



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Abschlussbericht 2014

Konsentierte Fassung

Autor:

Dr. Bernd Hagen

Köln, Mai 2015

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

Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung in der
Bundesrepublik Deutschland
Rechtsfähige Stiftung

Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin
Tel. +49 30 4005 2450
Fax +49 30 4005 2490
zi@zi.de

Vorstandsvorsitzender:
Dr. med. Andreas Gassen
Geschäftsführer:
Dr. Dominik Graf von Stillfried

Vorstandsmitglieder:
Dipl.-Med. Regina Feldmann
Dr. med. Wolfgang Krombholz
Dr. med. Peter Potthoff
Dr. med. Angelika Prehn
Dr. med. Sigrid Ultes-Kaiser

Inhalt

Zusammenfassung	5
1. Einleitung	7
2. Datenstand und Beteiligung	10
2.1 Ärztliche Teilnehmer	10
2.2 Patienten	13
2.3 Patienten, die zwischen 2013 und 2014 aus der SPV-Betreuung ausgeschieden sind	18
2.4 Patienten in der SPV-Evaluation 2013 im Vergleich zu früheren Studien	20
3. Befunde	21
3.1 Klinisch-psychiatrisches Syndrom	21
3.2 Umschriebene Entwicklungsstörungen	27
3.3 Intelligenzniveau	29
3.4 Körperliche Symptomatik	30
3.5 Assoziierte abnorme psychosoziale Umstände	32
3.6 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung	35
3.7 Befunde bei den ausgeschiedenen Patienten	37
3.8 Diagnostische Befunde bei den Patienten in der SPV-Evaluation 2013 im Vergleich zu früheren Studien	39
4. Behandlung	41
4.1 Ärztliche Behandlung	41
4.2 Veränderungen bei der ärztlichen Behandlung	45
4.3 Ärztliche Behandlung ausgeschiedener Patienten	48
4.4 Behandlung durch SPV-Mitarbeiter innerhalb der Praxis	48
4.5 Veränderungen bei der Behandlung durch SPV-Mitarbeiter innerhalb der Praxis	54
4.6 Behandlung ausgeschiedener Patienten durch SPV-Mitarbeiter innerhalb der Praxis	55
4.7 Behandlung durch Kooperationspartner außerhalb der Praxis	56
4.8 Veränderungen bei der Behandlung durch externe Kooperationspartner	60
4.9 Behandlung ausgeschiedener Patienten durch externe Kooperationspartner	61
4.10 Behandlung der Patienten in der SPV-Evaluation 2013 im Vergleich zu früheren Studien	62
5. Bewertung der Behandlung	64
5.1 Bewertung der Behandlung aus ärztlicher Sicht 2013	64
5.2 Veränderungen der Bewertung der Behandlung aus ärztlicher Sicht	68
5.3 Bewertung der Behandlung ausgeschiedener Patienten aus ärztlicher Sicht	70
5.4 Bewertung der Behandlung aus Sicht des Patienten und deren Veränderung	71
5.5 Bewertung der Behandlung in der SPV-Evaluation 2013 im Vergleich zu früheren Studien	75
6. Behandlungsstatus, Kontakthäufigkeit und Fallbesprechung	77
7. Resümee	80
8. Literatur	84
9. Anhang	87
9.1 Liste der Hauptdiagnosen nach ICD-10-Oberkategorien	87
9.2 Liste der Nebendiagnosen nach ICD-10-Oberkategorien	88
9.3 Einflussfaktoren einer positiven Bewertung des Behandlungserfolgs 2014	90
9.4 Einflussfaktoren einer positiven Bewertung der Symptomverbesserung 2014	90

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Arztgruppen.....	11
Abbildung 2: Kooperation mit Berufsgruppen innerhalb und außerhalb der Praxis	12
Abbildung 3: Kooperation mit Berufsgruppen außerhalb der Praxis	12
Abbildung 4: Altersgruppen.....	14
Abbildung 5: Behandlungsanlässe	16
Abbildung 6: Dauer einer früheren psychiatrischen Behandlung	17
Abbildung 7: Die 14 häufigsten Hauptdiagnosen	21
Abbildung 8: Die 13 häufigsten Nebendiagnosen.....	26
Abbildung 9: Entwicklungsstörungen zusammengefasst nach Alter und Geschlecht.....	27
Abbildung 10: Verteilung der IQ-Gruppierung.....	29
Abbildung 11: Hauptdiagnosen und IQ-Gruppierung	29
Abbildung 12: Die 13 häufigsten Diagnosegruppen einer körperlichen Symptomatik	31
Abbildung 13: Häufigkeit assoziierter abnormer psychosozialer Umstände	33
Abbildung 14: Ausmaß der psychosozialen Anpassung	35
Abbildung 15: Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung nach Alter und Geschlecht	35
Abbildung 16: Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung nach Diagnose und Geschlecht.....	36
Abbildung 17: Die 14 häufigsten Hauptdiagnosen in der Ausgangsgruppe und bei ausgeschiedenen Patienten	37
Abbildung 18: Häufigkeit der ärztlichen Behandlung	41
Abbildung 19: Häufigkeit der medikamentösen Behandlung in der Praxis.....	44
Abbildung 20: Veränderung der Häufigkeit der ärztlichen Behandlung	46
Abbildung 21: Häufigkeit der ärztlichen Behandlung in der Ausgangsgruppe und bei ausgeschiedenen Patienten.....	48
Abbildung 22: Berufsgruppen der behandelnden SPV-Mitarbeiter in der Praxis	49
Abbildung 23: Behandlung durch SPV-Mitarbeiter in der Praxis (1) – Psychoedukation, Entwicklungstherapie und andere	51
Abbildung 24: Behandlung durch SPV-Mitarbeiter in der Praxis (2) – störungsspezifische therapeutische Maßnahmen und Krisenintervention.....	52
Abbildung 25: Veränderung der Häufigkeit der Behandlung durch SPV-Mitarbeiter innerhalb der Praxis	55
Abbildung 26: Häufigkeit der Behandlung durch SPV-Mitarbeiter innerhalb der Praxis in der Ausgangsgruppe und bei ausgeschiedenen Patienten.....	56
Abbildung 27: Berufsgruppen der Kooperationspartner außerhalb der Praxis	57
Abbildung 28: Häufigkeit der medikamentösen Behandlung außerhalb der Praxis	59
Abbildung 29: Häufigkeit der medikamentösen Behandlung außerhalb der Praxis nach Diagnosen	59
Abbildung 30: Veränderung der Häufigkeit der Behandlung durch externe Kooperationspartner	60
Abbildung 31: Häufigkeit der Behandlung durch externe Kooperationspartner in der Ausgangsgruppe und bei ausgeschiedenen Patienten.....	61
Abbildung 32: Bewertung der Behandlung aus ärztlicher Sicht.....	64
Abbildung 33: Einflussfaktoren einer positiven Bewertung des Behandlungserfolgs.....	67
Abbildung 34: Einflussfaktoren einer positiven Bewertung des Symptomverbesserung	67
Abbildung 35: Veränderung der Bewertung der Behandlung aus ärztlicher Sicht.....	69
Abbildung 36: Bewertung der Behandlung aus ärztlicher Sicht in der Ausgangsgruppe und bei ausgeschiedenen Patienten	70
Abbildung 37: Bewertung der Behandlung aus Sicht der Patienten	71
Abbildung 38: Fehlende Patienten-Bewertungen der Behandlung	72
Abbildung 39: Bewertung der Behandlung aus Sicht der Patienten nach Alter und Geschlecht	72
Abbildung 40: Bewertung der Behandlung aus Sicht der Patienten nach Hauptdiagnose	73
Abbildung 41: Bewertung des Behandlungserfolgs aus Sicht der Ärzte und der Patienten	74
Abbildung 42: Häufigkeit der Kontakte nach Hauptdiagnosen.....	78

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Alter und Zeiträume der Erstvorstellung und Diagnosestellung.....	13
Tabelle 2:	Alter und Geschlecht nach Altersgruppen.....	14
Tabelle 3:	Veranlasser des Arztkontaktes nach Alter und Geschlecht	15
Tabelle 4:	Behandlungsanlass nach Alter und Geschlecht	16
Tabelle 5:	Dauer einer früheren psychiatrischen Behandlung nach Alter und Geschlecht	18
Tabelle 6:	Alter und Geschlecht ausgeschiedener Patienten nach Altersgruppen	19
Tabelle 7:	Die 14 häufigsten Hauptdiagnosen nach Alter und Geschlecht	22
Tabelle 8:	Hauptdiagnosen nach Strukturmerkmal Kooperation innerhalb der Praxis.....	23
Tabelle 9:	Hauptdiagnosen nach Strukturmerkmal Kooperation außerhalb der Praxis.....	24
Tabelle 10:	Hauptdiagnosen nach Dauer einer früheren Behandlung	25
Tabelle 11:	Hauptdiagnosen und die häufigsten Nebendiagnosen.....	26
Tabelle 12:	Hauptdiagnosen und die häufigsten Entwicklungsstörungen	28
Tabelle 13:	Diagnosegruppen einer körperlichen Symptomatik nach Alter und Geschlecht	31
Tabelle 14:	Hauptdiagnosen und Diagnosegruppen einer körperlichen Symptomatik	32
Tabelle 15:	Abnorme psychosoziale Umstände nach Alter und Geschlecht	33
Tabelle 16:	Hauptdiagnosen und abnorme psychosoziale Umstände	34
Tabelle 17:	Häufigkeit abnormer psychosozialer Umstände in der Ausgangsgruppe und bei ausgeschiedenen Patienten	38
Tabelle 18:	Ärztliche Behandlung nach Alter und Geschlecht.....	42
Tabelle 19:	Hauptdiagnosen und ärztliche Behandlung.....	43
Tabelle 20:	Medikamentöse Behandlung in der Praxis nach Alter und Geschlecht	44
Tabelle 21:	Hauptdiagnosen und medikamentöse Behandlung in der Praxis.....	45
Tabelle 22:	Hauptdiagnosen und ärztliche Behandlung 2013 vs. 2014.....	46
Tabelle 23:	Hauptdiagnosen und deren Behandlung durch SPV-Mitarbeiter in der Praxis	50
Tabelle 24:	Behandlung durch SPV-Mitarbeiter in der Praxis nach Alter und Geschlecht	52
Tabelle 25:	Hauptdiagnosen und Art der Behandlung durch SPV-Mitarbeiter in der Praxis.....	53
Tabelle 26:	Behandlung durch externe Kooperationspartner nach Alter und Geschlecht.....	57
Tabelle 27:	Hauptdiagnosen und deren Behandlung durch externe Kooperationspartner	58
Tabelle 28:	Bewertung der Behandlung durch den Arzt nach Alter und Geschlecht	65
Tabelle 29:	Hauptdiagnosen und die Bewertung des Behandlungserfolgs	66
Tabelle 30:	Häufigkeit der Kontakte nach Quartal der Behandlung.....	77
Tabelle 31:	Hauptdiagnosen und Regelmäßigkeit einer patientenorientierten Fallbesprechung	79

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 behandelter 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. Keine 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-Evaluation. 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; Steinhäuser, 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“ (Wölfle 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 Diagnosedaten 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 Parameter. 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

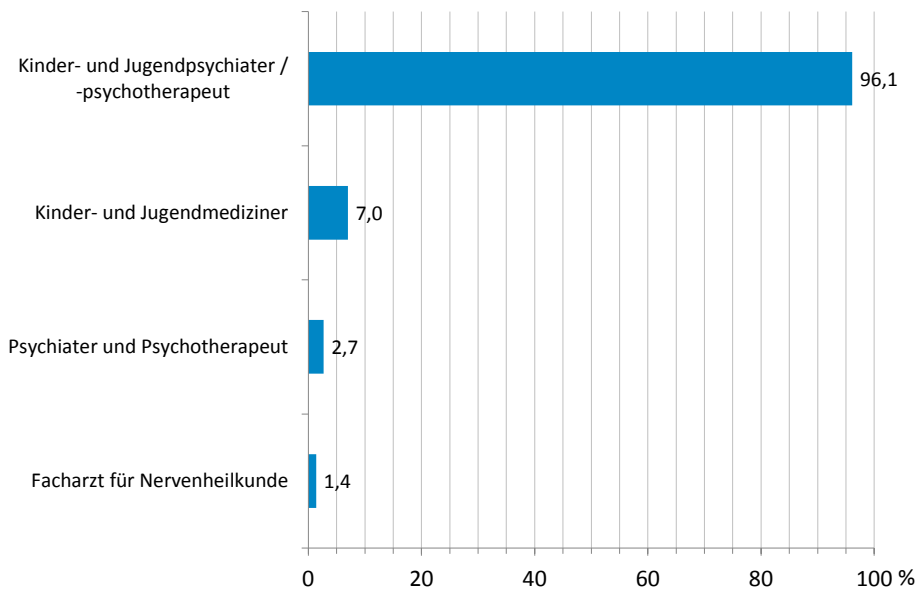
Auf Grundlage der vorliegenden Struktur- und Behandlungsdokumentationen haben sich an der SPV-Evaluation insgesamt 487 Praxen und 605 Ärzte beteiligt. Pro Praxis wurden durchschnittlich 34 ± 20 Patienten dokumentiert, pro Arzt im Mittel 27 ± 9 Patienten. Durchschnittlich 17 ± 11 Patienten eines Arztes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

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

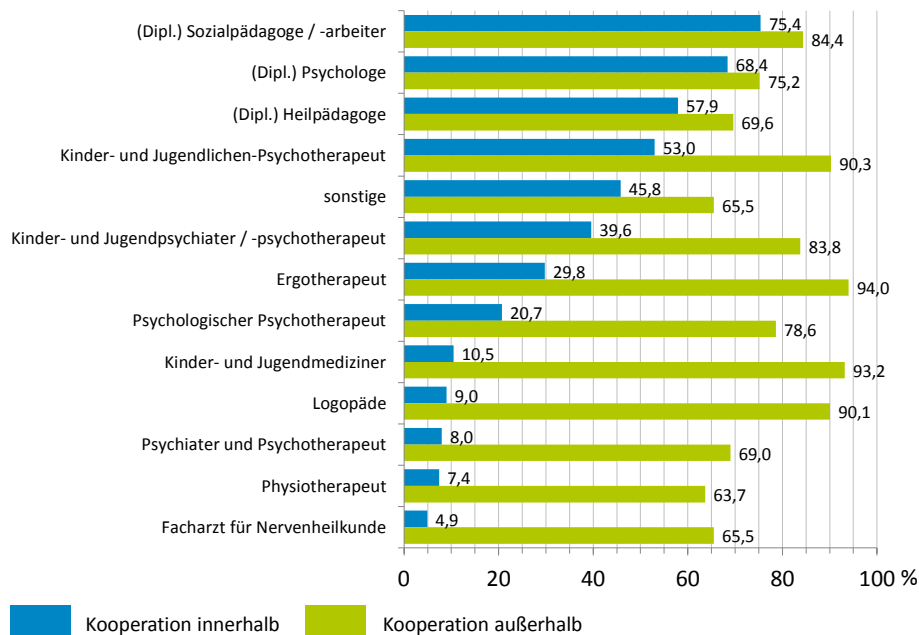
Insgesamt weisen 454 (93,2 %) aller SPV-Praxen mindestens zwei bzw. 403 (82,3 %) mindestens drei SPV-Mitarbeiter auf. In 340 (69,8 %) aller SPV-Praxen sind drei bis sechs SPV-Mitarbeiter beteiligt. 16 (3,3 %) SPV-Praxen haben keine Angaben zur Beteiligung von SPV-Mitarbeitern gemacht, 17 (3,5 %) Praxen 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.) Heilpädagoge
(Dipl.) Heilpädagoge und (Dipl.) Psychologe
- drei SPV-Mitarbeiter:
(Dipl.) Sozialpädagoge / -arbeiter, (Dipl.) Heilpädagoge und (Dipl.) Psychologe
(Dipl.) Sozialpädagoge / -arbeiter, (Dipl.) Psychologe 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

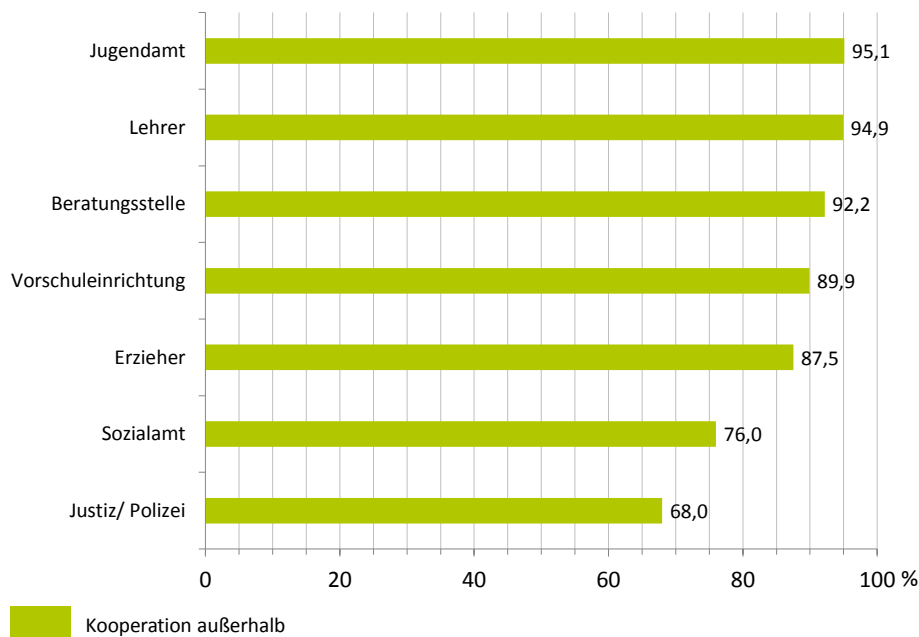
Sehr hohe Raten werden für die Häufigkeit der Kooperation mit Partnern außerhalb der eigenen Praxis berichtet. Hier liegen jeweils die Nennungen von Kinder- und Jugendmediziner, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Lehrern, Beratungsstellen und der Jugendämter jeweils 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

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

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 Berufsfelder“ 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.

