



**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**

Universitätsklinikum Ulm

Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Jahrestagung Kinderrehabilitation

Berlin 13.5.2015

Michael Kölch





Forschungsförderung:

BMBF

BMFFSJ

Schweizer Bundesamt für Justiz

EU

Eli Lilly International Foundation

Boehringer Ingelheim

Europäische Akademie

Servier

Mitarbeit in klinischen Studien

Eli Lilly

Astra Zeneca

Janssen-Cilag

Lundbeck

Reisebeihilfen/Vortragshonorare:

Universität Rostock

DGKJPP

UCB Janssen-Cilag Shire Lundbeck

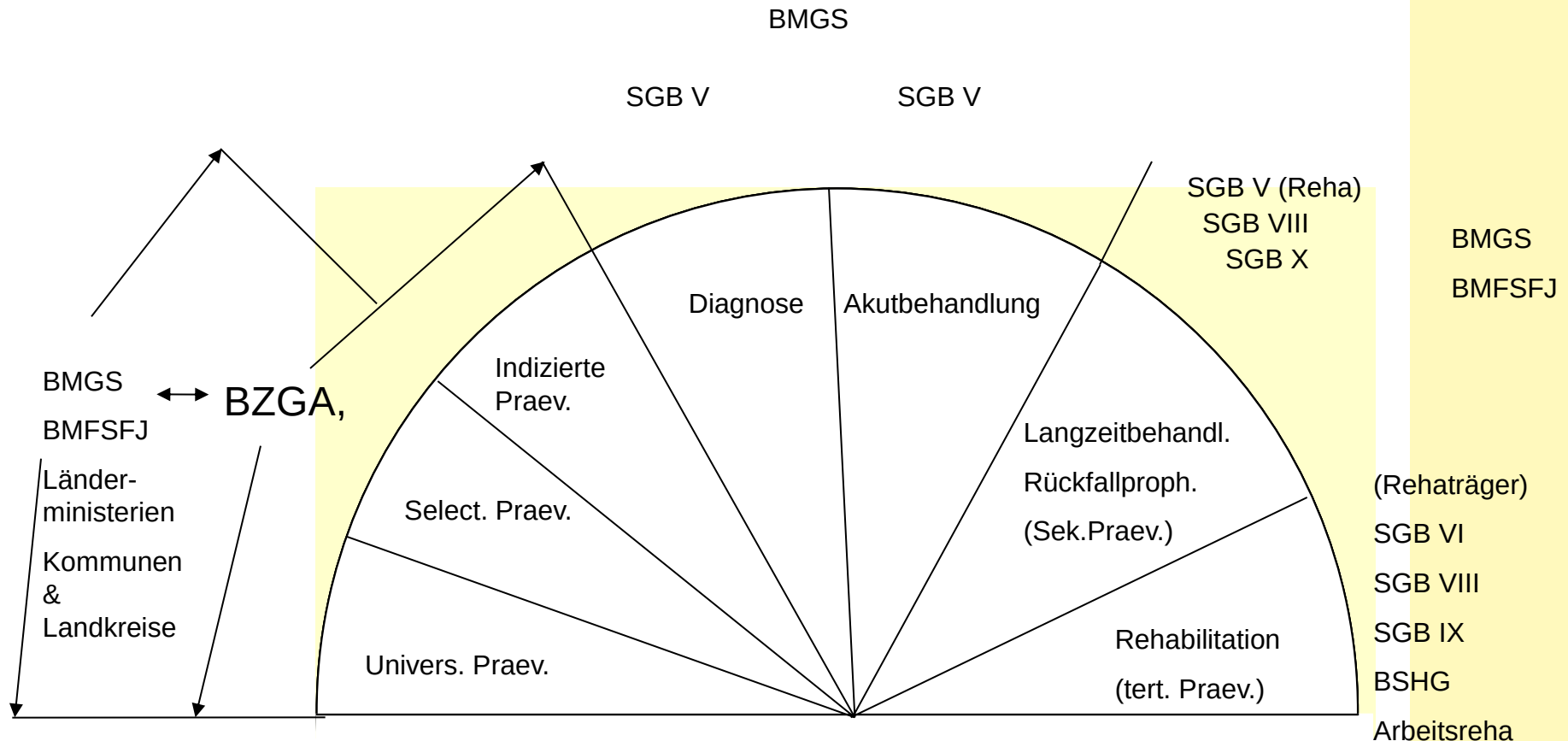
diverse gemeinnützige Organisationen

Keine Aktien, keine Beteiligungen an Pharmafirmen





Der Fächer der Möglichkeiten in der Prävention und Behandlung: Schnittmengen der Zuständigkeiten



Modifiziert nach:
Muñoz R., Mrazek P.J., Haggerty, R.J., 1996.
Institute of Medicine Report and Prevention of Mental Disorders. American Psychologist, 51, 1116-1122)





Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Versorgung:

Entwicklungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Entwicklungen in der Kinder- und

Jugendlichenrehabilitation

Schlussfolgerungen und Thesen



Psychische Störungen bei Minderjährigen

Breites Spektrum spezifischer Störungen im Kindes- und Jugendalter:

Oppositionelles
Trotzverhalten

Zwangsstörungen

ADHD

Mutismus

Störung des
Sozialverhaltens

Essstörungen

Autismus

Emotionale Störung
mit Trennungsangst

Enuresis



Risikogruppen KJPP und Epidemiologie

Neue Ergebnisse der KIGGS-Welle 1 (2014)

