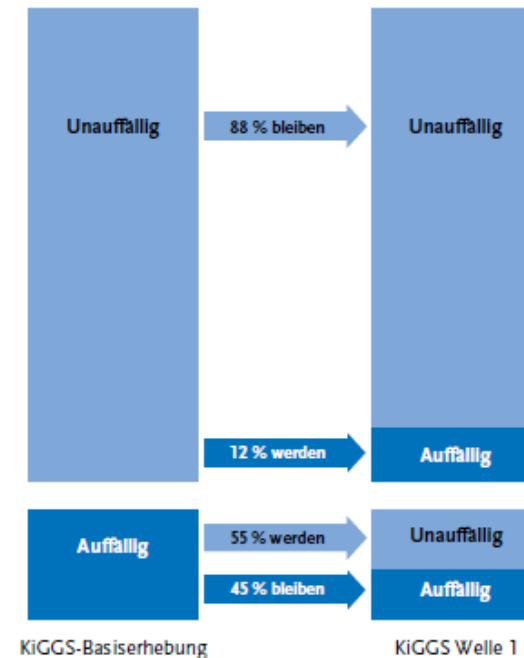
Zunahme? Veränderung?

- Bisherige Zahlen zeigen eine recht konstante Prävalenz, ggfs. sogar leicht sinkende Zahlen (KiGGS)
- Über das Aufwachsen hinweg werden
 - ca. die Hälfte der Auffälligen unauffällig,
 - ca. 1/10 der Unauffälligen wird auffällig
- Geschlechtseffekte:
 - je jünger Kinder: desto mehr Jungen auffällig
 - je älter: desto mehr Mädchen auffällig

Tab. 1 Prävalenz von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren mit erhöhtem Risiko für psychische Auffälligkeiten (SDQ-Gesamtpunktwert grenzwertig auffällig oder auffällig, Elternversion) aus der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), abgeleitet von der englischen und deutschen Normierung und Trendvergleich für die Prävalenzen von der KiGGS-Basiserhebung zur KiGGS Welle 1 (2009–2012)

SDQ-Gesamtpunktwert	KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) nach englischen Normwerten ^a [25]	KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) nach deutschen Normwerten ^a [7]	KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) nach deutschen Normwerten, altersstandardisiert ^{a,b}	KiGGS Welle 1 (2009–2012) nach deutschen Normwerten ^c	p-Wert ^d
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	
Unauffällig	85,3 (84,6–86,0)	81,5 (80,7–82,3)	80,0 (79,1–80,9)	79,8 (78,4–81,1)	0,743
Risikogruppe (grenzwertig oder auffällig)	14,7 (14,0–15,4)	18,5 (17,7–19,3)	20,0 (19,1–20,9)	20,2 (18,9–21,6)	

^aKiGGS-Basiserhebung: N_(ungewichtet) = 14.477
^bAltersstandardisiert auf den Bevölkerungsstand zum 31.12.2010
^cKiGGS-Welle 1: N_(ungewichtet) = 10.353
^dChi-Quadrat-Test 2. Ordnung nach Rao-Scott; der Vergleich bezieht sich auf die letzten beiden Spalten



Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland KIGGS



DAK Report 2019: welche psychischen Störungen werden diagnostiziert....

Abbildung 52: Prävalenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen (ICD-10 F00-F99) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017

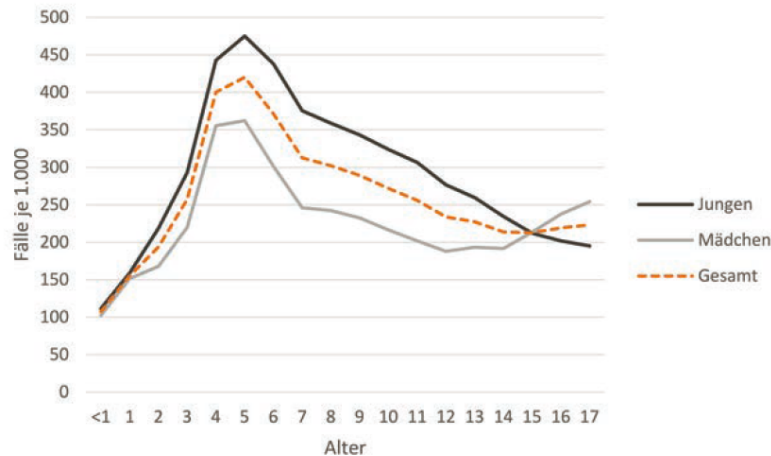


Tabelle 51: Prävalenz (Fälle je 1.000) psychischer und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppen bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017