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).

Tabelle 1: Alter und Zeiträume der Erstvorstellung und Diagnosestellung

	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

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).

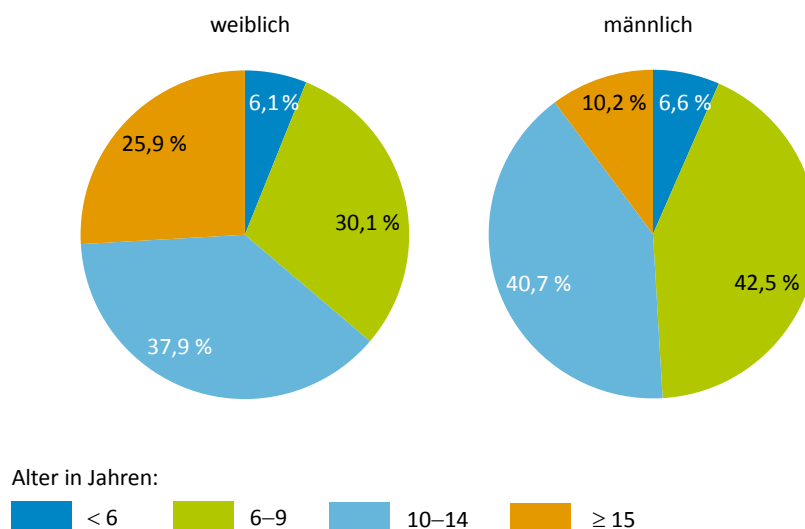
Eine genauere Betrachtung getrennt nach Geschlecht offenbart allerdings, dass sich der, bereits beim Durchschnittsalter zu erkennende Unterschied zwischen Mädchen und Jungen auch in der Häufigkeit dieser Altersgruppen widerspiegelt. So sind über ein Viertel aller weiblichen Patienten (25,9 %), jedoch nur ein Zehntel der männlichen (10,2 %) 15 Jahre oder älter (Tabelle 2, Abbildung 4).

Tabelle 2: Alter und Geschlecht nach Altersgruppen

	Alter (Jahre)								zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥ 15			
	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
in Prozent	6,1	6,6	30,1	42,5	37,9	40,7	25,9	10,2	40,8	59,2

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)

Fast 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).

Tabelle 3: Veranlasser des Arztkontaktes nach Alter und Geschlecht

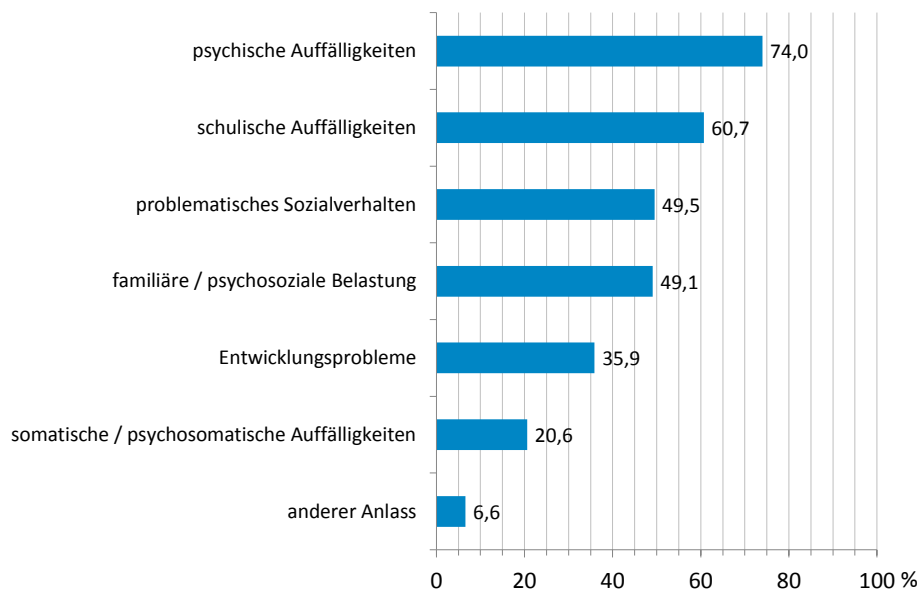
Veranlasser	Alter (Jahre)								zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥ 15			
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
Eltern / Patient selbst	81,5	83,4	85,3	84,7	87,0	85,7	87,9	86,8	86,4	85,2
Vorschuleinrichtung / Schule	28,2	34,7	35,5	44,0	26,5	34,6	11,6	19,5	25,4	37,0
Beratungsstelle	5,0	4,8	3,6	4,9	4,2	4,5	3,2	4,3	3,8	4,7
Jugendamt / 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
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

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

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).

Abbildung 5: Behandlungsanlässe



16.344 Patienten; Mehrfachangaben möglich

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

Tabelle 4: Behandlungsanlass nach Alter und Geschlecht

Behandlungsanlass	Alter (Jahre)								zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥ 15			
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
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

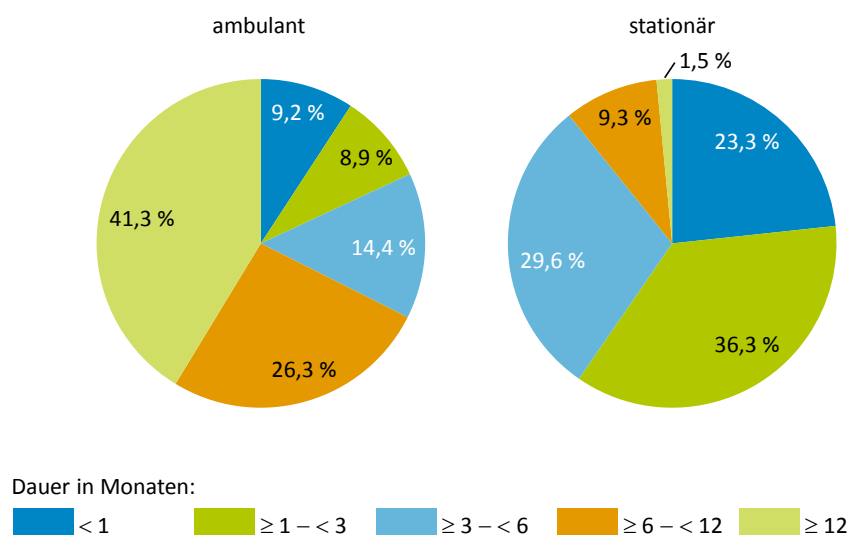
alle Angaben in % der Altersgruppe für jeweils ein Geschlecht; beim Behandlungsanlass Mehrfachangaben möglich

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.

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).

Abbildung 6: Dauer einer früheren psychiatrischen Behandlung



ambulante (stationäre) Behandlung in der Vorgeschichte dokumentiert und valide Angaben zum Zeitraum: 3.442 (1.047) Patienten

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).

Tabelle 5: Dauer einer früheren psychiatrischen Behandlung nach Alter und Geschlecht

frühere Behandlung	Alter (Jahre)								zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥ 15			
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
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

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).

Tabelle 6: Alter und Geschlecht ausgeschiedener Patienten nach Altersgruppen

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

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-Patientengruppe 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.

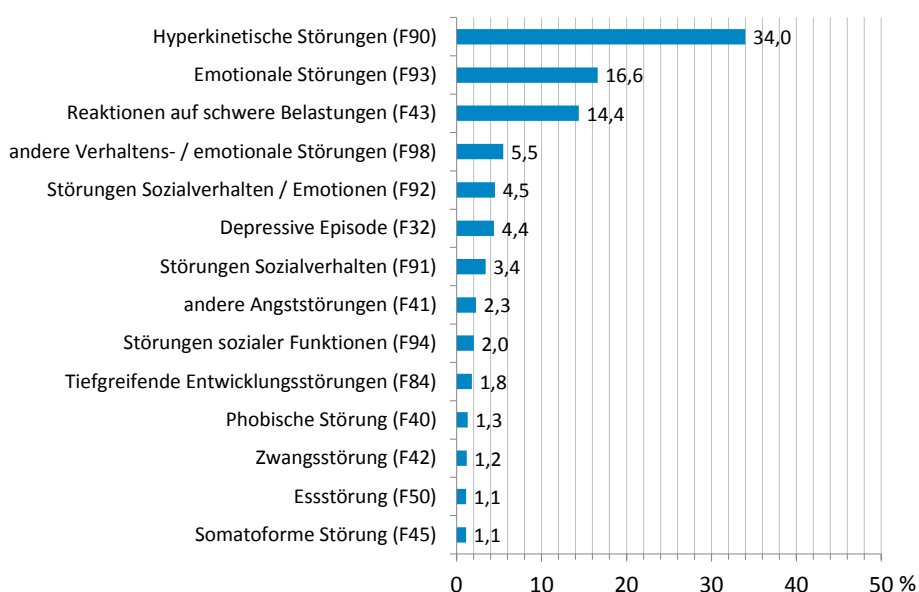
3. Befunde

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



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).

Tabelle 7: Die 14 häufigsten Hauptdiagnosen nach Alter und Geschlecht

Hauptdiagnose	Alter (Jahre)								zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥ 15			
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
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

alle Angaben in % der Altersgruppe für jeweils ein Geschlecht

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).

Tabelle 8: Hauptdiagnosen nach Strukturmerkmal Kooperation innerhalb der Praxis

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, Zwangsstörung	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, Essstörung	58,8	9,9	15,4	92,3	83,0	75,8	56,6	5,1
F84, tief. Entwicklungsstörungen	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

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.) Psychologie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder psychologischer Psychotherapeut, Sozial: (Dipl.) Sozialpädagoge oder -arbeiter, HeilTh: (Dipl.) Heilpädagoge oder Ergo- oder Physiotherapeut oder Logopäde, sonstig: sonstige, Anzahl: mittlere Anzahl der in den Strukturmerkmalen angegebenen internen Kooperationspartner

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).

Tabelle 9: Hauptdiagnosen nach Strukturmerkmal Kooperation außerhalb der Praxis

Hauptdiagnose	Berufsgruppe									Anzahl
	KJpp	KJmed	NeuPs	Psycho	Sozial	HeilTh	LehErz	Institu	sonstig	
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, Belastungsreaktionen	86,8	95,4	81,1	92,1	86,6	96,9	96,3	96,2	72,6	16,8
F45, somatoforme Störung	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. Entwicklungsstörungen	82,8	93,9	75,3	92,6	87,5	95,6	95,6	95,9	63,2	16,2
F90, hyperkinetische Störungen	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., Emotio.	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 soziale Funktionen	88,9	95,8	82,0	94,6	87,1	97,3	97,6	97,6	72,5	17,0
F98, andere Verh., emot. Störung	83,2	94,5	81,0	91,4	85,2	95,7	95,7	95,7	72,7	16,4

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 Ra-

ten 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).

Tabelle 10: Hauptdiagnosen nach Dauer einer früheren Behandlung

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

alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose

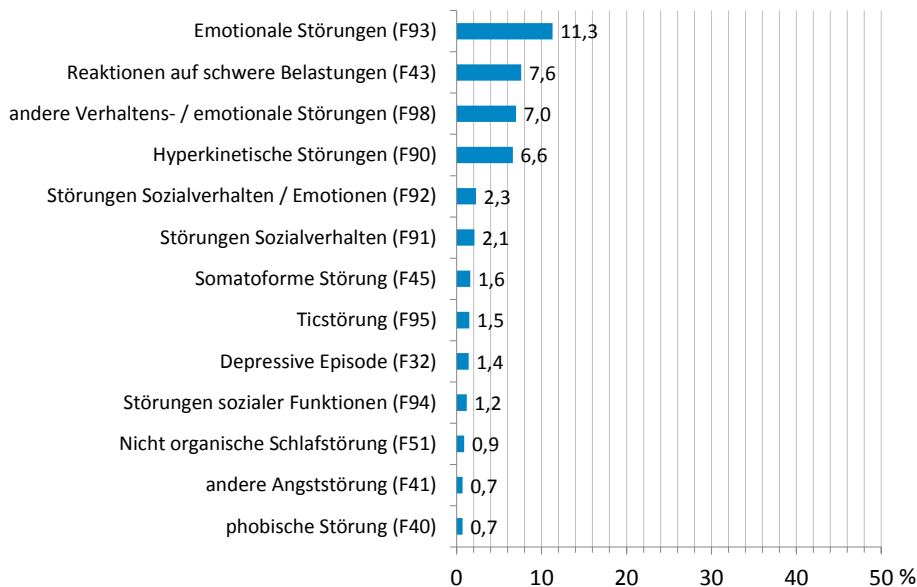
Patienten mit den Diagnosen tiefgreifender Entwicklungsstörungen, hyperkinetischer Störungen, gestörter sozialer Funktionen oder einer Zwangsstörung wurden deutlich häufiger über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bereits ambulant behandelt. Eine vergleichsweise lange frühere stationäre Behandlung 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

Tabelle 11: Hauptdiagnosen und die häufigsten Nebendiagnosen

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

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

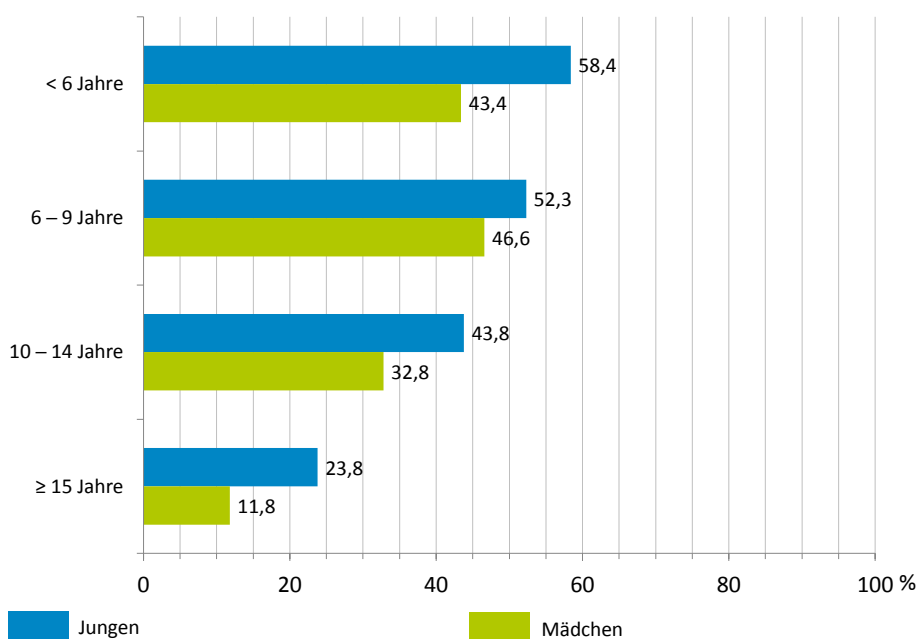
Unter Einschluss aller 13 Nebendiagnosen, die mindestens bei 100 Patienten dokumentiert sind, werden 44,9 % aller Fälle beschrieben. Eine Liste sämtlicher Nebendiagnosen in den Oberkategorien der ICD-10-Kodierung findet sich im Anhang dieses Berichtes (Abschnitt 9.2).

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.

3.2 Umschriebene Entwicklungsstörungen

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).

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

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.

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).