12.368 Kinder und Jugendliche aus 167 Orten, verzerrungsarme Stichprobe

Telefonerhebung Eltern, Eltern+Jug. Ab 11J

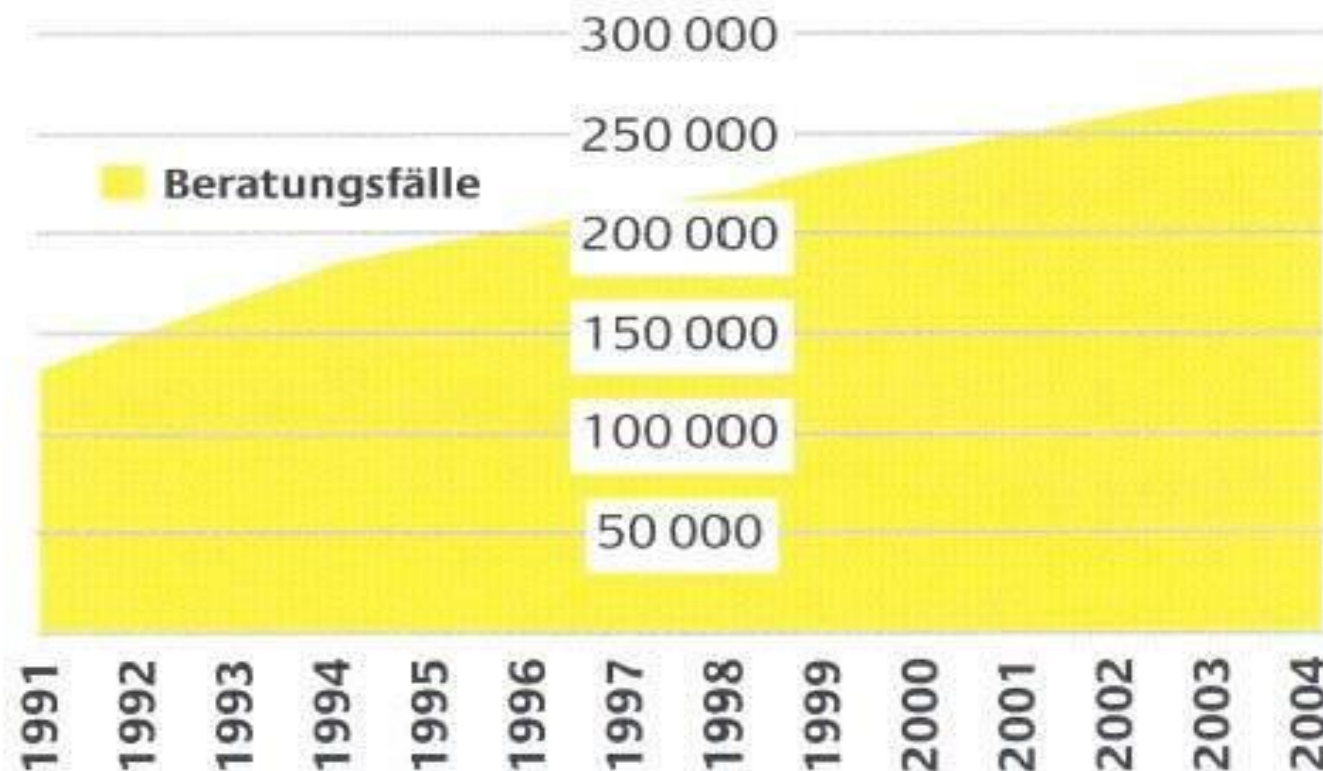
SES-korrigiert: parallel DEGS (mehrdimensionaler Index, Punktscore auf Basis von Angaben der Eltern zu Schulbildung und beruflicher Qualifikation, beruflichen Stellung und Netto-Äquivalenzeinkommen)

20,2 % aller untersuchten Kinder und Jugendlichen zeigen psychische Auffälligkeiten (Risikogruppe)

(weniger als bei Erwachsenen)



Entwicklung der Inanspruchnahme psychosozialer Dienstleistungen durch Eltern



Quelle: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe, Deutschland



Risikofaktoren

Bella Studie (Ravens - Sieberer 2006) und RKI Survey KIGGS (2006, 2007) bestätigen englische Befunde (Meltzer et al. 2001):

doppeltes Risiko bei Alleinerziehen (OR:2,09)

aktuelle Familienkonflikte (OR: 4,97)

Konflikte in der Familie der Eltern (OR: 2,02-3,89)

Unzufriedenheit in der Partnerschaft (OR: 2,75)

Die Risiken zu erkranken sind auch schichtabhängig:

unterste vs. oberste Sozialschicht:

Risiko für Hyperaktivität x 3,2

Dissozialität x 4,7

Ängste x 1,7

Risiko für psychische Erkrankung steigt mit mehreren Belastungen

bei 3 Risiken 30,7%

bei 4 Risiken 47,7% aller betroffener Kinder





Die Besonderheit im Kindes und Jugendalter: psychosoziale Ursachen



Wissensstand über Beginn und Verlauf von psychischen Störungen

Early childhood behavioral inhibition, adult psychopathology and the buffering effects of adolescent social networks: a twenty-year prospective study (Frenkel, Fox et al.)

temperament of behavioral inhibition is a significant marker for psychopathology in early adulthood and whether such risk is buffered by peer social networks.

► behavioral inhibition in early childhood: negative Assoziation mit psychischer Gesundheit im Erwachsenenalter ($R^2 = .07$, $p = .005$, $\beta = -.26$)

Signifkanter Einfluß: adolescent peer group social involvement and network size (Total $R^2 = .13$, $p = .027$, $\beta = -.22$).

Erhöhtes Risiko für Angstst. im Erwachsenenalter bei geringer sozialer Kontaktdichte ($p = .002$, $\beta = .43$)

Age of onset of mental disorders: A review of recent literature (Kessler, Amminger, Aguilar-Gaxiola et al. 2007)

Median and inter-quartile range (IQR; 25th–75th percentiles):

Phobien	(7–14, IQR: 4–20)
Impulskontrollstörung	(7–15, IQR: 4–35)
Andere Angststörungen	(25–53, IQR: 15–75),
Affektive Störungen	(25–45, IQR: 17–65)
Substanzabusus/Sucht	(18–29, IQR: 16–43)

Fast die Hälfte aller psychischen Störungen beginnt in Pubertät, $\frac{3}{4}$ in den Mittzwanzigern





Maudsley long term follow up Studie: MDD & Conduct Disorder: Komorbidität – auch im späteren Lebensalter von Bedeutung!

Table 3 Rates of psychiatric disorders through follow-up

	MDD (n=96)	CD-MDD (n=53)	Odds ratio ¹	95% CI	P
Any depression	74.0	77.4	1.29	0.56–2.96	0.55
Major depression	63.5	60.4	0.91	0.44–1.89	0.80
Minor depression	13.5	26.4	2.34	1.0–5.49	0.05
Dysthymic disorder	9.4	15.1	1.76	0.63–4.89	0.28
Bipolar disorders	5.2	3.8	0.67	0.12–3.69	0.64
Any affective disorder	75.0	77.4	1.21	0.53–2.79	0.65
Briquet's disorder	6.2	17.0	3.2	1.06–9.58	0.04
Any anxiety disorder ²	36.5	45.3	1.51	0.75–3.04	0.25
Generalised anxiety	12.5	15.1	1.25	0.48–3.29	0.65
Panic disorder	12.5	22.6	2.14	0.87–5.27	0.10
Phobic disorder	22.9	24.5	1.12	0.50–2.50	0.79
Obsessive–compulsive disorder	5.2	7.5	1.51	0.39–5.89	0.56
Alcoholism	26.0	43.4	2.2	1.06–4.41	0.033
Schizophrenia	4.2	7.5	1.9	0.45–7.92	0.18
Drug misuse and dependence	1.0	28.3	40.3	5.1–319.2	0.0001
Eating disorders	6.2	15.1	2.96	0.93–9.38	0.065
Antisocial personality	1.0	45.3	89.4	11.2–712.3	0.0001
Any adult disorder	83.3	92.5	2.63	0.81–8.50	0.11

1. Adjusted for gender and age at follow-up.

2. Includes phobic, panic, generalised anxiety disorders and obsessive–compulsive disorder.

CD-MDD, major depressive disorder with conduct disorder; MDD, major depressive disorder without conduct disorder.