Diagnose	Jun- gen	Mäd- chen	Gesamt 2017	+/- zu 2016
Entwicklungsstörungen	190,0	123,8	157,8	+1 %
Verhaltens- und emotionale Störungen	136,6	85,0	111,5	-1 %
Neurotische, Belastungs- und somato- forme Störungen	53,7	67,2	60,3	0 %
Verhaltensauffälligkeiten mit körperli- chen Störungen und Faktoren	12,8	14,9	13,8	-3 %
Persönlichkeits- und Verhaltensstörun- gen	13,5	12,2	12,8	-4 %
Affektive Störungen	8,9	16,2	12,4	+1 %
Intelligenzstörung	7,8	5,1	6,5	-3 %
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3,5	4,1	3,8	-1 %
Organische, einschließlich symptomati- scher psychischer Störungen	1,2	0,8	1,0	-10 %
Schizophrenie, schizotype und wahn- hafte Störungen	0,4	0,5	0,5	-12 %

Schwerere und chronische psychische Erkrankungen

DAK Report 2019

Tabelle 10: Häufigkeit potentiell chronisch-psychischer Erkrankungen (Fälle je 1.000)

Chronische Erkrankung	Jungen	Mädchen	Gesamt
ADHS	59,8	20,9	40,8
Schulangst und Schulphobie	38,4	31,7	35,1
Depressionen	6,9	12,7	9,8
Tourette-Syndrom	7,2	3,2	5,2
Zwangsstörungen	1,8	1,8	1,8
Borderline-Persönlichkeitsstörungen	0,6	1,5	1,0
Anorexia nervosa	0,2	1,9	1,0
Schizophrene Psychosen	0,4	0,5	0,5
Bulimia nervosa	0,0	0,5	0,3

Diagnose (ICD-10)	Gesamt	0-14 Jahre		15-17 Jahre	
		Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)	12,4	12,4	11,7	6,5	21,1
Affektive Störungen (F3)	10,8	6,1	7,3	17,6	44,6
Intelligenzstörung (F7)	6,3	7,4	4,7	8,7	6,7
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)	3,1	0,9	1,2	12,3	13,7

Fazit II

- Psychische Störungen im KiJu Alter nehmen an sich nicht zu, sondern stabiler Anteil
- Gleichwohl eine der häufigsten Erkrankungen im KiJu-Alter!
- Symptomatik zeigt über das Aufwachsen Veränderungen und besondere Risiken
- Hohe Prävalenz in bestimmten Gruppen, die auch typischerweise KJH bekannt sind

Wie ist die Behandlungssituation?

Ambulanter Bereich

Stationärer Bereich

- kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung erfolgt multimodal und unter Einbezug der Bezugspersonen und der wichtigen Bezugssysteme des Kindes (Kindergarten, Schule).
- Es geht bei allen Therapiemaßnahmen vordringlich darum, die Teilhabemöglichkeiten der durch psychische Störungen und oft auch psychosoziale Belastungen beeinträchtigten Minderjährigen zu verbessern (Fegert und Kölch 2017).
- Die Versorgung erfolgt in der Regel ambulant, auch in Tageskliniken.
- Die stationäre Therapie hat bei den schwerst erkrankten bzw. beeinträchtigten Patient*innen bzw. bei Kindern, in deren Umfeld die Ressourcen für eine ambulante Maßnahme fehlen, weiterhin ihre Bedeutung;
- meist ist das Ziel einer vollstationären Behandlung, die in der Regel notwendige weitere Behandlung im ambulanten oder teilstationären Setting zu ermöglichen.

Ambulanter Bereich:

- KJP: ca 1100 niedergelassene Fachärzt*innen,
- zu mehr als zwei Dritteln in sozialpsychiatrischen Praxen (Kurch-Beck & Tenckhoff 2016, APK 2017).
- Mit Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (§ 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, SPV) besteht die Möglichkeit in Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) Praxen interdisziplinär zu arbeiten, um damit auch komplexe Störungsbilder entsprechend behandeln zu können
- Ca. 150 Institutsambulanzen (§118 SGB V) zur Versorgung von chronischen und schwer erkrankten Patient*innen
- KJPTh: 2010 4.942 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen
- Regionale Versorgungsunterschiede: Stadt-Land