Tabelle 12: Hauptdiagnosen und die häufigsten Entwicklungsstörungen

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

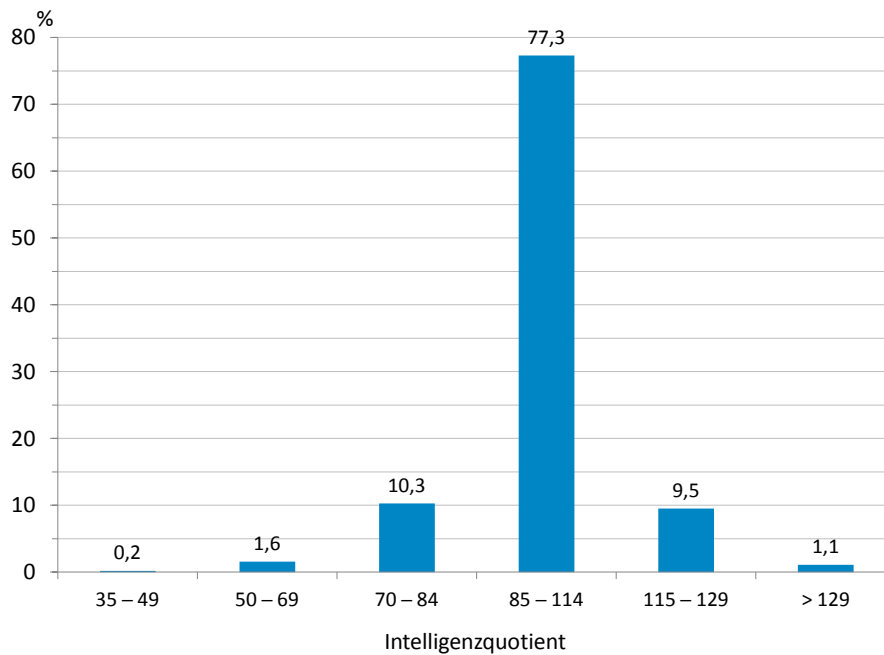
alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose; F80.0: Artikulationsstörung, F80.1: expressive Sprachstörung, F81.0: Lese-Rechtschreibstörung, F81.2: Rechenstörung, F81.9: Störung schulischer Fertigkeiten ohne nähere Angaben, F82.-: Störung der motorischen Funktionen, F83: kombinierte Entwicklungsstörungen;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

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

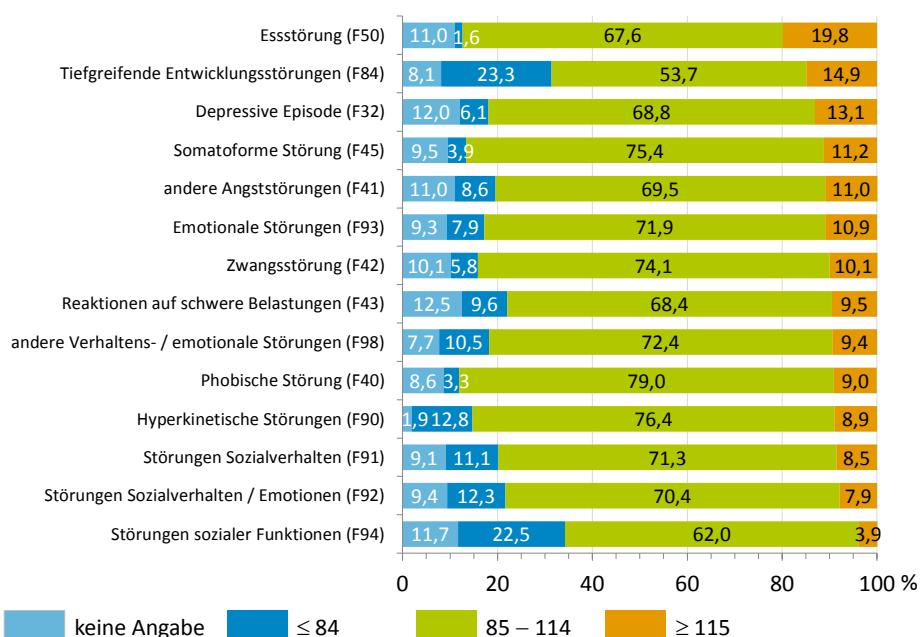
Von 91,4 % der Patienten liegt eine Einstufung der Intelligenz vor. Bei ungefähr drei Vierteln (77,3 %) der Patienten ist ein durchschnittlicher Intelligenzquotient zu erkennen, ca. 12 % weisen eine unter- und etwa 11 % eine überdurchschnittliche Intelligenz auf (Abbildung 10).

Abbildung 10: Verteilung der IQ-Gruppierung



14.935 Patienten mit einer Angabe zur Höhe des IQ, davon 5 Patienten mit schwerer Intelligenzminderung (IQ ≤ 34)

Abbildung 11: Hauptdiagnosen und IQ-Gruppierung



15.280 Patienten mit einer der aufgeführten Hauptdiagnosen

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.

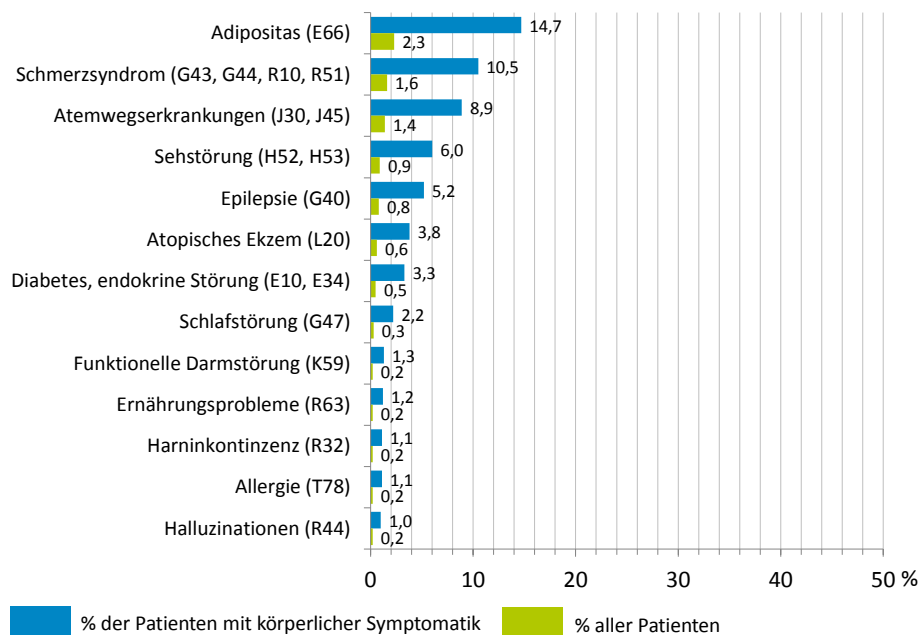
3.4 Körperliche Symptomatik

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 Kategoriegruppen 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.

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.

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 %

Tabelle 13: Diagnosegruppen einer körperlichen Symptomatik nach Alter und Geschlecht

Diagnosegruppe	Alter (Jahre)								zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥ 15			
	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

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).

Tabelle 14: Hauptdiagnosen und Diagnosegruppen einer körperlichen Symptomatik

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, anVerE.	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

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.

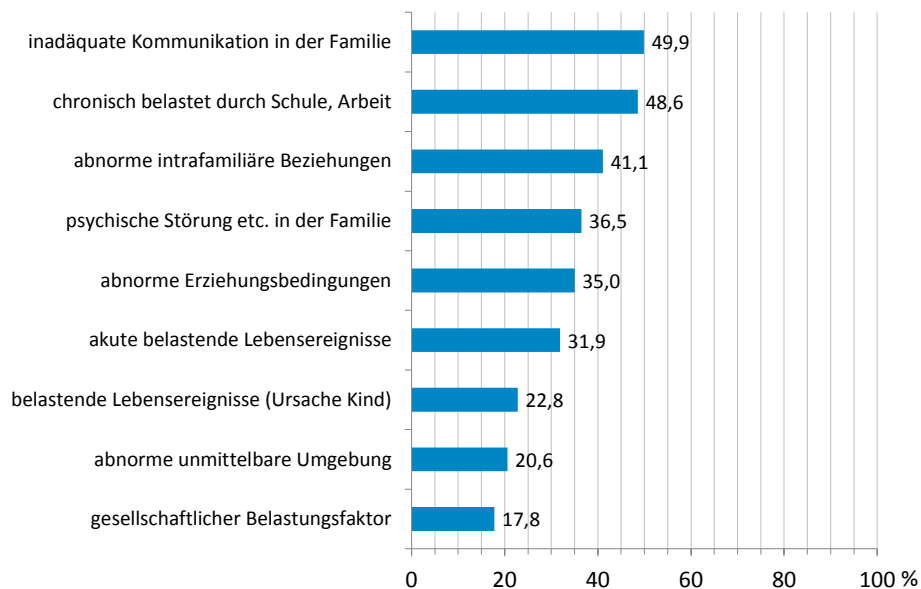
3.5 Assoziierte abnorme psychosoziale Umstände

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.

Für alle möglichen Varianten abnormer psychosozialer Umstände, die dokumentiert werden können, liegt das Ausmaß der Ausprägung „unbekannt“ inklusive nicht gemachter Angaben bei durchschnitt-

lich 6 %. Am häufigsten ist das Ausmaß einer psychischen Störung in der Familie unbekannt, hier ist für 8,3 % aller Patienten keine Einstufung erfolgt.

Abbildung 13: Häufigkeit assoziierter abnormer psychosozialer Umstände



16.344 Patienten; Mehrfachangaben möglich

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

Tabelle 15: Abnorme psychosoziale Umstände nach Alter und Geschlecht

Psychosozialer Umstand	Alter (Jahre)								zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥ 15			
	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

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. 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).

Tabelle 16: Hauptdiagnosen und abnorme psychosoziale Umstände

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

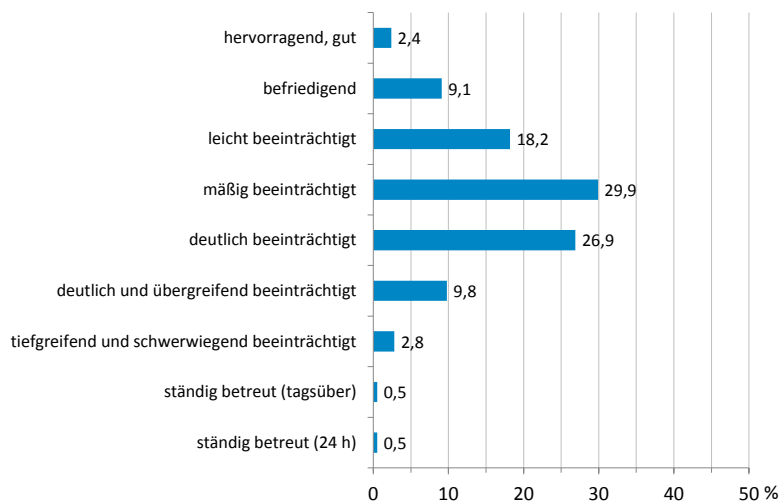
Häufigkeit der Kategorie „zutreffend“, alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose; Abkürzungen siehe Tab. 14; bei Umständen Mehrfachangaben möglich

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

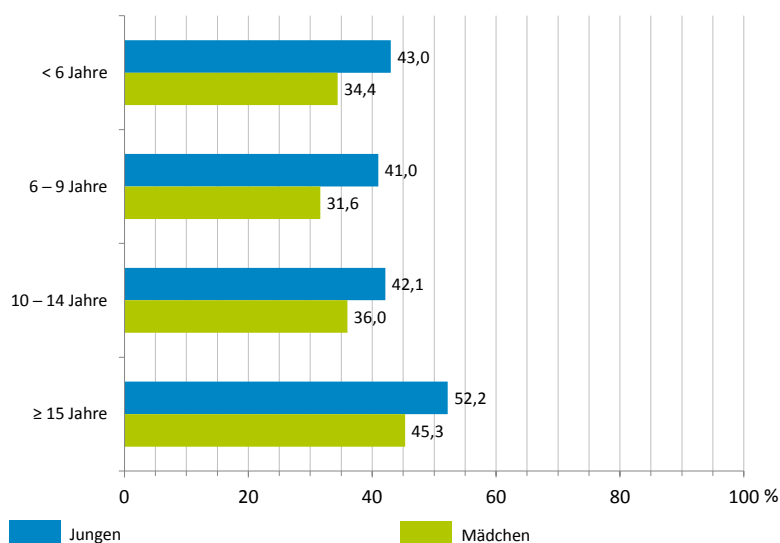
Zusätzlich zur Bewertung der psychosozialen Umstände, unter denen die Patienten momentan leben, erfolgt im Rahmen der SPV auch eine Einschätzung des Ausmaßes der psychosozialen Anpassung. Hier zeigt sich, dass weniger als ein Achtel der Patienten als gut oder befriedigend angepasst gelten, jedoch vier von zehn als mindestens deutlich beeinträchtigt (Abbildung 14).

Abbildung 14: Ausmaß der psychosozialen Anpassung



16.106 Patienten mit einer Angabe zur Qualität der psychosozialen Anpassung

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

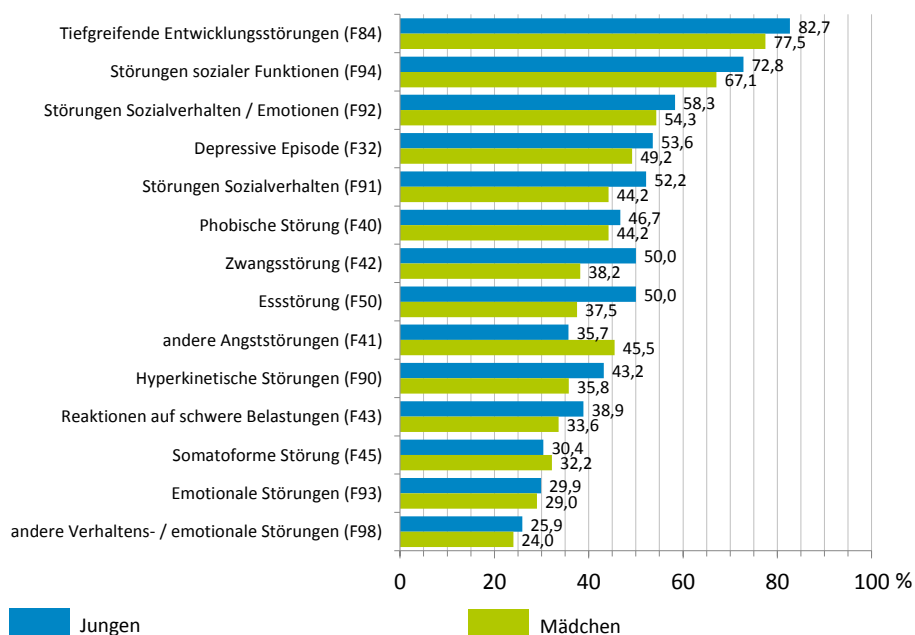
Bei fast 4 % wird sogar eine tiefgreifende und schwerwiegende Beeinträchtigung bis hin zu einem Betreuungsbedarf festgestellt.

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).

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



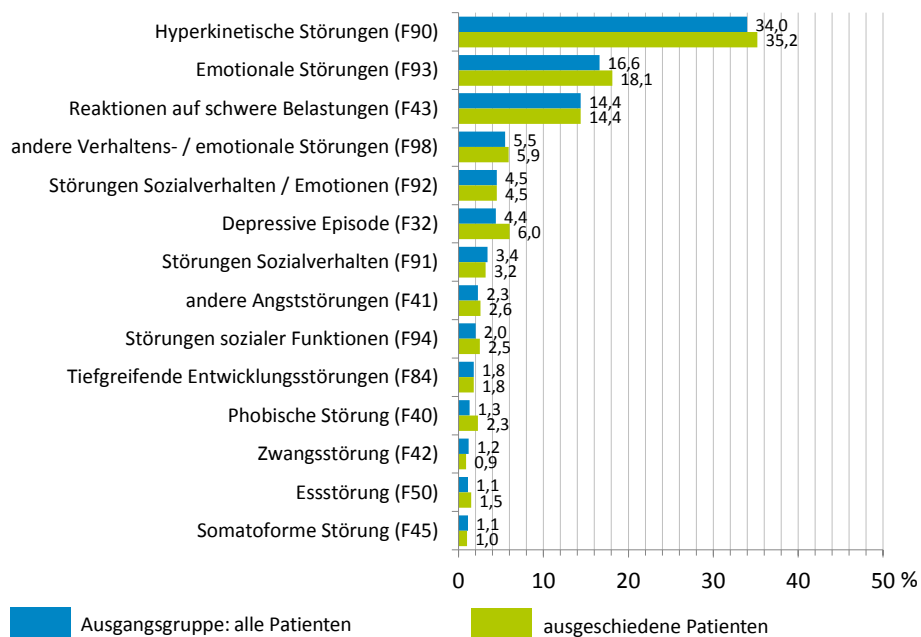
Häufigkeit der Ausprägungen „deutliche soziale Beeinträchtigung“ und stärker; in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose separat für Mädchen und Jungen, Patienten mit gültigen Angaben (Mädchen / Jungen): 6.161 / 9.038

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.

Tabelle 17: Häufigkeit abnormer psychosozialer Umstände in der Ausgangsgruppe und bei ausgeschiedenen Patienten

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

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 ge-

ringeren 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 Prävalenzen 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.

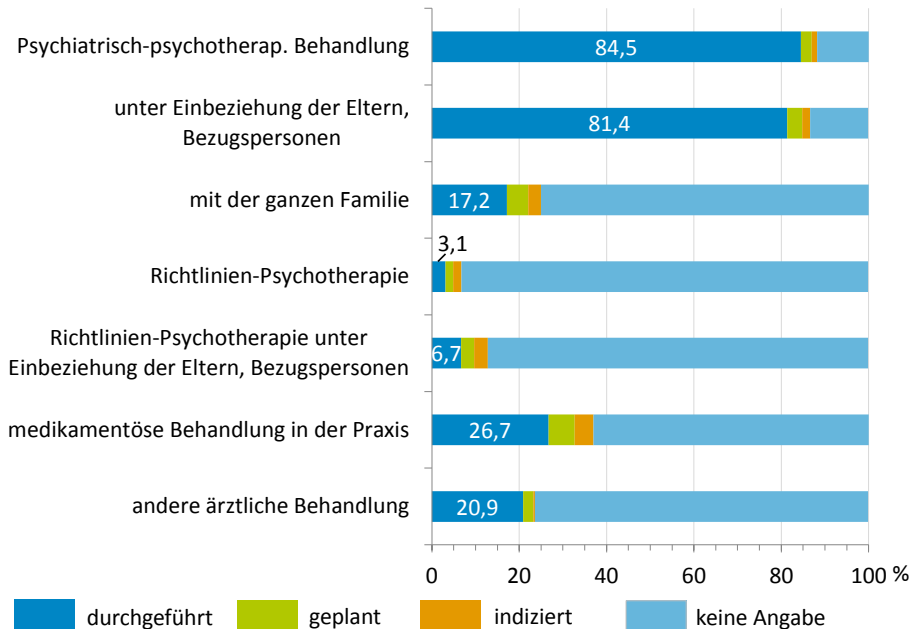
4. Behandlung

Die Dokumentation der SPV-Behandlung gliedert sich in die drei Abschnitte ärztliche Behandlung, Behandlung durch SPV-Mitarbeiter und Behandlung oder Betreuung durch Kooperationspartner außerhalb der eigenen Praxis. Diese Aufteilung wird in der Ergebnisdarstellung für diesen Bereich aufgegriffen.