Hochrisikokonstellationen

Kinder in institutioneller Erziehung

Dölitzsch C, Fegert JM, Künster A, Kölch M, Schmeck K, Schmid M (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. Kindheit und Entwicklung, 23 (3), 140-150

Schmid M, Dölitzsch C, Perez T, Jenkel N, Schmeck K, Kölch M, Fegert JM (2014). Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung – welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten? Kindheit und Entwicklung 23(3), 161-72

frühe Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch

Kinder psychisch kranker Eltern

Über die Hälfte der Eltern schätzt Kinder als behandlungsbedürftig ein, aber ca. 25% der Kinder erhalten spezielle Hilfe

Schmid & Kölch 2007, Kölch M, Ziegenhain U, Fegert JM (Hrsg.) (2014). Kinder psychisch kranker Eltern - Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung.





Prävalenz für psychische Störungen in der Ulmer Heimkinderstudie

Nützel et al. 2006

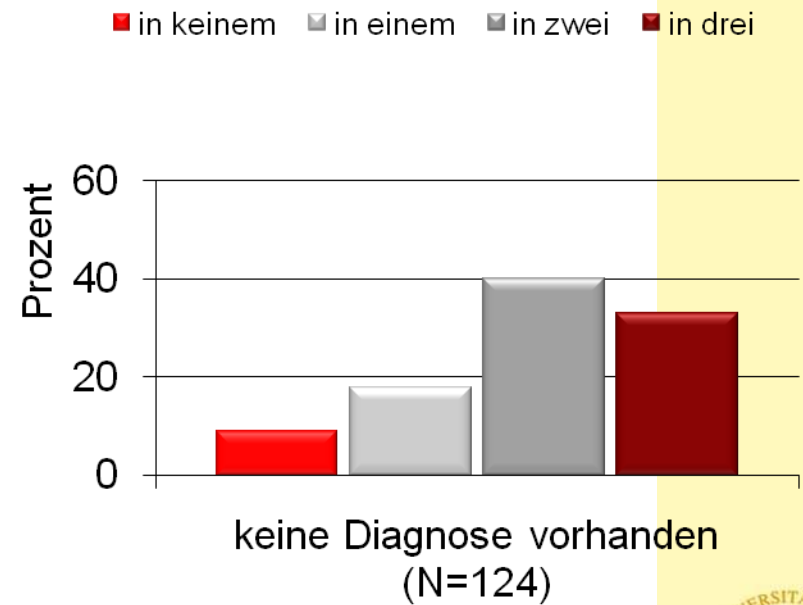
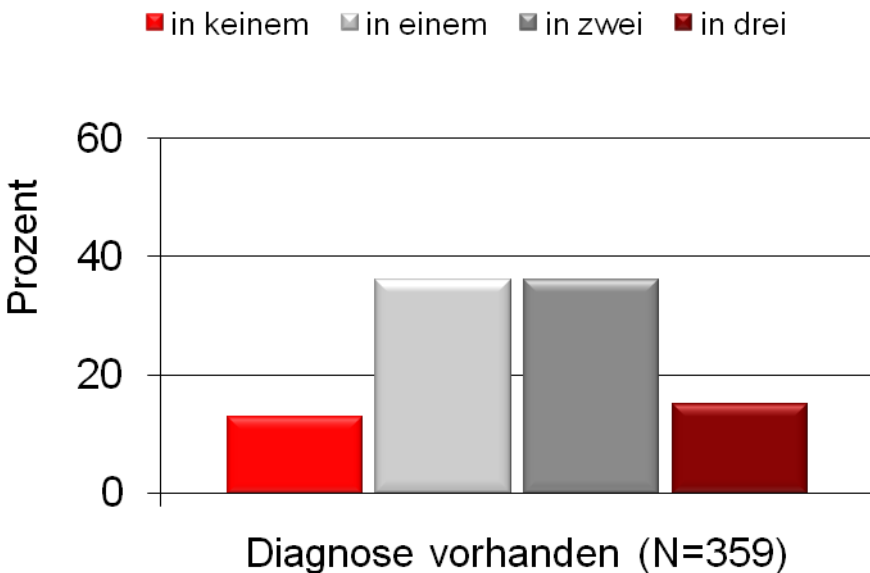
Diagnose	Prävalenz bei Heimkindern	Prävalenz in Normalpopulation
St. Sozialverhalten (F 91, F 92)	26 % (+ 22 % F 90.1)	6 %
ADHD (F 90.0 + F 90.1)	24 %	3-6 %
Depression (F 32, F 34)	10,4 %	1-5 %
Angststörungen	4 %	1,8 – 5,3 %
Enuresis	6 % (14 J.)	2 %
Sucht/ Substanzabusus	8,8 % (14 J.)	4 % Alkohol (16 J.) 1 % Cannabis (14 J.)





Pädagogische Zielerreichung und psychische Erkrankung

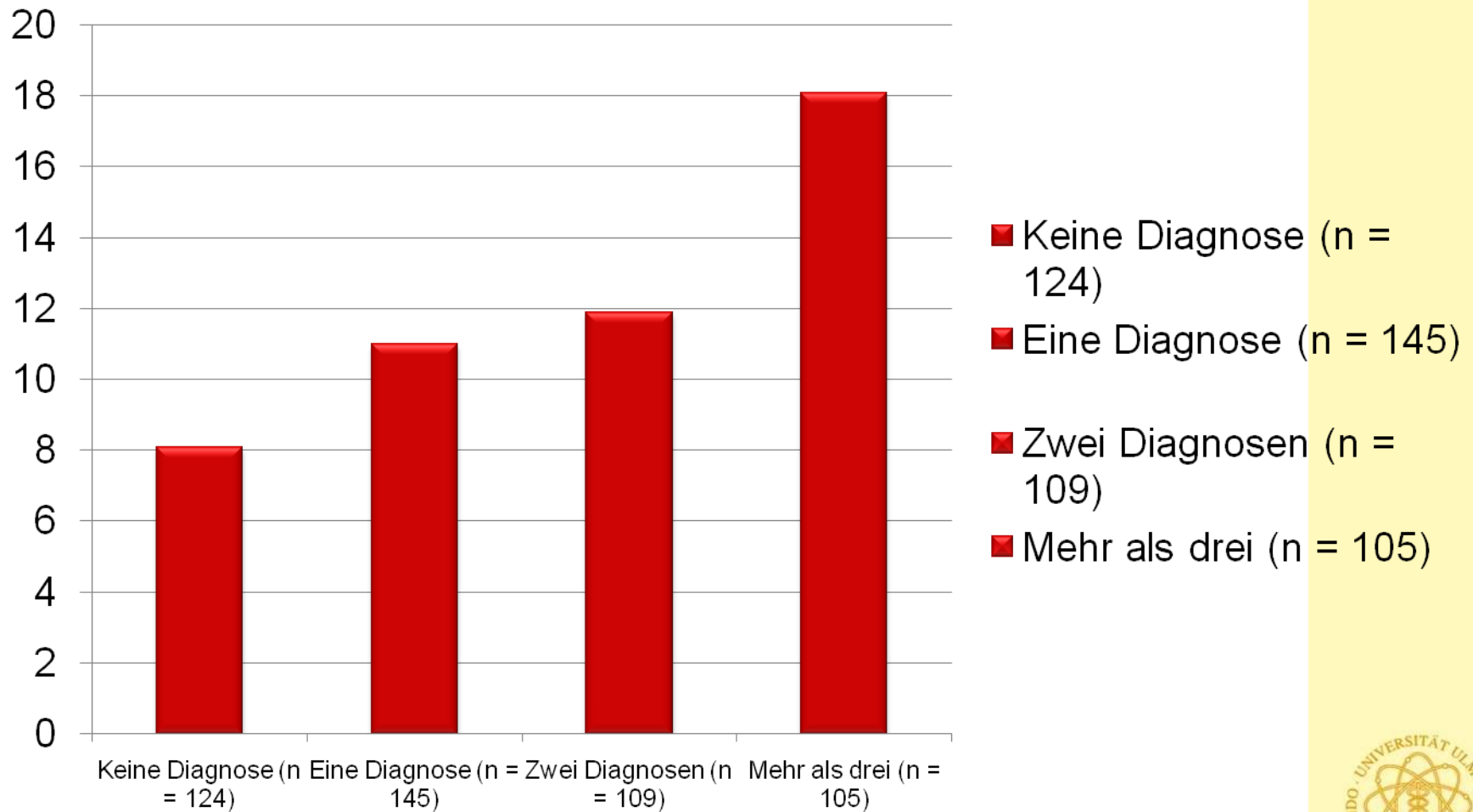
Unterschied zwischen Jugendlichen mit und ohne **Psychische Erkrankung** (ICD-10) in der „**Anzahl der individuellen Ziele mit Verbesserung**“