Stationärer Bereich

- Versorgungsgebiete meist 3mal so groß wie in Psychiatrie
- Insgesamt nach Abbau in 2000er Jahren leichter Aufbau im stationären Bereich (v.a. teilstationär)
- 2017 bestanden 6331 Plätze (2019: 6696 Plätze) = ca. 4,74 Plätze pro 100.000 Einwohner*innen unter 18 Jahren.
- 2014: 149 Krankenhäuser mit 3.319 teilstationären Behandlungsplätzen.
- durchschnittliche Verweildauer sank auf ca. 40 Tage (1990iger: über 100 Tage)
- Notfallquoten in den Kliniken stiegen an.
- Zunahme von Behandlungen in Deutschland z.B.
 - 2015: fast 10 mal mehr Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren (4.600 vs. 410 in 2000)
 - 7 mal mehr Jugendliche und junge Erwachsenen zwischen 15 und 30 Jahren (34.300 vs. 5.200 in 2000) wegen einer depressiven Störung stationär behandelt.
- **Trend setzt sich 2018 fort:**
- 10-15 Jahre über 6.000 Fälle - 15-20 Jahre über 21.000 Fälle

Psychische Störungen: häufigster Grund für Krankenhausaufenthalte im Jugendalter - DAK Report 2019

Tabelle 42: Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen stationärer Aufenthalte (Fälle je 1.000) bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren

Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)		Jungen	Mädchen	Gesamt
F32	Depressive Episode	1,7	5,2	3,4
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	1,4	5,1	3,2
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,2	2,7	2,9
S06	Gehirnerschütterung	2,6	2,6	2,6
K35	Blinddarmentzündung	1,8	3,0	2,4

„Im Vergleich deutlich geringer ist die Verschreibungsprävalenz von Antidepressiva (ATC N06A)...

Insgesamt bekamen im Jahr 2016 2,9 von 1.000 Kindern bzw. Jugendlichen ein entsprechendes Medikament verschrieben...

...im Jahr 2016 Mädchen (Verordnungsprävalenz 3,9 je 1.000) doppelt so häufig wie Jungen (2,0 je 1.000) antidepressiv wirkende Medikamente verordnet bekommen.“

Eingliederungshilfe

- Für Minderjährige mit psychischen Störungen und seelischer Behinderung ist über das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) die Eingliederungshilfe geregelt.
- Rehabilitation findet über die Kinder- und Jugendhilfe statt.
- Der §35a SGB VIII definiert Leistungen für seelisch behinderte Kinder- und Jugendliche, die in ihrer Teilhabe bereits beeinträchtigt sind oder bei denen eine Beeinträchtigung zu erwarten ist.
- Aufgrund der regional sehr unterschiedlichen Organisation wie Ausgestaltung sowohl der Kinder- und Jugendhilfe als auch der Leistungsanbieter nach SGB V, wurden grundlegende Aspekte für eine gute Zusammenarbeit von den Spitzenverbänden der Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie erarbeitet (BAG KJP 2018).

Viele Angebote bedeuten nicht gute Versorgung...

Gesundheitssystem

SPZ

Stationäre Versorgung KJP

Ambulante Versorgung

Kinderärzte

Niedergelassene KJPP

PIA

Stationäre Versorgung Psychosomatik

Niedergelassene KJPth

Erwachsenenpsychiatrie

Jugendhilfe

Erziehungsberatung

Stationäre Jugendhilfe

Hilfen zur Erziehung ambulant

Therapeutische Einrichtungen

Suchthilfe

Beratungsstellen

Stationäre Entwöhnung

Schule

Förderschwerpunkte

Schulpsychologie



Rehabilitation

stationäre Reha

Ambulante Reha

tbc....

Fazit

- KJH und KJP betreuen ein Gruppen mit hoher Überschneidung
- KJP Versorgung in D gut – auch im internationalen Vergleich
- KJP als wissenschaftliches Fach auch in der Weiterentwicklung (Therapiestudien, Leitlinien etc.)
- Ethischer Diskurs zur Kooperation und gemeinsamen Versorgung unerlässlich:
 - „what works for whom“
 - „inverse care law“ vs. Allokation für schwerst Kranke vs. Prävention
 - Step by step?
 - „Spezialangebote“ oder lebensweltnahe Weiterentwicklung durch Kompetenzen und Kooperation?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

michael.koelch@med.uni-rostock.de

Klinik für Psychiatrie, Neurologie,
Psychosomatik und Psychotherapie im
Kindes- und Jugendalter