4.1 Ärztliche Behandlung

Auch wenn der SPV-Vertrag hinsichtlich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der eingeschriebenen Patienten keine Vorgaben macht, ergibt die Auswertung doch ein recht homogenes Bild. So ist 2013 bei mehr als acht von zehn Patienten dokumentiert, dass eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durchgeführt wird, meist unter Einbeziehung ihrer Eltern oder Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess (Abbildung 18).

Abbildung 18: Häufigkeit der ärztlichen Behandlung



16.344 Patienten; Mehrfachangaben möglich; Richtlinien-Psychotherapie insgesamt durchgeführt: 7,8 %

Eine Einbeziehung der kompletten Familie in die Therapie erfolgt 2013 bei über einem Achtel aller Patienten. Über ein Viertel der Patienten wird bereits medikamentös behandelt, bei weiteren 6 % ist dies geplant. Insgesamt zeigen die geringen Anteile einer geplanten oder indizierten Therapie, dass in der überwiegenden Mehrheit der Behandlungsfälle eine Therapie 2013 bereits durchgeführt wird.

Zusätzliche Verfahren der Richtlinien-Psychotherapie sind selten dokumentiert. Ihre Durchführung ist an eine personengebundene Zulassung gebunden und muss durch den Arzt beantragt werden. Insgesamt werden sie 2013 nur bei 7,8 % der Patienten eingesetzt, in der Regel dann auch unter Einbeziehung der Eltern oder Bezugspersonen des Patienten. Eine Verhaltenstherapie wird 2013 bei 4,9 %, eine tiefenpsychologische bei 2,7 % und eine analytische Psychotherapie nur bei 0,1 % aller Patienten durchgeführt.

Eine Darstellung der ärztlichen Behandlung innerhalb der SPV-Praxis nach Alter und Geschlecht zeigt allgemein geringe Unterschiede zwischen der Therapie von Jungen und Mädchen (Tabelle 18).

Tabelle 18: Ärztliche Behandlung nach Alter und Geschlecht

Behandlung	Alter (Jahre)								zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥ 15			
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
psychiatrisch-psychotherapeutisch	74,3	74,0	82,4	83,7	86,2	86,7	88,9	86,1	85,1	84,5
psychiatrisch-psychotherap. mit Eltern	79,6	80,4	82,0	83,9	83,1	84,2	74,0	74,8	80,2	82,9
psychiatrisch-psychotherap. mit Familie	16,5	15,0	15,3	18,6	18,2	18,4	15,0	13,9	16,4	17,8
Richtlinien-Psychotherapie	2,7	1,9	2,1	2,6	3,4	2,6	6,2	4,6	3,7	2,8
Richtlinien-Psychotherapie mit Eltern	8,5	7,5	5,9	6,6	7,2	6,9	6,7	7,0	6,8	6,8
medikamentöse Therapie in der Praxis	4,7	5,3	15,9	27,0	20,9	37,7	27,0	41,4	20,0	31,4
andere ärztliche Therapie	23,4	18,8	19,1	20,9	20,1	21,2	23,7	23,0	20,9	21,1

Häufigkeit der Ausprägung „durchgeführt“, alle Angaben in % der Altersgruppe für jeweils ein Geschlecht; bei Behandlung Mehrfachangaben möglich

Hiervon weicht nur die medikamentöse Therapie ab, sie erfolgt bei Jungen deutlich häufiger als bei Mädchen. Demgegenüber erweist sich das Alter der Patienten als relevant für die Häufigkeit einer spezifischen Therapie. So nimmt die Häufigkeit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, die einer Richtlinien-Psychotherapie ohne Einbeziehung der Eltern und vor allem die einer medikamentösen Therapie mit dem Alter zu. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einbeziehung der Eltern oder der Familie sowie tendenziell auch eine Richtlinien-Psychotherapie gemeinsam mit den Eltern sind dagegen bei jugendlichen Patienten etwas seltener.

Die verschiedenen Therapieformen werden bei vielen Patienten auch kombiniert. In 38,4 % aller Fälle werden zwei und in 28,6 % aller Fälle drei Verfahren eingesetzt. Bei fast allen Patienten (93,6 %), die psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt werden, erfolgt ergänzend eine solche Therapie gemeinsam mit den Eltern oder Bezugspersonen. In annähernd drei von zehn dieser Fälle (28,9 %) werden die Patienten zusätzlich medikamentös behandelt.

Die Art der Behandlung unterscheidet sich außerdem je nach der zu behandelnden Hauptdiagnose (Tabelle 19). So sind die höchsten Raten für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit fast oder über neun von zehn Fällen bei Patienten mit einer Zwangs- oder Essstörung zu erkennen. Patienten mit einer Zwangsstörung werden ebenfalls auch sehr häufig, ähnlich wie Patienten mit tiefgreifenden Entwicklungs- oder hyperkinetischen Störungen, psychiatrisch-psychotherapeutisch

unter Einbeziehung der Eltern bzw. ihrer Bezugspersonen behandelt. Große Unterschiede bestehen auch für eine medikamentöse Therapie.

Tabelle 19: Hauptdiagnosen und ärztliche Behandlung

Hauptdiagnose	Art der Behandlung						
	psychiat psychoth	pp Eltern	pp Familie	RL Psychoth	RL-P Eltern	medika- mentös	andere
F32, depressive Episode	89,0	77,9	14,6	4,3	7,3	36,1	24,7
F40, phobische Störung	88,6	82,9	15,2	6,7	8,1	23,3	22,9
F41, andere Angststörungen	85,3	78,3	15,5	4,5	7,0	16,6	23,0
F42, Zwangsstörung	91,5	88,9	18,5	6,3	10,6	36,5	23,8
F43, Belastungsreaktionen	87,3	82,0	17,4	3,2	6,3	9,1	18,6
F45, somatoforme Störung	87,7	81,0	14,0	2,8	7,8	10,6	26,3
F50, Essstörung	89,6	82,4	17,0	7,1	9,3	22,0	33,0
F84, tief. Entwicklungsstörungen	85,1	86,8	17,2	5,1	8,4	34,1	23,0
F90, hyperkinetische Störungen	87,2	86,4	19,3	2,6	6,4	49,4	23,8
F91, gestörtes Sozialverhalten	83,3	78,8	19,8	3,1	6,9	12,5	14,5
F92, gestörtes Sozialv., Emotio.	86,1	78,2	16,2	2,7	6,4	15,6	15,8
F93, emotionale Störungen	82,1	80,4	17,4	2,9	7,4	6,5	14,9
F94, gestörte soziale Funktionen	82,6	74,9	17,4	2,7	2,4	24,9	24,6
F98, andere Verh., emot. Störung	81,0	80,3	13,9	3,1	7,4	19,2	23,0

Häufigkeit der Kategorie „durchgeführt“, alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose; Abkürzungen siehe Tab. 18; bei Behandlung Mehrfachangaben möglich

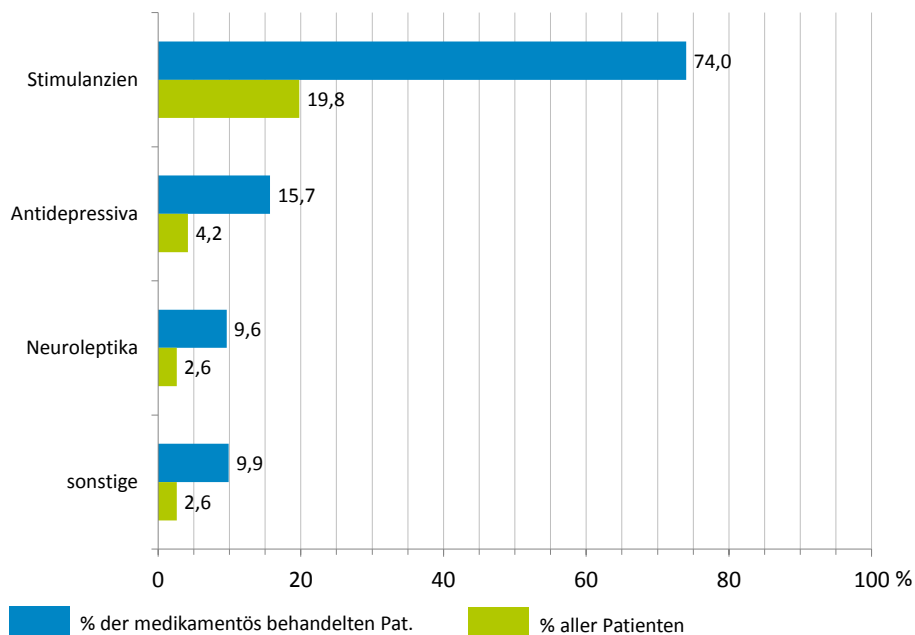
Diese erfolgt bei knapp der Hälfte aller Patienten mit hyperkinetischen Störungen und jeweils über einem Drittel der Patienten mit einer depressiven Episode, einer Zwangsstörung oder tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Dagegen werden Patienten mit einer Reaktion auf schwere Belastungen oder emotionalen Störungen nur selten medikamentös behandelt.

Patienten, die medikamentös behandelt werden, erhalten in mehr als sieben von zehn Fällen Stimulanzien, in über einem Achtel der Fälle Antidepressiva und in jeweils etwa einem von zehn Fällen Neuroleptika oder sonstige Medikamente (Abbildung 19).

Kombinationsverordnungen aus Stimulanzien und Antidepressiva sind nur in 0,4 % aller Behandlungsfälle bzw. in 1,7 % aller medikamentös behandelten Fälle dokumentiert, die Kombination aus Stimulanzien und Neuroleptika in 0,9 % bzw. 3,4 % der Fälle. 187 (1,1 %) aller SPV-Patienten werden anscheinend ausschließlich medikamentös behandelt, wobei sich die Gründe hierfür aus der Dokumentation nicht erschließen.

Wie bereits oben geschildert wurde, ist eine medikamentöse Therapie in einem starken Ausmaß abhängig vom Alter und Geschlecht der Patienten (Tabelle 20).

Jungen erhalten zweieinhalbmal so häufig Stimulanzien wie Mädchen, letztere dagegen im Vergleich zu Jungen doppelt so häufig Antidepressiva. Dieser Befund ist, ebenso wie die unterschiedliche Häufigkeit in den einzelnen Altersgruppen, direkt auf die unterschiedlichen Häufigkeiten zurückzuführen, mit der einzelne Diagnosen alters- und geschlechtsspezifisch auftreten (vgl. Tabelle 7).

Abbildung 19: Häufigkeit der medikamentösen Behandlung in der Praxis

alle Patienten: 16.344; Patienten, bei denen eine medikamentöse Behandlung erfolgt: 4.360; Kombinationsverordnungen bei 72 (Stimulanzien und Antidepressiva), 149 (Stimulanzien und Neuroleptika) bzw. 5 (alle drei) Patienten dokumentiert

Tabelle 20: Medikamentöse Behandlung in der Praxis nach Alter und Geschlecht

Behandlung	Alter (Jahre)								zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥ 15			
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
Stimulanzien	1,5	3,0	12,9	23,7	13,7	32,1	6,7	24,8	10,9	25,9
Antidepressiva	0,0	0,0	0,8	1,0	4,1	3,1	16,2	12,8	6,0	3,0
Neuroleptika	1,0	0,8	1,1	2,2	2,0	3,0	4,5	5,4	2,3	2,8
sonstige Medikamente	2,5	1,9	2,0	2,2	2,4	3,1	3,5	4,0	2,6	2,7

alle Angaben in % der Altersgruppe für jeweils ein Geschlecht

Diese Abhängigkeit zeigt sich auch sehr ausgeprägt, wenn die Häufigkeit der medikamentösen Behandlung nach Diagnosen differenziert betrachtet wird (Tabelle 21).

So werden Stimulanzien vorwiegend bei Patienten mit hyperkinetischen Störungen oder tiefgreifenden Entwicklungsstörungen verordnet, Antidepressiva dagegen erwartungsgemäß vor allem bei Patienten mit einer depressiven Episode oder einer Zwangsstörung. Für Neuroleptika finden sich die höchsten Verordnungsdaten bei Patienten mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen oder einer gestörten sozialen Funktion.

Tabelle 21: Hauptdiagnosen und medikamentöse Behandlung in der Praxis

Hauptdiagnose	Art des Medikaments			
	Stimulanzien	Antidepressiva	Neuroleptika	sonstige
F32, depressive Episode	4,3	29,1	4,1	2,9
F40, phobische Störung	5,2	12,9	1,4	5,2
F41, andere Angststörungen	3,5	10,2	1,6	3,2
F42, Zwangsstörung	5,8	29,1	2,1	2,6
F43, Belastungsreaktionen	4,2	3,1	1,1	1,7
F45, somatoforme Störung	2,2	2,8	0,0	5,6
F50, Essstörung	4,4	14,3	4,4	3,8
F84, tief. Entwicklungsstörungen	18,9	5,7	9,8	6,4
F90, hyperkinetische Störungen	46,0	1,8	2,4	3,1
F91, gestörtes Sozialverhalten	6,9	1,1	4,9	1,6
F92, gestörtes Sozialv., Emotio.	7,2	2,9	4,5	1,9
F93, emotionale Störungen	3,2	1,2	0,7	1,8
F94, gestörte soziale Funktionen	15,6	1,8	8,1	3,0
F98, andere Verh., emot. Störung	16,2	1,5	0,4	2,0

alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose; zu beachten ist, dass die Verordnung auch aus einer parallel vorliegenden Nebendiagnose resultieren kann

Für eine indizierte, aber nicht erfolgte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung können verschiedene Gründe angegeben werden. Hiervon wird allerdings nur sehr selten Gebrauch gemacht. So wird nur jeweils für etwa 1–2 % aller Patienten einer der Gründe „fehlende Therapiemotivation“, „Abbruch auf elterlichen Wunsch“ oder „fehlendes Angebot innerhalb der Praxis“ genannt, lediglich für 3,9 % ist die Kategorie „sonstige Gründe“ gewählt worden. Dasselbe Ergebnis findet sich bei den Gründen einer nicht erfolgten medizinischen Behandlung. Hier wird für die vier genannten kategorialen Vorgaben jeweils ein Wert zwischen 0,6 und 1,9 % erreicht.

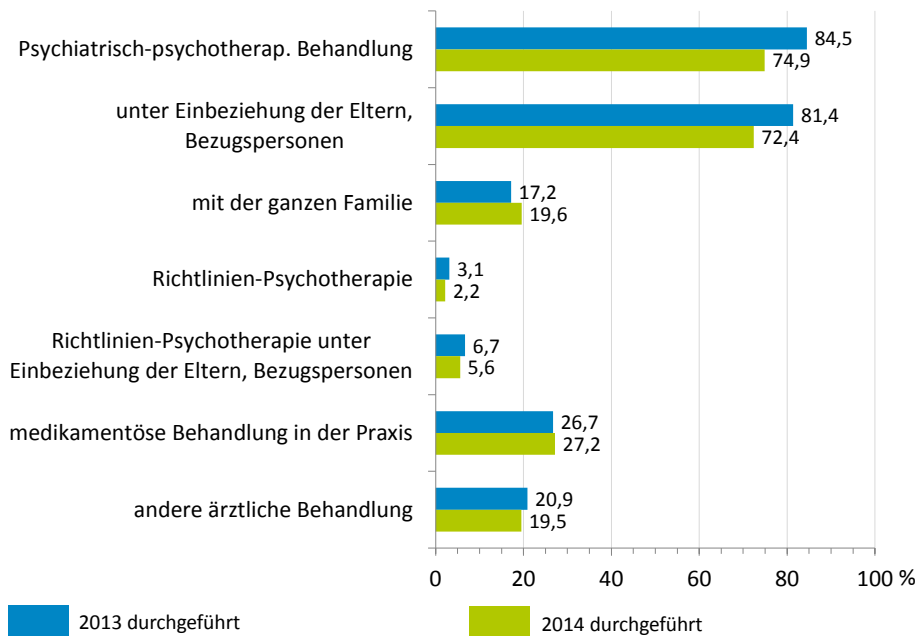
4.2 Veränderungen bei der ärztlichen Behandlung

In Bezug auf die Behandlung ermöglicht die SPV-Dokumentation den Vergleich zwischen der Ausgangssituation 2013 und derjenigen 2014. Im weiteren Verlauf des Berichts werden an den betreffenden Stellen deshalb Ergebnisse in der Gesamtgruppe 2013 mit denen in der Gruppe verbliebener Patienten 2014 verglichen (Kohortenvergleich 2013 vs. 2014).