Komorbidität und irreguläres Massnahmenende

Häufigkeit in %





Hochrisikokonstellationen

Kinder in institutioneller Erziehung

Dölitzsch C, Fegert JM, Künster A, Kölch M, Schmeck K, Schmid M (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. Kindheit und Entwicklung, 23 (3), 140-150

Schmid M, Dölitzsch C, Perez T, Jenkel N, Schmeck K, Kölch M, Fegert JM (2014). Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung – welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten? Kindheit und Entwicklung 23(3), 161-72

frühe Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch

Kinder psychisch kranker Eltern

Über die Hälfte der Eltern schätzt Kinder als behandlungsbedürftig ein, aber ca. 25% der Kinder erhalten spezielle Hilfe

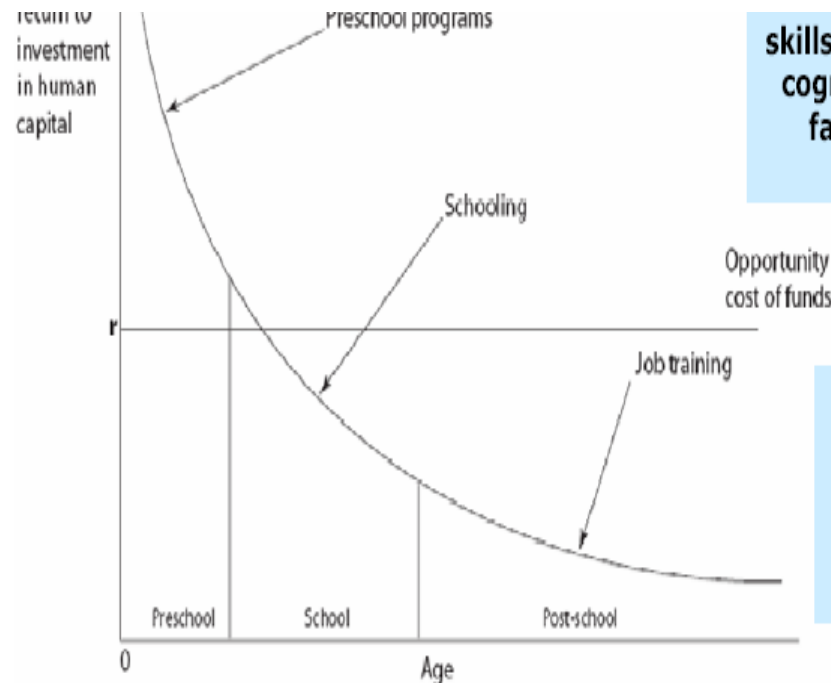
Schmid & Kölch 2007, Kölch M, Ziegenhain U, Fegert JM (Hrsg.) (2014). Kinder psychisch kranker Eltern - Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung.



CabinetOffice



Prime Minister's Strategy Unit



Rates of return to human capital investment initially setting investment to be equal across all ages

skills (both cognitive and non-cognitive) acquired early on facilitate later learning"

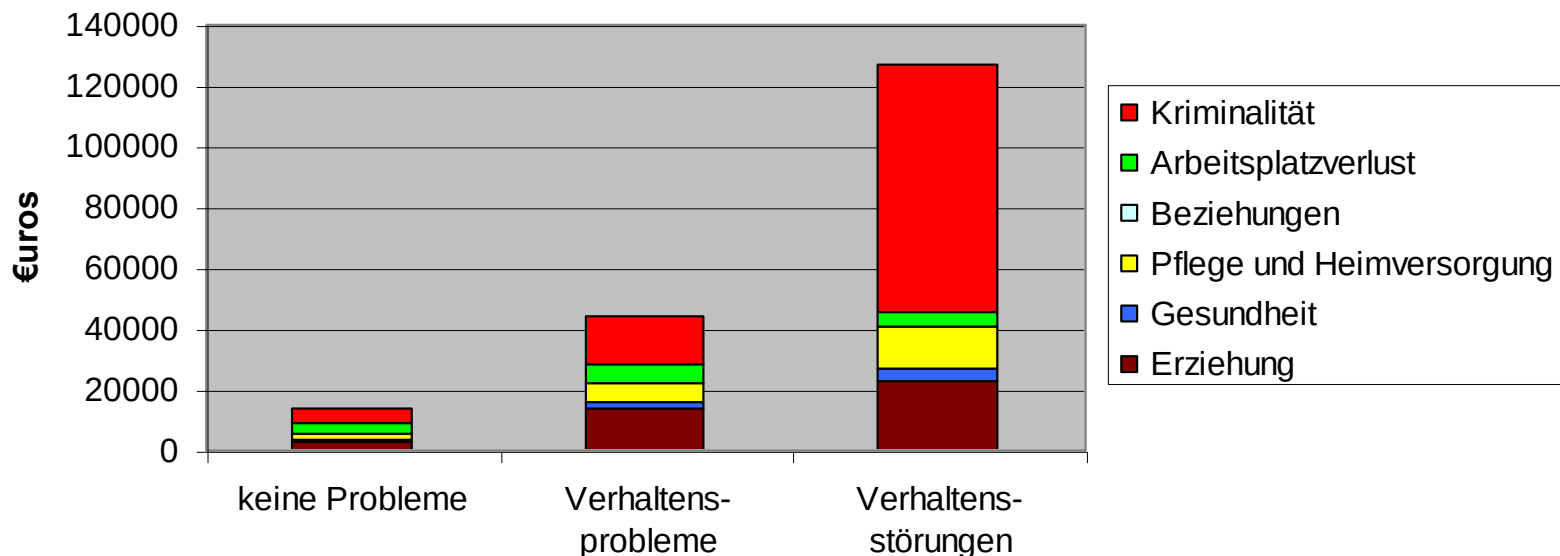
Heckman (2005)

"If the race is already halfway run even before children begin school, then we clearly need to examine what happens in the earliest years"

(Esping-Anderson, 2004)



Kosten der sozialen Ausgrenzung: Langzeit- Follow-up von Kindern mit und ohne Verhaltens-Störungen und psychischen Störungen



Quelle: Scott S.; Knapp M.; Henderson J.; Maughan B.: Financial cost of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood, British Medical Journal (BMJ), 323, 191-196. Umrechnung in Euro durch David McDaid, Mental Health Economics European Network.