Innerhalb der Gruppe von Patienten, die sowohl 2013 als auch 2014 innerhalb der SPV betreut wurden, lassen sich eine Reihe deutlicher Änderungen des therapeutischen Vorgehens beobachten (Abbildung 20). So nimmt der Anteil durchgeführter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen um fast 10 Prozent ab, und zwar sowohl derjenigen, die alleine mit den Patienten erfolgen, als auch derjenigen, die unter Einbeziehung der Eltern oder Bezugspersonen stattfinden. Ebenfalls rückläufig sind bei den 2014 weiterbetreuten Patienten ebenfalls die Quoten einer Richtlinien-Psychotherapie und die einer anderen ärztlichen Behandlung. Leichte Zuwächse sind dagegen zu verzeichnen bei

dem Anteil durchgeführter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen unter Einschluss der ganzen Familie sowie bei der medikamentösen Therapie.

Abbildung 20: Veränderung der Häufigkeit der ärztlichen Behandlung



2013: 16.344 Patienten, 2014: 13.860 Patienten; Mehrfachangaben möglich

Tabelle 22: Hauptdiagnosen und ärztliche Behandlung 2013 vs. 2014

Hauptdiagnose	Art der Behandlung													
	psychiat psychoth		pp Eltern		pp Familie		RL Psychoth		RL-P Eltern		medika- mentös		andere	
	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14
F32, depressive Episode	89,0	77,1	77,9	67,4	14,6	15,8	4,3	5,4	7,3	7,9	36,1	36,6	24,7	25,0
F40, phobische Störung	88,6	80,8	82,9	71,5	15,2	16,6	6,7	4,0	8,1	10,6	23,3	29,1	22,9	23,8
F41, andere Angststörungen	85,3	67,8	78,3	62,9	15,5	17,6	4,5	2,9	7,0	6,2	16,6	16,0	23,0	16,6
F42, Zwangsstörung	91,5	78,8	88,9	77,0	18,5	20,6	6,3	6,1	10,6	13,3	36,5	37,6	23,8	23,6
F43, Belastungsreaktionen	87,3	73,6	82,0	70,0	17,4	20,5	3,2	1,8	6,3	5,1	9,1	10,5	18,6	17,2
F45, somatoforme Störung	87,7	72,5	81,0	64,7	14,0	11,1	2,8	2,6	7,8	5,9	10,6	8,5	26,3	20,9
F50, Essstörung	89,6	77,6	82,4	69,2	17,0	21,0	7,1	2,1	9,3	7,0	22,0	23,1	33,0	25,9
F84, tief. Entwicklungsstörungen	85,1	80,5	86,8	79,7	17,2	21,9	5,1	4,0	8,4	9,2	34,1	37,8	23,0	22,3
F90, hyperkinetische Störungen	87,2	79,1	86,4	78,2	19,3	20,7	2,6	1,8	6,4	5,2	49,4	48,7	23,8	21,9
F91, gestörtes Sozialverhalten	83,3	71,9	78,8	70,8	19,8	23,2	3,1	2,6	6,9	4,7	12,5	16,4	14,5	11,9
F92, gestörtes Sozialv., Emotio.	86,1	69,1	78,2	62,8	16,2	19,7	2,7	2,9	6,4	5,4	15,6	13,3	15,8	15,1
F93, emotionale Störungen	82,1	73,1	80,4	72,0	17,4	20,6	2,9	1,7	7,4	5,2	6,5	8,1	14,9	14,2
F94, gestörte soziale Funktionen	82,6	78,6	74,9	73,1	17,4	23,6	2,7	1,5	2,4	5,5	24,9	27,3	24,6	24,7
F98, andere Verh., emot. Störung	81,0	68,7	80,3	69,0	13,9	15,5	3,1	1,6	7,4	4,0	19,2	17,5	23,0	17,8

13: 2013, 14: 2014, Häufigkeit der Kategorie „durchgeführt“, alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose; Abkürzungen siehe Tab. 18; bei Behandlung Mehrfachangaben möglich

Auf der Ebene der einzelnen Hauptdiagnosen sind teilweise noch wesentlich ausgeprägtere Veränderungen der Raten für die einzelnen Therapieansätze nachweisbar (Tabelle 22). So nimmt sowohl eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung des Patienten allein als auch unter Einbeziehung der Eltern je nach Diagnose zum Teil in einer zweistelligen Größenordnung ab. Dies ist besonders ausgeprägt der Fall bei den Diagnosen anderer Angststörungen, einer somatoformen Störung oder einer Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen. Für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einbeziehung der kompletten Familie zeigen sich dagegen häufig höhere Raten, am deutlichsten bei den Diagnosen einer Essstörung, tiefgreifender Entwicklungsstörungen, eines gestörten Sozialverhaltens oder gestörter sozialer Funktionen. Auch eine medikamentöse Behandlung erfolgt meist etwas öfter, vor allem bei einer phobischen Störung, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen oder einem gestörten Sozialverhalten.

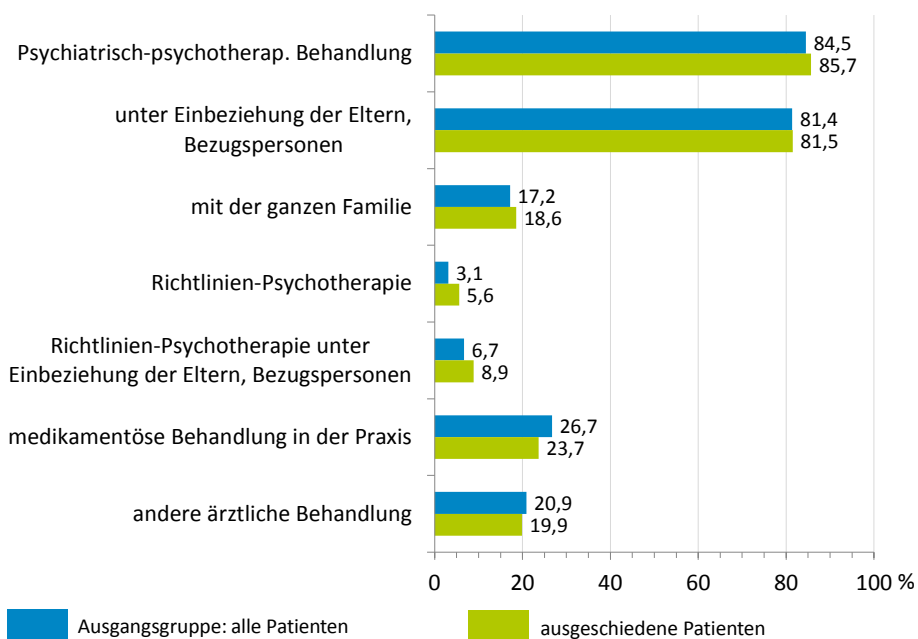
Die Verordnungshäufigkeiten von Antidepressiva, Neuroleptika und sonstigen Medikamenten verändern sich bei den Patienten, die sowohl 2013 als auch 2014 noch betreut werden, kaum. Lediglich die Verordnungsrate von Stimulanzien erhöht sich leicht von 19,8 auf 20,8 % in der Gesamtgruppe.

Zudem erweist sich die Verordnungshäufigkeit in hohem Maße als abhängig von der Fortführung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. In der Teilgruppe der solchermaßen zu beiden Zeitpunkten behandelten Patienten wächst der Anteil der medikamentös behandelten Patienten von 31,5 auf 35,3 %. Demgegenüber sinkt in der Teilgruppe, die 2014 nicht mehr psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt werden, der Anteil medikamentös behandelter Patienten von 20,7 auf 1,8 %. Es erfolgt somit offensichtlich keine Substitution einer nicht fortgesetzten psychiatrisch-psychotherapeutischen durch eine medikamentöse Behandlung.

4.3 Ärztliche Behandlung ausgeschiedener Patienten

Ausgeschiedene Patienten werden meist in dem gleichen Ausmaß ärztlich behandelt wie die Patienten der ursprünglichen Ausgangsgruppe (Abbildung 21).

Abbildung 21: Häufigkeit der ärztlichen Behandlung in der Ausgangsgruppe und bei ausgeschiedenen Patienten

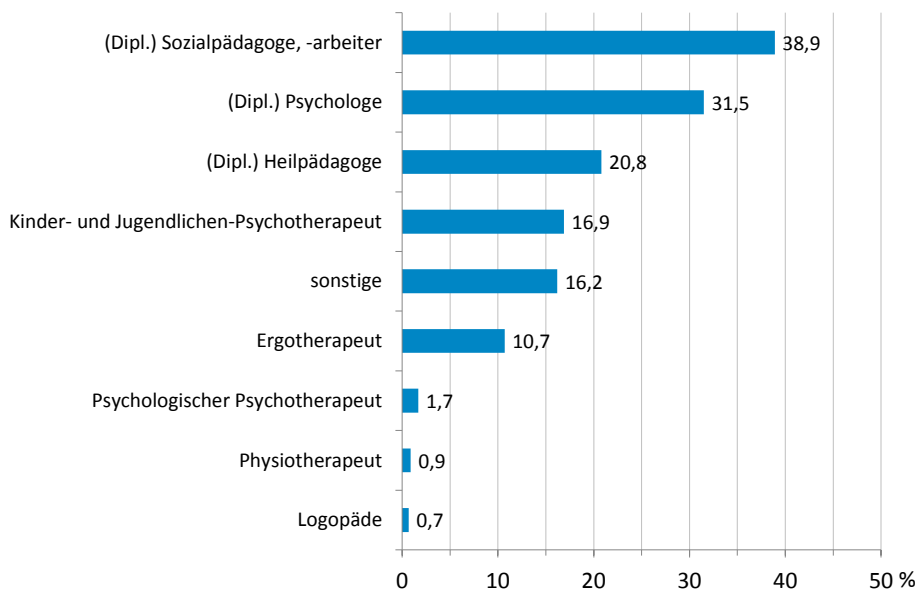


alle: 16.344 Patienten, ausgeschiedene: 2.805 Patienten; Mehrfachangaben möglich

Bei den meisten Therapieansätzen sind sogar geringfügig höhere Raten festzustellen. Lediglich eine medikamentöse bzw. eine andere ärztliche Behandlung sind bei den ausgeschiedenen Patienten etwas seltener dokumentiert. Auf der Ebene der verschiedenen Substanzklassen fällt unter den ausgeschiedenen Patienten lediglich eine geringfügig geringere Verordnung von Stimulanzien auf (17,1 vs. 19,8 %).

4.4 Behandlung durch SPV-Mitarbeiter innerhalb der Praxis

Die beiden häufigsten Berufsgruppen, mit denen SPV-Ärzte innerhalb ihrer eigenen Praxis bei der Behandlung der Patienten kooperieren, sind Sozialpädagogen bzw. -arbeiter in vier von zehn und Psychologen in drei von zehn Fällen (Abbildung 22).

Abbildung 22: Berufsgruppen der behandelnden SPV-Mitarbeiter in der Praxis

von 16.344 Patienten werden ... % behandelt durch ...; Mehrfachangaben möglich

In ungefähr einem Fünftel der dokumentierten Fälle sind Heilpädagogen bzw. in etwas über einem Achtel der Fälle Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten integraler Bestandteil der praxisinternen Behandlung. Hervorzuheben ist an dieser Stelle das hohe Ausmaß, in welchem Psychologen und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten innerhalb der SPV-Praxen an der Behandlung der Patienten beteiligt sind.

Eine differenzierte Betrachtung nach Art der jeweils vorliegenden Hauptdiagnose offenbart ein Muster der beteiligten Berufsgruppen (Tabelle 23).

Tabelle 23: Hauptdiagnosen und deren Behandlung durch SPV-Mitarbeiter in der Praxis

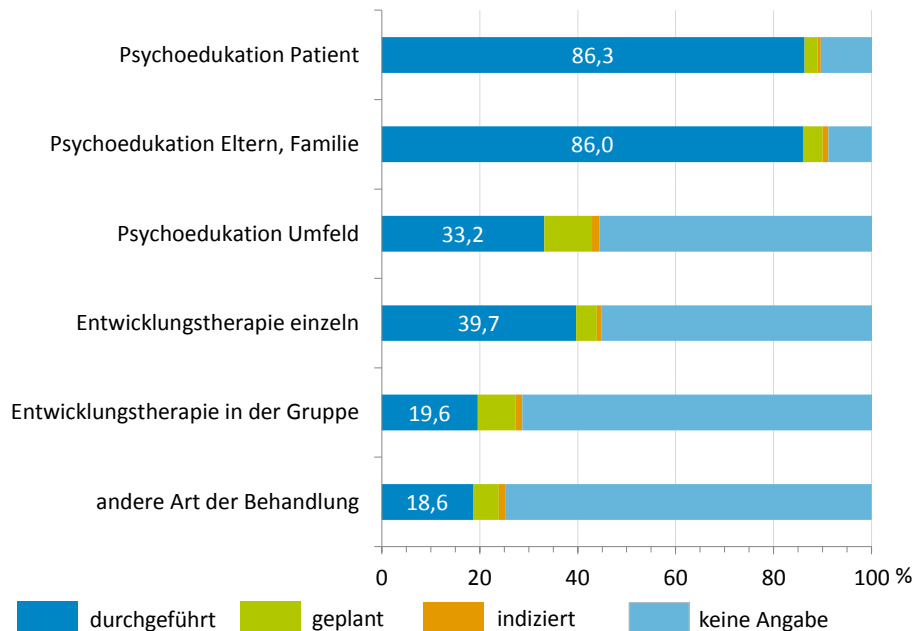
Hauptdiagnose	Berufsgruppe					
	Psychologe	Psychotherapeut	Sozialpädagoge	Heilpädagoge	Ergotherapeut*	sonstige
F32, depressive Episode	34,1	28,4	38,6	14,8	6,6	15,9
F40, phobische Störung	41,4	30,0	38,1	12,9	9,0	14,3
F41, andere Angststörungen	36,1	21,1	41,4	17,4	7,0	12,3
F42, Zwangsstörung	39,2	27,5	30,2	8,5	7,9	14,8
F43, Belastungsreaktionen	32,4	19,7	38,6	18,9	11,3	15,6
F45, somatoforme Störung	29,1	17,3	31,8	21,2	7,3	21,2
F50, Essstörung	37,9	21,4	35,2	9,3	4,9	15,9
F84, tief. Entwicklungsstörungen	29,1	24,7	34,5	26,0	12,8	12,8
F90, hyperkinetische Störungen	33,3	15,5	41,0	23,6	12,8	17,4
F91, gestörtes Sozialverhalten	31,2	16,9	41,6	17,1	16,2	15,6
F92, gestörtes Sozialv., Emotio.	32,9	19,5	39,4	20,9	12,4	15,1
F93, emotionale Störungen	27,9	18,5	39,3	20,2	12,3	16,5
F94, gestörte soziale Funktionen	29,0	17,7	35,3	24,3	12,6	17,1
F98, andere Verh., emot. Störung	27,2	16,2	38,8	23,5	12,3	13,3

*: Ergotherapeut, Physiotherapeut oder Logopäde; alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose; bei Berufsgruppe Mehrfachangaben möglich

So sind Psychologen und Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiter in die Behandlung fast aller Störungsbilder in hohem Ausmaß involviert. Bei den anderen Berufsgruppen zeigen sich dagegen eher Schwerpunkte. Diese liegen für Psychotherapeuten in der Behandlung von Patienten mit einer depressiven Episode, einer phobischen, einer Zwangs- oder tiefgreifenden Entwicklungsstörung. Für Heilpädagogen, Ergo- und Physiotherapeuten sowie Logopäden und sonstige Berufsgruppen liegen die Schwerpunkte neben der Behandlung tiefgreifender Entwicklungsstörungen in derjenigen von hyperkinetischen oder somatoformen Störungen, eines gestörten Sozialverhaltens, gestörter sozialer Funktionen oder auch anderer Verhaltens- und emotionaler Störungen. Insgesamt erweist sich die Behandlung der verschiedenen Störungsbilder durch die SPV-Mitarbeiter in der Praxis als ausgesprochen multidisziplinär, ohne dass einzelne Störungen hierbei durch besonders hohe Raten herausragen.

Den SPV-Praxismitarbeitern obliegt meist die Psychoedukation des Patienten, auch hier in der Regel unter Einschluss der Eltern oder der Familie. Diese Maßnahme erfolgt 2013 in ähnlicher Häufigkeit wie die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch den Arzt bei fast neun von zehn Patienten (Abbildung 23).

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



16.344 Patienten; Mehrfachangaben möglich

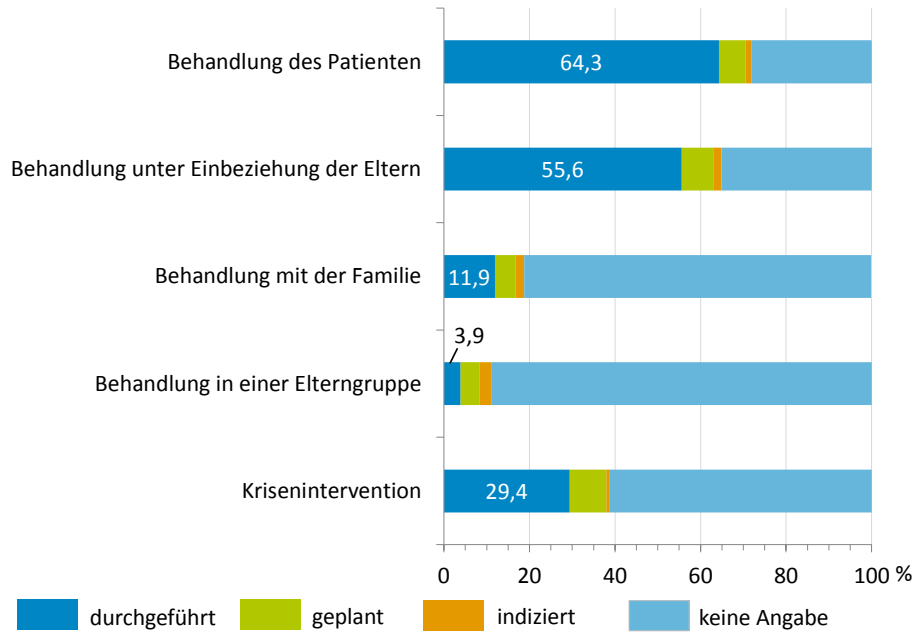
In einem Drittel der Fälle erfolgt außerdem durch die Mitarbeiter eine Psychoedukation des Patienten- und Umfeldes. Darüber hinaus widmen sich die Mitarbeiter in vier von zehn Fällen der individuell durchgeführten Entwicklungstherapie. Jeweils etwa in einem Fünftel aller Fälle sind entwicklungs-therapeutische Maßnahmen in der Gruppe oder andere Arten der Behandlung durch die SPV-Mitarbeiter festgehalten.

SPV-Praxismitarbeiter sind zudem mit störungsspezifischen psychotherapeutischen Maßnahmen be-
traut. Eine entsprechende Behandlung der Patienten erfolgt 2013 in knapp zwei Drittel aller Fälle
(Abbildung 24).

In etwas über der Hälfte der Fälle werden hierbei die Eltern miteinbezogen. Eine störungsspezifische
Behandlung des Patienten zusammen mit seiner kompletten Familie ist dagegen eher selten, ebenso
wie die Behandlung in einer Elterngruppe. In fast drei von zehn Behandlungsfällen ist eine Interventi-
on der SPV-Mitarbeiter bei psychosozialen Krisen der Patienten dokumentiert.

Die Art der Behandlung durch die SPV-Mitarbeiter hängt ausgeprägt mit dem Alter der Patienten
zusammen (Tabelle 24).

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



16.344 Patienten; Mehrfachangaben möglich

Tabelle 24: Behandlung durch SPV-Mitarbeiter in der Praxis nach Alter und Geschlecht

Behandlung	Alter (Jahre)								zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥ 15		w	m
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
Psychoedukation, Beratung Patient	59,9	58,9	82,8	85,7	90,7	91,0	91,4	89,8	86,6	86,5
Psychoedukation, Beratung Eltern, Familie	85,0	88,2	89,4	91,0	87,3	88,1	72,2	75,1	83,9	88,0
Psychoedukation, Beratung Umfeld	29,4	31,4	30,8	39,0	29,0	35,5	26,3	32,5	28,9	36,4
Entwicklungstherapie einzeln	55,4	51,3	42,5	44,4	38,3	37,4	30,5	30,6	38,6	40,6
Entwicklungstherapie in der Gruppe	11,7	17,2	23,6	25,9	17,6	21,5	7,9	8,1	16,6	21,7
störungsspezifische Therapie Patient	53,4	43,3	58,9	59,4	69,4	67,4	76,1	71,4	67,0	62,8
störungsspezifische Therapie inkl. Eltern	53,9	48,9	54,0	55,6	59,6	59,4	50,1	52,2	55,1	56,4
störungsspezifische Therapie inkl. Familie	10,2	9,7	9,6	11,7	13,4	13,8	10,3	11,9	11,2	12,4
störungsspezifische Therapie Elterngruppe	1,0	4,0	4,9	5,3	2,8	4,9	0,9	1,3	2,9	4,6
Intervention bei psychosozialen Krisen	23,4	21,7	21,3	28,1	31,0	30,2	39,6	36,6	29,8	29,4
andere Art der Behandlung	18,0	14,2	17,7	17,7	18,2	19,2	22,4	20,0	19,1	18,3

Häufigkeit der Kategorie „durchgeführt“, alle Angaben in % der Altersgruppe für jeweils ein Geschlecht; bei Behandlung Mehrfachangaben möglich

So erhöht sich die Interventionshäufigkeit der meisten, auf den Patienten allein bezogenen Maßnahmen bei Jugendlichen gegenüber Patienten im Vorschulalter sehr stark. Besonders auffällig ist dies bei der Psychoedukation des Patienten. Diese erfolgt bei etwa sechs von zehn Patienten unter 6 Jahren, jedoch bei neun von zehn Patienten im Alter ab 15 Jahren. Zuwächse in vergleichbarer Größe sind auch bei den störungsspezifischen psychotherapeutischen Maßnahmen und den Interventionen bei psychosozialen Krisen zu erkennen. Vermutlich aufgrund der häufigeren Diagnose umschriebener Entwicklungsstörungen bei jüngeren Kindern zeigt sich der einzige gegenläufig Trend – eine höhere Interventionshäufigkeit bei jüngeren Patienten – für die entwicklungstherapeutischen Maßnahmen. Interventionen unter Einbeziehung der Eltern, Bezugspersonen, Familie oder des schulischen Umfeldes weisen dagegen ihre größte Häufigkeit in den Altersgruppen zwischen 6 und 14 Jahren auf.

Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen hinsichtlich der Behandlung durch SPV-Mitarbeiter existieren kaum. Tendenziell scheint lediglich die Psychoedukation bei Jungen etwas öfter unter Einbeziehung der Eltern / Familie oder des Umfeldes stattzufinden, ebenso wie eine Entwicklungstherapie insgesamt. Bei Mädchen ist dagegen eine störungsspezifische psychotherapeutische Maßnahme geringfügig häufiger festgehalten.

Ein Zusammenhang zwischen der Art der Behandlung durch die SPV-Mitarbeiter und der jeweils vorliegenden Hauptdiagnose lässt sich ebenfalls bestätigen (Tabelle 25).

Tabelle 25: Hauptdiagnosen und Art der Behandlung durch SPV-Mitarbeiter in der Praxis

Hauptdiagnose	Art der Intervention										
	PsyE Pat	PsyE Elt	PsyE Umf	EntT einz	EntT Gru	störT Pat	störT Elt	störT Fam	störT EltGr	Kri-sen	andere
F32, depressive Episode	92,1	77,9	26,6	29,5	8,6	77,0	57,2	10,3	1,1	40,8	21,8
F40, phobische Störung	92,4	86,2	24,3	28,1	10,5	82,9	63,3	11,9	1,9	25,7	18,1
F41, andere Angststörungen	91,2	81,6	21,9	35,8	14,4	70,1	56,7	10,7	0,8	28,6	17,4
F42, Zwangsstörung	91,5	88,9	20,1	30,2	8,5	79,4	73,5	17,5	0,5	22,8	13,8
F43, Belastungsreaktionen	86,5	82,6	29,2	41,5	12,8	69,6	56,4	13,5	1,6	30,3	21,0
F45, somatoforme Störung	91,1	83,8	14,0	44,7	11,2	72,1	53,6	9,5	1,1	21,2	20,1
F50, Essstörung	91,8	80,2	15,4	31,3	8,2	73,6	57,7	12,6	2,2	36,3	19,2
F84, tief. Entwicklungsstörungen	79,1	92,2	49,3	44,9	27,0	58,8	55,4	12,5	4,4	40,5	17,6
F90, hyperkinetische Störungen	89,2	90,8	39,8	41,1	26,2	62,7	57,9	12,5	7,4	31,1	18,8
F91, gestörtes Sozialverhalten	82,6	84,6	37,0	39,6	17,8	63,2	54,6	13,1	3,6	32,3	19,1
F92, gestörtes Sozialv., Emotio.	88,4	81,3	39,0	37,1	18,7	65,6	53,5	11,9	2,0	39,3	18,4
F93, emotionale Störungen	84,5	87,6	27,7	40,2	20,4	63,4	55,5	11,9	1,7	22,6	17,5
F94, gestörte soziale Funktionen	82,6	82,0	51,5	47,6	20,1	62,6	51,2	11,4	3,0	37,4	13,5
F98, andere Verh., emot. Störung	82,8	87,2	29,5	38,4	21,6	60,1	54,8	9,5	4,6	19,6	14,0

Häufigkeit der Kategorie „durchgeführt“, alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose, Abkürzungen der Interventionen siehe Tab. 21; bei Behandlung Mehrfachangaben möglich

Bei Patienten mit einer depressiven Episode, einer phobischen oder anderen Angststörung, einer Zwangs- oder Essstörung bzw. einer somatoformen Störung sind die höchsten Raten für die individuelle Psychoedukation und störungsspezifische Therapie zu beobachten. Bei Patienten mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, hyperkinetischen Störungen oder gestörten sozialen Funktionen finden sich dagegen die höchsten Raten für Interventionen unter Einschluss der Eltern, der Familie oder des Umfeldes. Allerdings existieren auch von diesem Schema Abweichungen. So erfolgt die Psychoedukation ebenso wie eine störungsspezifische Therapie bei Patienten mit einer Zwangsstörung oft auch unter Einbeziehung der Eltern. Eine Krisenintervention ist besonders häufig dokumentiert bei Patienten mit einer depressiven Episode, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen oder einer Kombination aus gestörtem Sozialverhalten und emotionalen Störungen.

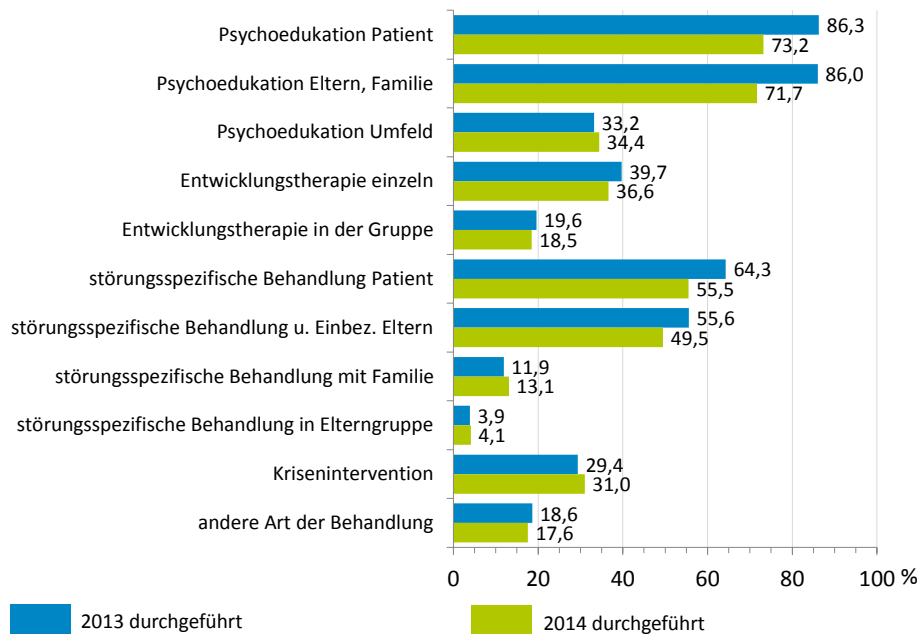
Eine ärztliche Behandlung sowie eine durch die SPV-Mitarbeiter erfolgen in fast allen Fällen (97,8 %) gemeinsam. Ähnlich wie bei der ärztlichen Behandlung werden auch die verschiedenen Formen der Therapie durch SPV-Mitarbeiter bei vielen Patienten kombiniert. In 42,1 % aller Fälle sind zwei bis vier und in 43,4 % aller Fälle fünf bis sieben Verfahren protokolliert. Zum Beispiel findet bei mehr als neun von zehn Patienten (92,1 %), bei denen eine Psychoedukation erfolgt, ebenso eine solche der Eltern oder Familie statt. In 70,1 % der Fälle, in denen mit Patienten eine Psychoedukation durchgeführt wird, erfolgt auch eine störungsspezifische psychotherapeutische Maßnahme.

Für eine indizierte, aber nicht erfolgte Behandlung durch den oder die SPV-Mitarbeiter wird nur jeweils in knapp unter 2 % aller Fälle eine der vier vorgegebenen Begründungskategorien (siehe oben) ausgewählt.

4.5 Veränderungen bei der Behandlung durch SPV-Mitarbeiter innerhalb der Praxis

Für Patienten, die sowohl 2013 als auch 2014 innerhalb der SPV betreut wurden, lassen sich auch bei der Behandlung durch SPV-Mitarbeiter innerhalb der Praxis einige ausgeprägte Änderungen des therapeutischen Vorgehens beobachten (Abbildung 25). Die stärksten Rückgänge sind hierbei für eine Psychoedukation des Patienten (-13,1 Prozentpunkte) oder seiner Eltern / Familie (-14,3 Prozentpunkte) zu verzeichnen. Aber auch eine störungsspezifische Behandlung des Patienten allein oder unter Einbeziehung seiner Eltern erfolgen bei weiterhin in der SPV betreuten Patienten sehr viel seltener. Leichte Steigerungen sind dagegen bei der Häufigkeit einer Psychoedukation des Patientenumfeldes, einer störungsspezifischen Behandlung mit der Familie sowie bei einer Krisenintervention auszumachen.

Abbildung 25: Veränderung der Häufigkeit der Behandlung durch SPV-Mitarbeiter innerhalb der Praxis

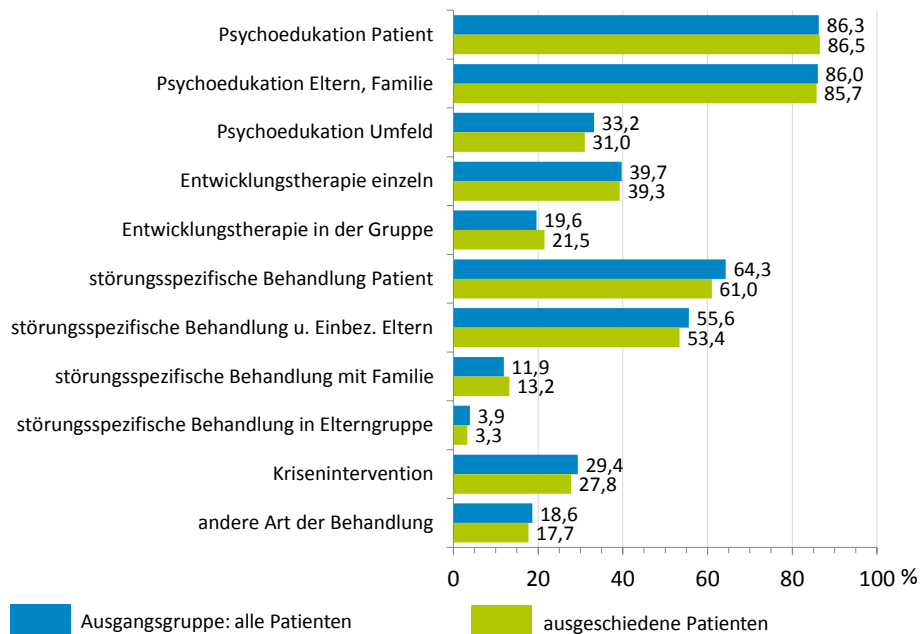


2013: 16.344 Patienten, 2014: 13.860 Patienten; Mehrfachangaben möglich

4.6 Behandlung ausgeschiedener Patienten durch SPV-Mitarbeiter innerhalb der Praxis

Eine Analyse der Behandlung durch SPV-Mitarbeiter innerhalb der Praxis, die zu Beginn der SPV-Betreuung jeweils dokumentiert wurde, offenbart zwischen der Gesamtheit aller Patienten und den ausgeschiedenen Patienten keine nennenswerten Unterschiede (Abbildung 26). Es bestehen lediglich marginal geringere Häufigkeiten bei einer Psychoedukation des Patientenumfelds, einer störungsspezifischen Behandlung des Patienten (allein oder unter Einbezug der Eltern) sowie einer Krisenintervention. Geringfügig häufiger sind eine Entwicklungstherapie in der Gruppe bzw. störungsspezifische psychotherapeutische Maßnahmen mit der Familie festgehalten. Ob allerdings diesen geringen Differenzen eine klinische Bedeutsamkeit zukommt, ist fraglich.