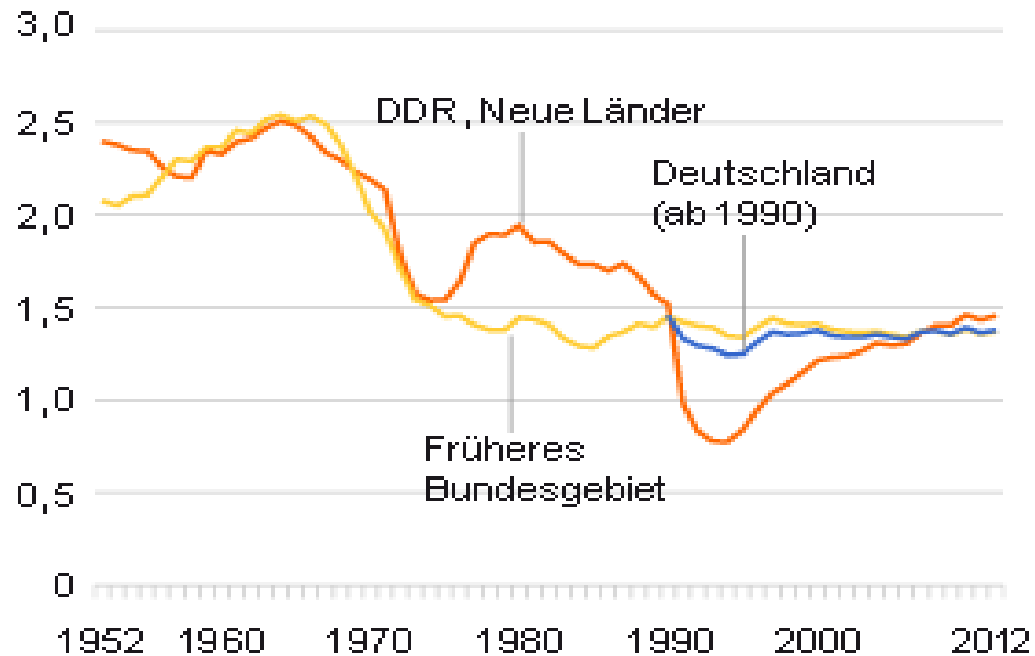
Wie entwickelt sich die Versorgung, wie die Bevölkerung?



Geburtenziffer: konstant

Zusammengefasste Geburtenziffer

Kinder je Frau (Kalenderjahre)



© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013

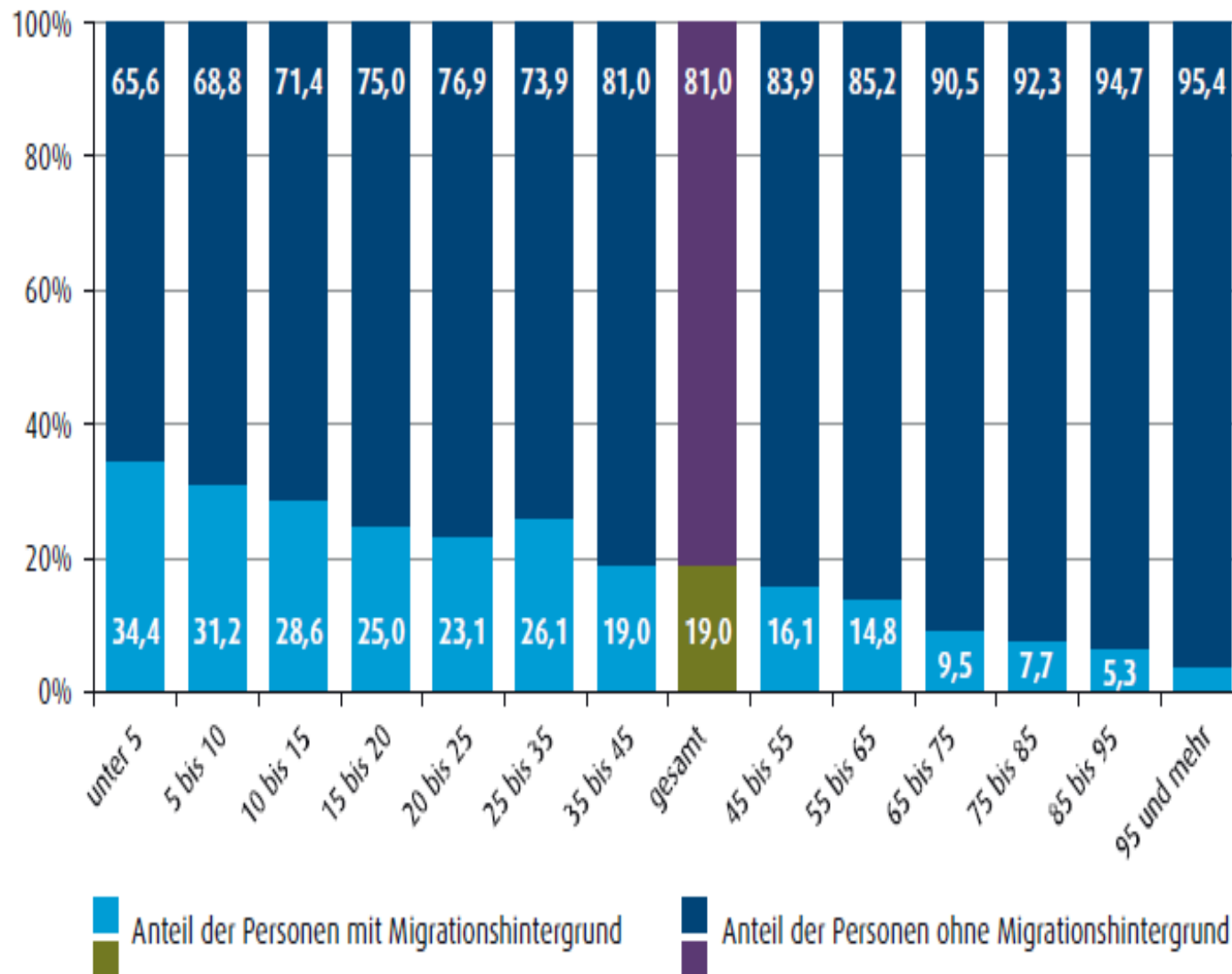


Aber: mehr Zuwanderung

Zunahme der Bevölkerung mit Migrationshintergrund: + 3,8 %,
eigene Migration + 3,6 % und deutlicher Geburtenüberschuss
gegenüber Einheimischen

= besonders hoher Anteil an Personen mit Migrationshintergrund
bei unter 18jährigen

Abb. 4.1 Bevölkerung nach Migrationshintergrund in Altersgruppen 2008



Aus:

Jahresgutachten 2010,
Sachverständigenrat
deutscher Stiftungen
für Integration und
Migration





Kinder mit Migrationshintergrund: 30 % Armutsrisiko vs. 12,9 % allgemein

Tabelle 2 Armutsgefährdungsquote nach
Migrationsstatus und soziodemo-
grafischen Merkmalen 2010

	Ohne Migra- tionshin- tergrund	Mit Migra- tionshin- tergrund	Differenz
	%		Prozent- punkte
Insgesamt	11,7	26,2	14,5
männlich	11,0	25,9	14,9
weiblich	12,3	26,5	14,2
nach dem Alter			
unter 18 Jahren	12,9	30,0	17,1
18 bis unter 25 Jahre	20,9	28,5	7,6
25 bis unter 50 Jahre	10,5	23,6	13,1
50 bis unter 65 Jahre	10,4	23,7	13,3
65 Jahre und mehr	10,7	28,7	18,0
nach dem Haushaltstyp			
Einpersonenhaushalte	22,1	35,4	13,3
Paare ohne Kind	7,1	20,0	12,9
zwei Erwachsene und mindestens ein Kind unter 18 Jahren	7,3	26,6	19,3
Alleinerziehende mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren	33,9	49,3	15,4

Aus:
Fuhr 2012.
Daten des
Mikrozensus 2010;
Hrsg. Stat.
Bundesamt

Risikokumulation





Behandlungsrealität



BELLA-Studie (2014)

Neue Ergebnisse (Ravens-Sieberer et al 2014, e-pub):

74 % der untersuchten 2.862
Kinder/Jugendlichen 7-17 J

blieben über 6 J symptomfrei.

16 % remittierten

3 % persistierende psych. Störungen

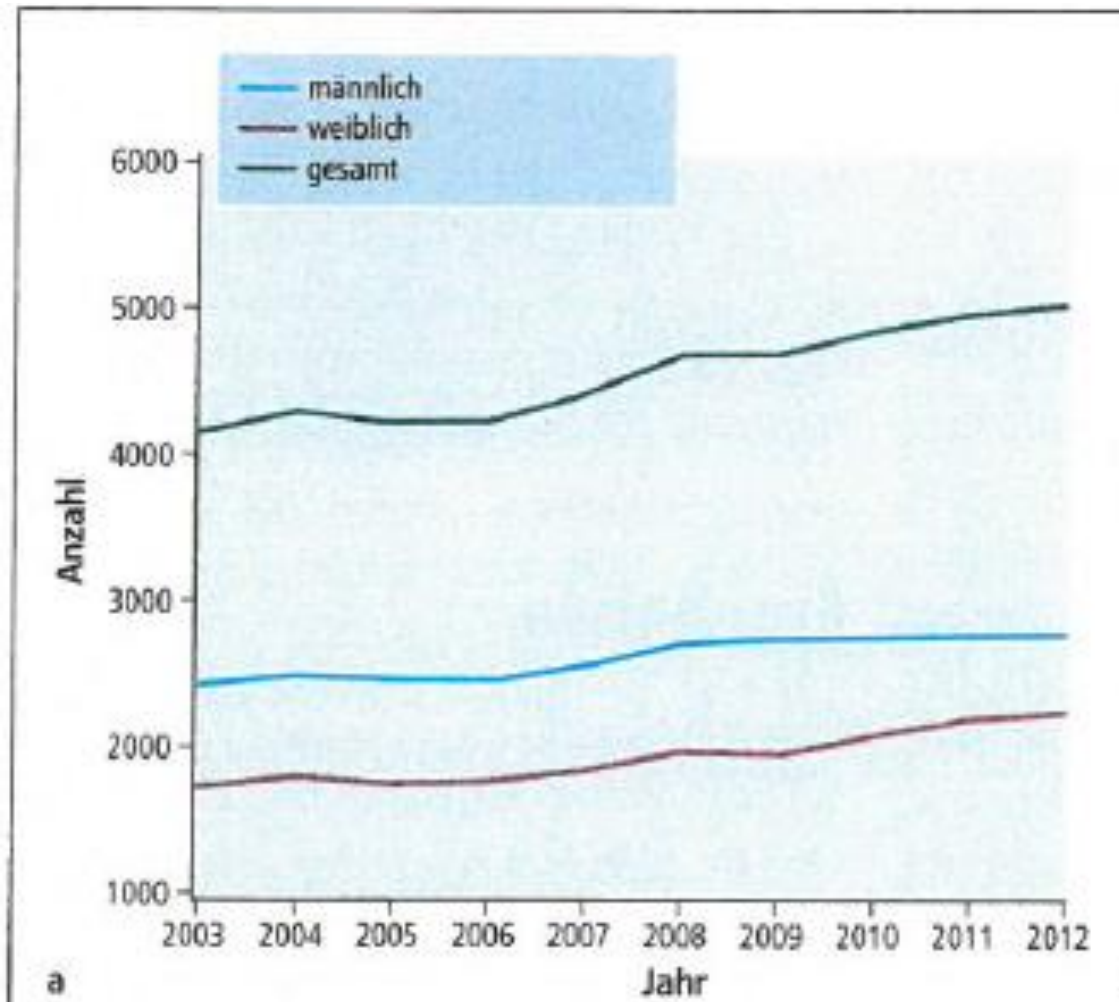
64 % behandelt

7 % akute oder rezidivierende psych. Störungen

33 % behandelt



Krankenhausbehandlung bei 0-15 Jährigen mit F-Diagnose 2003-2015





Dennoch: seit Psych-PV deutlicher Bettenabbau und Leistungsverdichtung KJPP

	1991	1995		2005	2013	1991-2013 Veränd.	
Fallzahl	20.108	23.302		37.699	55.633	+277 %	
Verweildauer Tage	126,3	63,4		43,2	36,2	- 71 %	
Berechnungs/ -Beleg.tage	2.539.894	1.478.076		1.626.719	2.011.564	- 21 %	
Betten, aufgest.	8.316	4.858		4.921	5.941*	- 29 %	

Quelle: Stat.Bundesamt, Jahresberichte Fachserie 12. Reihe 6, und eig. Berechnungen Renate Schepker

*= Zuwachs bedingt durch moderaten Ausbau a) ortsnahe Einrichtungen sowie Nachbesserungen im Bereich unterversorgter Gebiete und b) spezieller Angebote wie z.B. für die Suchtbehandlung Jugendlicher





Ambulant

2.500 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der ambulanten Versorgung von minderjährigen Patienten tätig

Das Postulat „ambulant vor stationär“ wird in Deutschland mit mehr als 700 Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie gemessen am europäischen Vergleich vorbildlich umgesetzt.