Abbildung 26: Häufigkeit der Behandlung durch SPV-Mitarbeiter innerhalb der Praxis in der Ausgangsgruppe und bei ausgeschiedenen Patienten



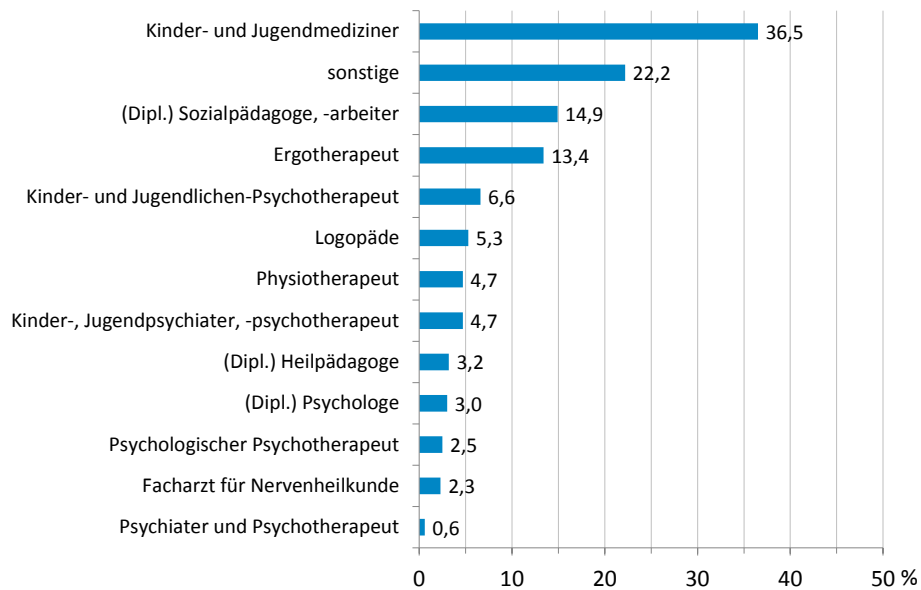
alle: 16.344 Patienten, ausgeschiedene: 2.805 Patienten; Mehrfachangaben möglich

4.7 Behandlung durch Kooperationspartner außerhalb der Praxis

Fast sieben von zehn (69,5 %) aller Patienten werden extern mitbehandelt. Die drei am häufigsten genannten Berufsgruppen, mit denen die SPV-Teilnehmer außerhalb ihrer Praxis kooperieren, sind Kinder- und Jugendmediziner in etwas mehr als einem Drittel aller Fälle, sowie Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiter und Ergotherapeuten in jeweils etwas über einem Achtel der Fälle (Abbildung 27). Alle übrigen externen Kooperationspartner bei der Behandlung der Patienten erreichen nur Nennungshäufigkeiten unter 7 Prozent, abgesehen von der unspezifischen Kategorie „sonstige“ (22,2 %).

Meist nimmt die externe Kooperation mit dem Alter der Patienten zu (Tabelle 26). Nur die mit Kinder- und Jugendmediziner sowie vor allem die mit Ergo- oder Physiotherapeuten sowie Logopäden findet mit jugendlichen Patienten seltener statt. Diese Kooperationspartner werden außerdem häufiger von männlichen Patienten in Anspruch genommen.

Abbildung 27: Berufsgruppen der Kooperationspartner außerhalb der Praxis



von 16.344 Patienten werden ... % behandelt durch ...; Mehrfachangaben möglich

Tabelle 26: Behandlung durch externe Kooperationspartner nach Alter und Geschlecht

Kooperationspartner	Alter (Jahre)								zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥ 15			
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
Kinder- und Jugendpsychiater, -psychothe.	2,7	2,1	2,1	3,1	5,7	5,1	8,8	8,0	5,2	4,3
Kinder- und Jugendmediziner	38,9	37,7	38,4	41,2	35,4	38,6	25,6	28,0	34,0	38,6
Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut	1,5	1,6	1,9	2,9	2,7	2,7	3,3	5,1	2,6	2,9
(Dipl.) Psychologin	1,2	1,0	2,6	2,4	2,9	3,5	3,7	4,5	2,9	3,0
Kinder/Jugend, psychologischer Psychothe.	6,7	6,1	6,7	7,2	8,5	10,3	12,7	11,5	8,9	8,8
(Dipl.) Sozialpädagoge, -arbeiter	12,2	10,5	11,9	13,3	15,4	16,0	18,1	20,9	14,9	15,0
(Dipl.) Heilpädagogin	7,2	8,1	2,5	3,1	2,5	3,2	2,0	4,4	2,6	3,6
Ergo-, Physiotherapeut, Logopäde	28,4	36,3	25,8	34,2	10,8	18,7	3,5	5,9	14,5	25,1
sonstige	18,5	20,9	20,9	22,1	22,4	22,0	24,2	24,6	22,2	22,2

Häufigkeit der Kategorie „durchgeführt“, alle Angaben in % der Altersgruppe für jeweils ein Geschlecht; bei Kooperationspartner Mehrfachangaben möglich

Die Kooperation mit externen Behandlungspartnern weist enge Beziehungen zu den vorliegenden Hauptdiagnosen auf (Tabelle 27).

Tabelle 27: Hauptdiagnosen und deren Behandlung durch externe Kooperationspartner

Hauptdiagnose	Berufsgruppe								
	KJpp	KJ-med	Neuro Psychi	Psycho	Psych-therap	Sozial-pädag	Heil-pädag	Ergo-therap	sonst
F32, depressive Episode	13,2	29,1	3,4	5,4	15,4	17,1	2,5	4,0	24,7
F40, phobische Störung	5,2	28,6	2,4	1,9	10,0	13,3	1,9	8,1	21,9
F41, andere Angststörungen	6,1	27,8	3,7	2,7	12,6	9,9	1,9	8,3	22,2
F42, Zwangsstörung	7,4	34,9	4,2	3,7	13,8	7,4	1,6	5,8	15,3
F43, Belastungsreaktionen	4,0	34,3	2,6	2,7	7,3	17,1	2,8	13,5	24,8
F45, somatoforme Störung	3,4	39,7	2,2	2,8	6,1	7,8	0,6	8,9	15,6
F50, Essstörung	10,4	35,7	3,3	3,8	15,4	8,2	1,1	4,9	28,0
F84, tief. Entwicklungsstörungen	11,5	45,6	5,4	6,4	12,2	30,4	12,2	31,8	29,7
F90, hyperkinetische Störungen	4,0	42,6	3,1	3,3	8,1	13,3	3,2	28,5	23,1
F91, gestörtes Sozialverhalten	4,2	33,0	2,2	2,7	6,5	18,3	4,7	20,0	19,8
F92, gestörtes Sozialv., Emotio.	5,9	29,7	1,1	2,6	10,6	26,9	4,2	14,2	21,8
F93, emotionale Störungen	2,4	33,5	1,5	1,6	7,9	13,4	2,1	18,6	18,0
F94, gestörte soziale Funktionen	7,2	39,8	3,9	4,5	10,8	30,2	9,6	26,9	28,7
F98, andere Verh., emot. Störung	3,4	38,6	3,1	2,3	8,2	9,2	1,8	28,3	21,5

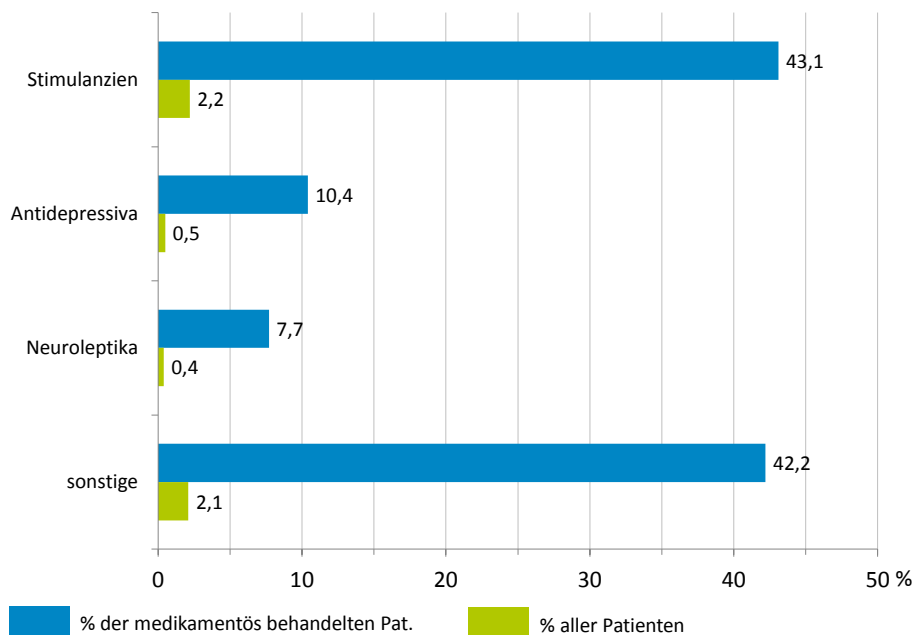
alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose, Abkürzungen der Berufsgruppen siehe Tab. 23; bei Berufsgruppe Mehrfachangaben möglich

Hier ragt vor allem die Diagnose tiefgreifender Entwicklungsstörungen heraus, die bei allen Berufsgruppen die höchste oder eine der höchsten Raten an Mitbehandlung zur Folge hat. Andere Diagnosen, für die sehr hohe Mitbehandlungsraten erreicht werden, sind die gestörter sozialer Funktionen und die einer depressiven Episode. Von der Seite der externen Berufsgruppen aus betrachtet, fallen zusätzlich diejenige mit einem Kinder- und Jugendmediziner insbesondere bei Patienten mit hyperkinetischen Störungen oder einer somatoformen Störung sowie die mit einem Ergotherapeuten gleichfalls bei Patienten mit hyperkinetischen Störungen auf.

Insgesamt ist nur bei 5,1 % aller Patienten eine medikamentöse Behandlung außerhalb der SPV-Praxis dokumentiert. Werden die Patienten außerhalb der SPV-Praxis medikamentös versorgt, so erhalten sie in über vier von zehn Fällen dort Stimulanzien oder sonstige Medikamente (Abbildung 28). Antidepressiva oder Neuroleptika erhalten etwa je einer von zehn, außerhalb der SPV-Praxis medikamentös versorgten Patienten.

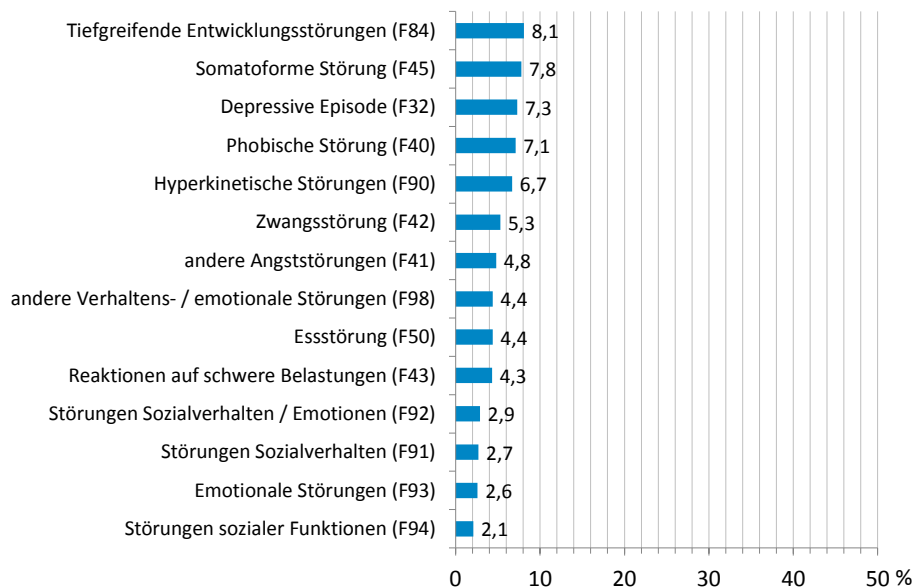
Aufgrund der geringen Zahl vorliegender Fälle wird auf eine Unterteilung nach Alter und Geschlecht sowie in Bezug auf die Hauptdiagnosen nach Wirkstoffklassen an dieser Stelle verzichtet. Stattdessen wird dargestellt, bei welchen Diagnosen das höchste Ausmaß an externer medikamentöser Behandlung zu verzeichnen ist (Abbildung 29).

Abbildung 28: Häufigkeit der medikamentösen Behandlung außerhalb der Praxis



alle Patienten: 16.344; Patienten, bei denen eine medikamentöse Behandlung durch externe Kooperationspartner erfolgt: 829; Kombinationsverordnungen bei 2 (Stimulanzien und Antidepressiva) bzw. 9 (Stimulanzien und Neuroleptika) Patienten dokumentiert

Abbildung 29: Häufigkeit der medikamentösen Behandlung außerhalb der Praxis nach Diagnosen



in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose

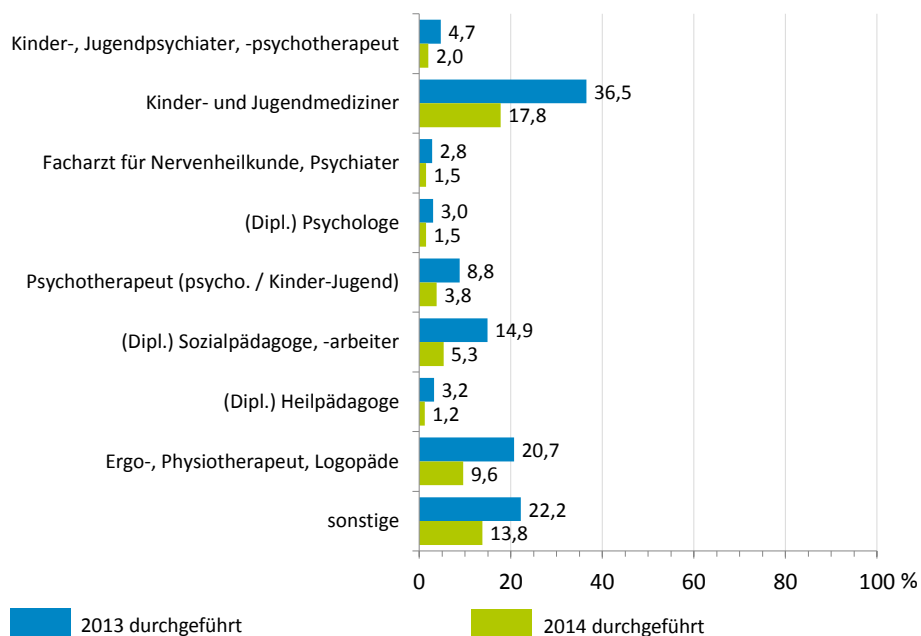
Die mit 7–8 % höchsten Raten einer externen Medikation sind bei den Diagnosen tiefgreifender Entwicklungs-, somatoformer oder phobischer Störungen sowie depressiver Episoden zu verzeichnen. Auch die Behandlung von hyperkinetischen oder Zwangsstörungen erfolgt in 5–7 % der entsprechenden Fälle extern medikamentös.

Bei der Kooperation mit externen Behandlungspartnern kommt es ebenfalls häufig zu Therapiekombinationen. In 21,8 % aller Fälle sind zwei und in weiteren 10,2 % aller Fälle drei bis vier externe Therapieangebote festgehalten. Am häufigsten ist hierbei die Kombination aus einer medizinischen und sonstigen Behandlung zu beobachten. Über ein Viertel (27,4 %) der Patienten, die zusätzlich zur Behandlung in der SPV-Praxis extern medizinisch behandelt werden, erhalten auch eine nicht näher spezifizierte sonstige Therapie.

4.8 Veränderungen bei der Behandlung durch externe Kooperationspartner

In der Gruppe der 2013 und 2014 durchgängig innerhalb der SPV betreuten Patienten sind sehr starke Rückgänge bei der Häufigkeit zu erkennen, mit der externe Kooperationspartner in den Behandlungsprozess eingebunden werden (Abbildung 30).

Abbildung 30: Veränderung der Häufigkeit der Behandlung durch externe Kooperationspartner



2013: 16.344 Patienten, 2014: 13.860 Patienten; Mehrfachangaben möglich

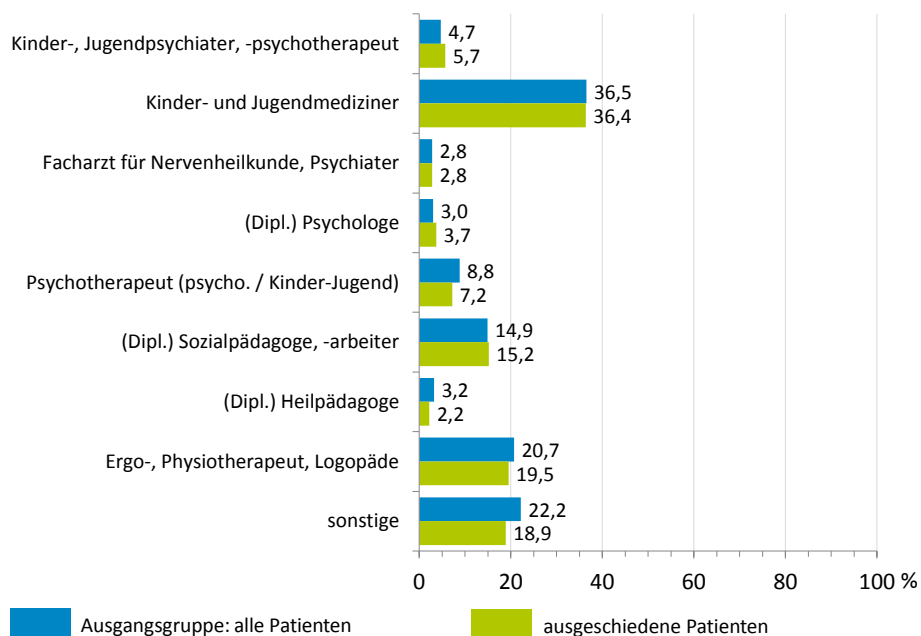
Allgemein ist nahezu für alle Berufsgruppen eine Halbierung der ursprünglichen Raten zu beobachten. Der absolut höchste Rückgang ist dabei bei der Kooperation mit Kinder- und Jugendmediziner festzustellen, die relativ stärksten Rückgänge bei der Kooperation mit Psychotherapeuten, Ergo-

therapeuten, Logopäden und vor allem bei derjenigen mit Sozialpädagogen oder Sozialarbeitern. Für die letztgenannte Berufsgruppe reduziert sich die Rate auf annähernd ein Drittel der ursprünglichen.