Aber Verteilung bundesweit extrem heterogen

Wartezeiten



Die Realität in der Versorgung – in der Studie der BPtK

Abbildung 4: Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch (Anteil über drei Monate)

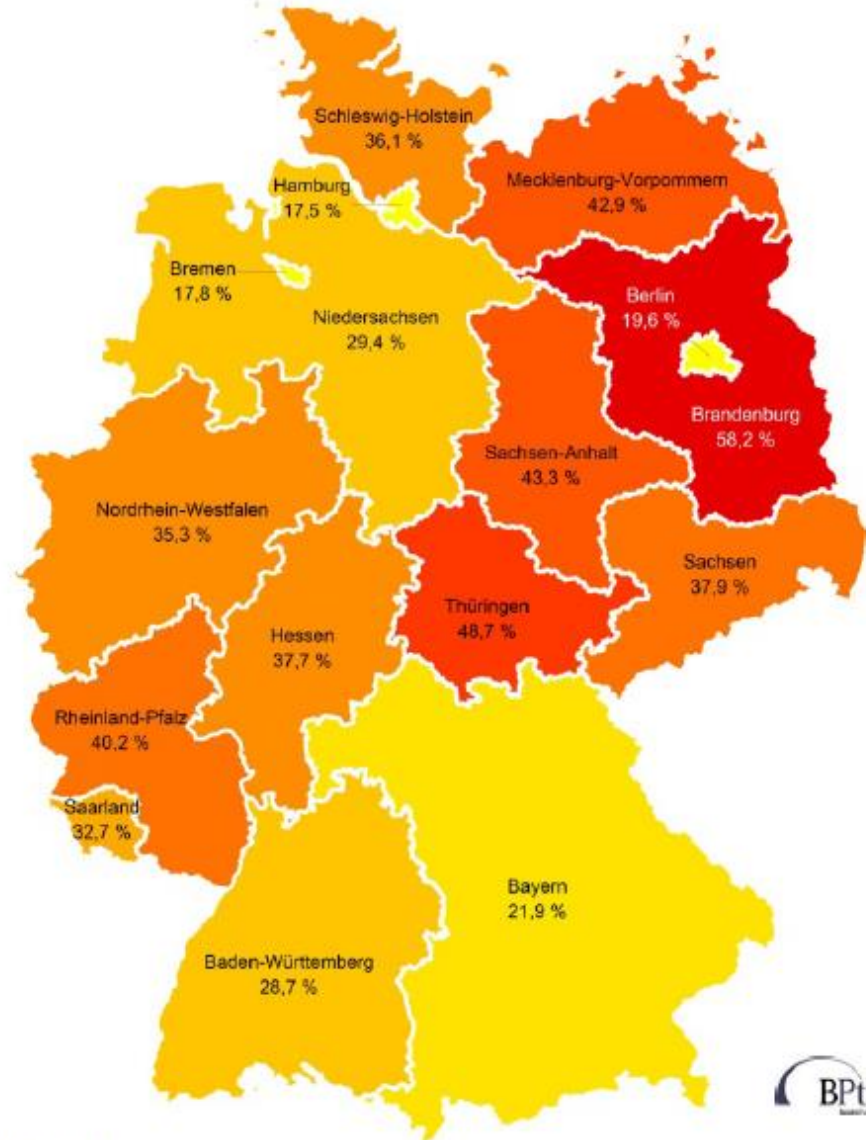
Wartezeiten auf PT lang:

12,5 Wochen auf Erstgespräch

31,5% der Patienten warten länger

als drei Monate

BPtK 2011



Quelle: BPtK, 2011



Entwicklung Zusammenfassung

- Zunahme an Diagnosen im psychischen Bereich
- Zunahme an behandelten Kindern und Jugendlichen:
 - Stationär mit Verkürzung der Behandlungsdauer
 - Ambulant absolut
- Zunahme an Risikokonstellationen für chronische Erkrankungsverläufe und damit längerfristige Teilhabebeeinträchtigung
- Zunahme der Leistungen der Jugendhilfe
- Zunahme der psychischen Störungen bei den Gründen für eine Rehamaßnahme
- Abnahme der Rehamaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen



Folgen für die Versorgung von Kindern mit psychischen Störungen: Fokus der Angebote

KJP stationär

Zunahme der Akutbehandlung und schwere Störungsbilder (d.h. mit starker Funktionseinschränkung)

Ambulant

langfristige Behandlung, aber Wartezeiten und Beschränkung der Möglichkeiten bei intensivierten Angeboten

JH

HZE oder Hilfen zur Beseitigung einer Teilhabebeeinträchtigung (§35a SGB VIII)

Neben akuten und kurzfristigen Maßnahmen (z.B. Clearing) entsprechend Entwicklungsgedanke: eher langfristige Maßnahmen

► aber Bedarf an kombinierter Versorgung und Betreuung (medizinisch/psychotherapeutisch und pädagogisch) bei schwerkranken und chronisch Beeinträchtigten notwendig



Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Wissenszuwachs über effektive Therapien

Beispiel depressive Störungen



Ergebnis Epidemiologie und Studienlage: Stratifizierung in der Behandlung notwendig

25% der depressiven Jugendlichen verbessert sich nach einer psychosozialen Beratung/Kurzpsychotherapie (Harrington, Whittaker, Shoebridge, Campbell 1998; Birmaher, Brent, Kolko, Baugher, Bridge et al. 2000)

Frühzeitige Intervention

Effektive Therapiemethoden:

- soziale Kompetenz
- Problemlösen
- Aktivierung
- Identifikation von dysfunktionalen Mechanismen
- Üben von alternativen Verhalten und Denken
- Gruppenerfahrungen

Harrington RC, Whittaker J, Shoebridge P, Campbell F. Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. BMJ 1998;316:1559-63.

Birmaher B, Brent DA, Kolko D, Baugher M, Bridge J, Holder D, et al. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 2000;57:29-36.





Aktuelle Ergebnisse zur Behandlungsrealität in Deutschland: depressive Störungen

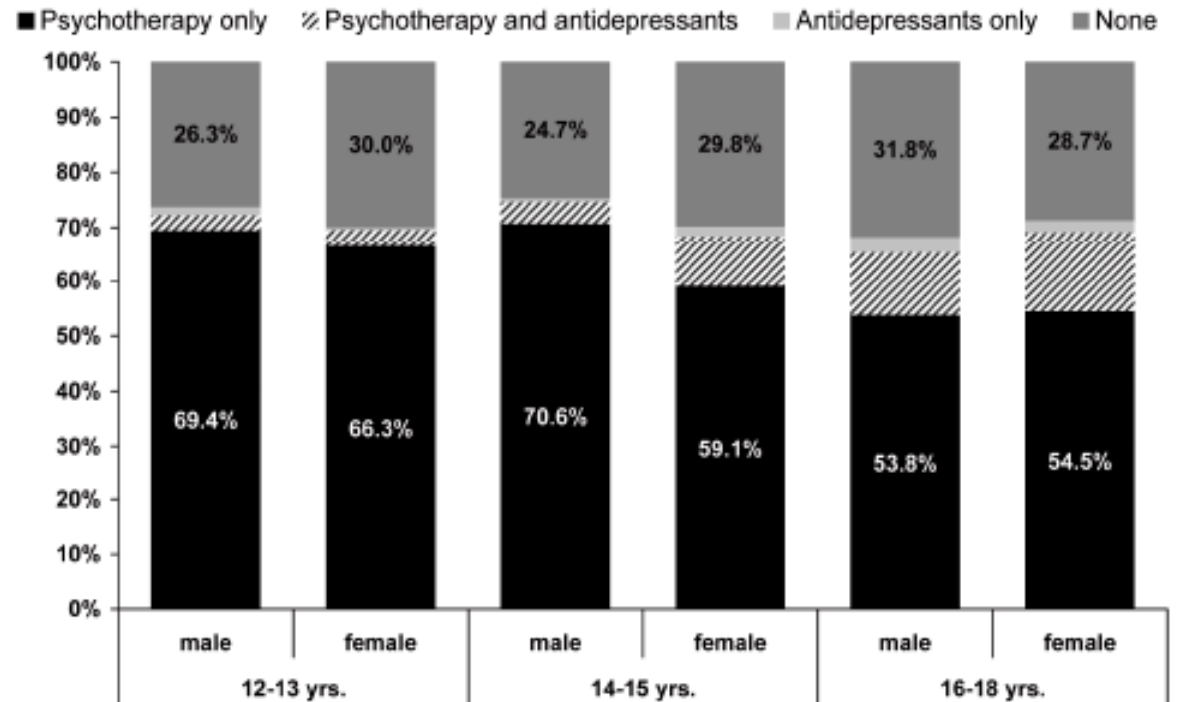
von 140.000 Jugendlichen
12-18 Jahre

4.300 mit einer Diagnose

knapp 60% Mädchen

von allen Jugendlichen mit
Diagnose

knapp 30% in KJP
Behandlung



Hoffmann et al. 2012





Entwicklungsmöglichkeiten für Reha aus Sicht der KJP

Fokus auf spezifische, nicht gedeckte Bedürfnisse im Rahmen der SGB V Behandlung

Risikogruppen:

Chronische Erkrankungen und psychische Störungen

Typische Konstellationen mit Risikofaktoren wie

- Mobbing,
- Selbstwertproblemen,
- Krankheitsverarbeitung und Selbstbild



Bedürfnisse aus Sicht der KJP: Beispiele

Früh beginnende Störungen mit hohem Bedarf an Lernen von sozialer Kompetenz und Interaktionsschulung (Einbezug von Eltern)

- oppositionelles Verhalten
- Bindungsstörungen
- Autistische Störungen

Störungen mit hoher Chronifizierungsneigung und dadurch hoher Gefahr für langfristige Desintegration

- Angststörungen
- Schizophrene Störungen



Herausforderung

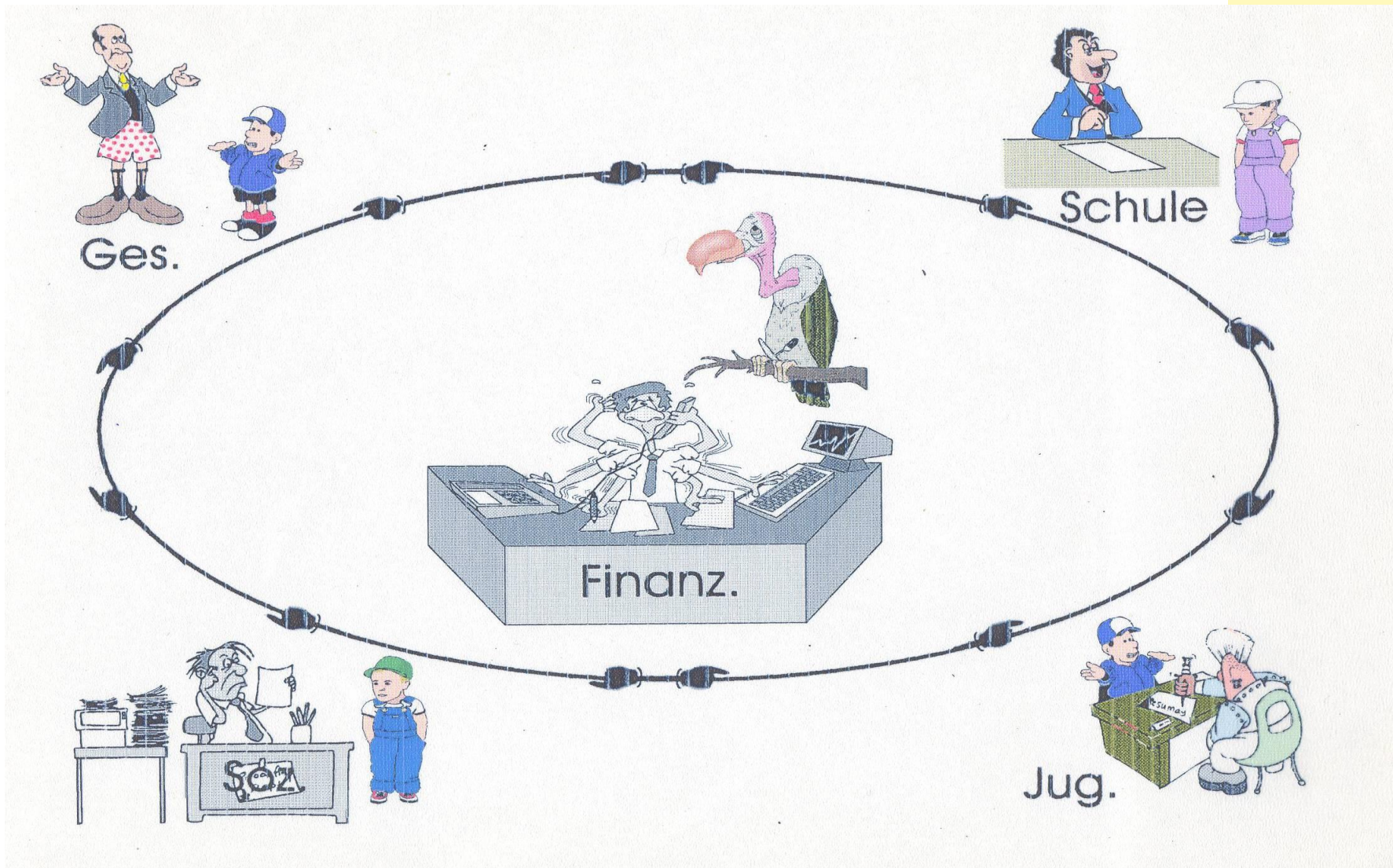
Transmission in den Alltag sichern

Wellenartige Verläufe und Entwicklungsschwellen als Risikozeiten für das (Wieder-)Auftreten von psychischen Problemen erkennen

Flexibilisierung der Behandlung auf die Bedürfnisse der Kinder, Jugendlichen und Familien ausgerichtet



Kann das wirklich hindern, eine bessere Versorgung zu erreichen ?





Fazit

- Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ambulant und stationär feststellbar
- Wissen um effektive Maßnahmen enorm gestiegen
- Mehrfachbedarf psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist belegt
- Offen bleiben muss, ob die schwer Kranken auch den besten Versorgungszugang haben
- Prävention unzureichend mit Folge der hohen Gefahr der Chronifizierung
- Spezielle Gruppen: Fehlen von geeigneten Angeboten zur Beseitigung der Teilhabebeeinträchtigung



Vivantes

Netzwerk für Gesundheit

Kliniken für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