4.9 Behandlung ausgeschiedener Patienten durch externe Kooperationspartner

Ähnlich wie bei der Behandlung durch SPV-Mitarbeiter innerhalb der Praxis existieren auch hinsichtlich der Behandlung durch externe Kooperationspartner zwischen der Gesamtheit aller Patienten und den ausgeschiedenen Patienten praktisch keine Unterschiede (Abbildung 31).

Abbildung 31: Häufigkeit der Behandlung durch externe Kooperationspartner in der Ausgangsgruppe und bei ausgeschiedenen Patienten



alle: 16.344 Patienten, ausgeschiedene: 2.805 Patienten; Mehrfachangaben möglich

Geringfügig geringere Häufigkeiten sind bei der Kooperation mit Psychotherapeuten, Heilpädagogen, Ergotherapeuten, Logopäden oder sonstigen Kooperationspartnern zu erkennen. Leicht häufiger sind die Raten für eine Kooperation mit anderen Kinder- und Jugendpsychiatern / -psychotherapeuten sowie Psychologen. Auch hier erscheint es jedoch sehr zweifelhaft, ob diesen geringen Differenzen eine klinische Bedeutsamkeit zukommt.

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

Eine Gegenüberstellung wichtiger Kennwerte der Behandlung der SPV-Population von 2013 zu solchen aus dem Kollektiv des Jahres 2005 und dem der kjp-Studie von 2006 ist nur eingeschränkt möglich. Dies ergibt sich aus der stark unterschiedlichen Dokumentation des Behandlungsprozesses in den drei Studien. Für die ansatzweise vergleichbaren Indikatoren zeigen sich die folgenden Häufigkeiten:

	SPV ₂₀₁₃	SPV ₂₀₀₅	kjp ₂₀₀₆
Therapie durchgeführt _a	97,9	90,2	41,7
Psychotherapie _b	90,1	69,1	–
Entwicklungstherapie	51,7	32,2	–
Heilpädagogik, Sozialtherapie _c	63,1	64,1	–
Krisenintervention	29,4	59,9	–
medikamentöse Therapie _d	29,2	–	26,0
externe Kooperation _e	69,5	–	53,7

a: 2013 = alle Therapiemaßnahmen in der SPV-Praxis, 2005 = individueller Therapieplan, 2006 = Behandlung durchgeführt; b: 2013 = alle Therapiemaßnahmen des Arztes, außer Medikation und andere Behandlung, oder Behandlung durch Psychotherapeuten; c: 2013 = Behandlung durch Heilpädagogen oder Sozialpädagogen intern oder extern; d: 2013 = medikamentöse Therapie intern oder extern; e: 2013 = alle externen Kooperationspartner zusammen, 2006 = Termine in anderen Einrichtungen

Die Raten zur Durchführung einer Behandlung lassen sich nur bedingt vergleichen, da hierzu früher die Häufigkeit des Aufstellens eines Therapieplans (2005) bzw. die Menge der nach dem Erstkontakt zur Behandlung in der Praxis verbliebenen Patienten (2006) erhoben wurde. Schwierig gestaltet sich ebenfalls der Vergleich der Häufigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung, da diese 2013 auf der Arztseite nicht separat erfasst wird. Bessere Vergleiche sind möglich für die weiteren, hier aufgeführten Parameter.

Eine deutliche Zunahme zeigt sich beim Anteil der Patienten, die 2013 entwicklungstherapeutisch behandelt werden bzw. deren Behandlung kooperativ mit externen Partnern durchgeführt wird. Rückläufig scheint dagegen der Anteil an Patienten zu sein, bei denen eine Krisenintervention erfolgt ist. Annähernd konstante Quoten lassen sich beobachten für das Ausmaß an heilpädagogischen oder sozialtherapeutischen Maßnahmen sowie für den Anteil medikamentös behandelter Patienten.

Charakteristisch für die Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist die multidisziplinäre Kooperation. Dies spiegelt sich nicht nur in der Konzeption der SPV wider, sondern ist auch deutlich erkennbar in den modellhaften Beschreibungen der Behandlungspfade, welche explizit für die Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt wurden (vgl. Schlüter, Roeder & Schaff, 2006).

Zu dem konkreten Ausmaß spezifischer Therapieregime und der Kooperation bei der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie finden sich dagegen nur wenige quantitative Angaben. Angaben zur Therapiehäufigkeit in einem Kollektiv stationär behandelter Patienten können der Studie von Remschmidt und Mattejat (2006) entnommen werden. Dort erfolgte bei 99 % der Patienten eine psychotherapeutische Behandlung, in 96 % aller Fälle unter Einbeziehung der Eltern. 95 % der Patien-

ten erhielten eine funktionale Übungs- oder Fachtherapie, bei 56 % fanden soziotherapeutische Maßnahmen statt, 44 % erhielten eine Medikation (hauptsächlich Neuro- und Thymoleptika oder Stimulanzien). Nach Entlassung aus der Klinik wurden 42 % der Patienten ambulant und 22 % in anderer Form stationär weiterbehandelt.

In der Untersuchung von Lehmkuhl et al. (2009) lag die maximale Behandlungsrate für eine spezifische Therapie (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie / Krankengymnastik) bei knapp unter 60 % der psychisch erkrankten Kinder im Alter von 6 bis 7 Jahren. Für psychiatrische oder psychotherapeutische Leistungen bzw. die Inanspruchnahme einer KJP-Ambulanz lag dort die maximale Rate bei ungefähr 50 % der erkrankten Kinder im Alter von 11 bis 12 Jahren. Insgesamt erfolgte hier bei 32,2 % aller erkrankten Kinder und Jugendlichen eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im ambulanten Versorgungsbereich.

Auf der Grundlage von Abrechnungsdaten einer gesetzlichen Krankenkasse (BARMER GEK) konnte zwischen 2005 und 2012 eine Zunahme der Antipsychotika-Verordnungen bei Kindern- und Jugendlichen nachgewiesen werden. Während sich diese Quote in der Gesamtgruppe von 0,23 auf 0,32 % erhöhte, stieg sie in der Altersgruppe der 10- bis 14-jährigen von 0,24 auf 0,43 % (Bachmann et al., 2014).

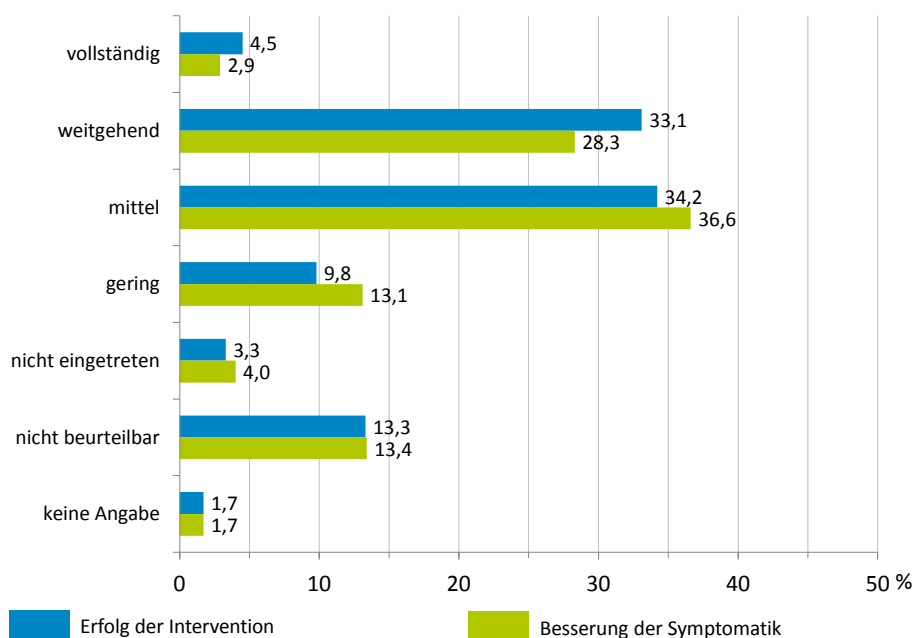
5. Bewertung der Behandlung

Infolge fehlender Symptomveränderungsinventare lässt sich in der SPV keine Aussage über eine mögliche Symptomveränderung auf Grundlage validierter Messinstrumente machen, wie dies zum Beispiel in der kjp-Qualitätsstudie geschehen ist. Nichts desto weniger ist eine Bewertung des ärztlichen Behandlungserfolgs und der Symptomveränderung ein explizierter Bestandteil der SPV-Dokumentation. Diese subjektive Bewertung aus ärztlicher Sicht wird mit der Beurteilung durch die Patienten bzw. deren Eltern verglichen. Zudem erlaubt eine wiederholte Einschätzung im Zeitraum 2014 Aussagen über Veränderungen zu treffen.

5.1 Bewertung der Behandlung aus ärztlicher Sicht 2013

Die teilnehmenden Ärzte bewerten den Erfolg ihrer Intervention in hohem Maß analog zu einer Besserung der Symptomatik. So sind die Ärzte 2013 – nach maximal einem halben Jahr Behandlungsdauer – in über einem Drittel aller Fälle der Ansicht, ihre Behandlung sei bislang vollständig oder zumindest weitgehend erfolgreich verlaufen (Abbildung 32).

Abbildung 32: Bewertung der Behandlung aus ärztlicher Sicht



16.344 Patienten

In etwas mehr als drei von zehn Fällen wird von einer vollständigen oder weitgehenden Besserung der Symptomatik berichtet. In ungefähr jeweils der gleichen Größenordnung wird die mittlere (neut-

rale) Bewertungskategorie gewählt. In 13,1 % bzw. 17,1 % aller Fälle wird ein geringer oder gar kein Behandlungserfolg bzw. eine geringe oder nicht stattgefundene Symptombesserung festgestellt. In je etwa 15 % der Fälle liegt keine ärztliche Bewertung des Behandlungserfolgs bzw. der Symptombesserung vor. Betrachtet man lediglich die Fälle, in denen eine Bewertung der Behandlung aus ärztlicher Sicht erfolgt ist, so wird in 44,3 % dieser Fälle ein vollständiger oder weitgehender Behandlungserfolg und in 36,7 % dieser Fälle eine vollständige oder weitgehende Verbesserung der Symptomatik konstatiert. Als eher erfolglos – eine zusammengefasste Betrachtung der Ausprägungen „gering“ und „nicht eingetreten“ – wird die Behandlung in 15,5 % der bewerteten Fälle angesehen, keine durchgreifende Besserung der Symptomatik soll in 20,1 % der Fälle eingetreten sein.

Die Bewertung des Behandlungserfolgs durch den Arzt erscheint weitgehend unabhängig von dem Alter und dem Geschlecht der behandelten Kinder und Jugendlichen zu sein (Tabelle 28).

Tabelle 28: Bewertung der Behandlung durch den Arzt nach Alter und Geschlecht

	Alter (Jahre)								zusammen	
	< 6		6–9		10–14		≥ 15			
Bewertung	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
Erfolg der Intervention										
vollständig, weitgehend	41,9	33,9	38,4	36,3	37,9	37,7	40,0	39,2	38,8	37,0
mittel	31,4	32,0	32,5	34,5	35,3	36,0	32,8	34,7	33,6	35,0
gering, nicht eingetreten	12,0	16,6	12,4	12,8	13,2	12,5	15,7	13,5	13,5	13,0
nicht beurteilbar, keine Angabe	14,7	17,5	16,7	16,4	13,7	13,7	11,5	12,5	14,1	15,0
Besserung der Symptomatik										
vollständig, weitgehend	34,9	24,7	30,6	29,3	32,0	32,0	33,3	35,9	32,1	30,8
mittel	32,2	35,7	35,3	37,7	37,2	38,1	36,8	33,4	36,2	37,3
gering, nicht eingetreten	17,7	21,2	17,0	16,8	17,2	16,0	18,3	18,0	17,5	16,9
nicht beurteilbar, keine Angabe	15,2	18,5	17,1	16,2	13,6	13,9	11,6	12,7	14,2	15,0

alle Angaben in % der Altersgruppe für jeweils ein Geschlecht

Bei Mädchen wird sowohl der Erfolg der Intervention als auch die Besserung der Symptomatik geringfügig häufiger als bei Jungen in den Kategorien vollständig oder weitgehend erfolgreich bzw. verbessert eingestuft. Bei Mädchen scheint dies auch altersabhängig eher bei den Kindern unter 6 Jahren der Fall zu sein, während bei Jungen das Maximum der Symptomverbesserung in der Altersgruppe der 15-jährigen und Älteren gesehen wird. Gleichzeitig wird aber auch in dieser Altersgruppe bei beiden Geschlechtern häufig ein geringer oder bislang nicht eingetretener Behandlungserfolg konstatiert.

Wesentlich deutlichere Zusammenhänge existieren zwischen der Bewertung des Behandlungserfolgs und der jeweils vorliegenden Hauptdiagnose (Tabelle 29). Das Maximum sowohl hinsichtlich der Erfolgsbewertung als auch der vermuteten Symptomverbesserung wird dabei bei Patienten mit einer somatoformen Störung erreicht. Andere Diagnosen mit einer ähnlich positiven Beurteilung sind die einer Reaktion auf schwere Belastungen, einer phobischen Störung oder einer depressiven Episode. Die negativste Bewertung erfolgt bei Patienten mit gestörten sozialen Funktionen, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen oder einem gestörten Sozialverhalten. Als schwierig zu bewerten erweist sich

Erfolg vor allem bei Patienten mit emotionalen Störungen, hier wird am häufigsten von der Bewertungsoption „keine Angabe“ Gebrauch gemacht.

Tabelle 29: Hauptdiagnosen und die Bewertung des Behandlungserfolgs

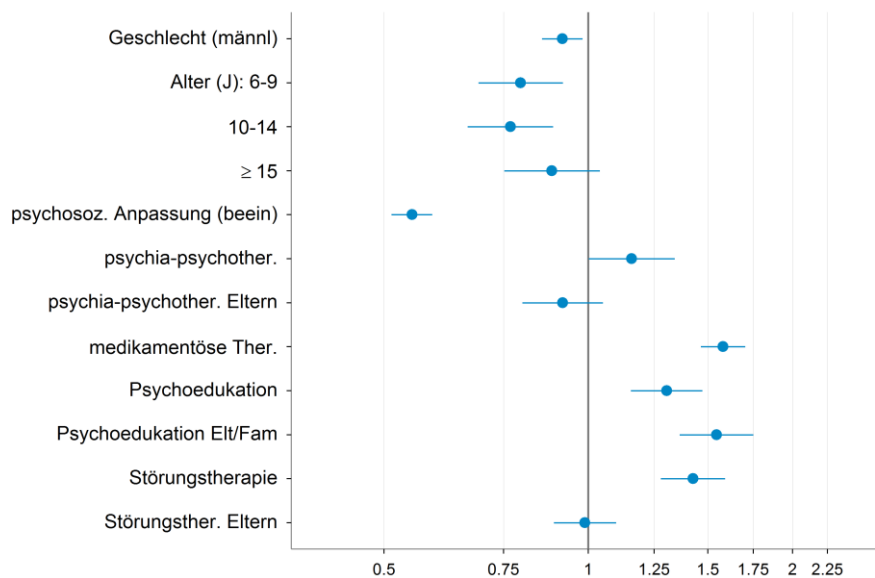
Hauptdiagnose	Bewertung							
	Erfolg der Intervention				Besserung der Symptomatik			
	vollstän, weitgeh	mittel	gering, nicht ein	nicht b, keine A	vollstän, weitgeh	mittel	gering, nicht ein	nicht b, keine A
F32, depressive Episode	39,9	36,7	11,9	11,6	32,3	39,9	16,6	11,3
F40, phobische Störung	40,0	36,7	13,3	10,0	37,1	37,1	16,7	9,0
F41, andere Angststörungen	35,0	36,4	14,7	13,9	29,7	34,2	20,1	16,0
F42, Zwangsstörung	37,6	33,9	15,9	12,7	30,2	39,2	18,0	12,7
F43, Belastungsreaktionen	41,0	32,5	11,4	15,1	34,2	36,9	13,7	15,2
F45, somatoforme Störung	43,6	34,6	12,3	9,5	40,2	34,6	16,8	8,4
F50, Essstörung	37,9	39,6	15,4	7,1	29,7	39,0	23,6	7,7
F84, tief. Entwicklungsstörungen	27,0	41,6	21,6	9,8	14,5	44,3	30,7	10,5
F90, hyperkinetische Störungen	38,8	35,7	11,8	13,7	32,6	38,3	15,1	13,9
F91, gestörtes Sozialverhalten	32,5	30,5	20,7	16,3	26,1	33,0	25,2	15,6
F92, gestörtes Sozialv., Emotio.	27,7	35,1	20,3	16,9	24,3	35,7	24,3	15,7
F93, emotionale Störungen	37,7	33,1	12,1	17,0	31,9	35,0	15,9	17,1
F94, gestörte soziale Funktionen	25,1	36,8	24,0	14,1	15,6	38,0	34,4	12,0
F98, andere Verh., emot. Störung	39,4	32,9	13,4	14,3	32,4	33,8	18,2	15,5

alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose, Abkürzungen siehe Tab. 28

Im Folgenden soll versucht werden, den Einfluss der verschiedenen Merkmale der Patienten und der Behandlung auf die Bewertung des Behandlungserfolgs und der Symptomverbesserung genauer zu quantifizieren. Dies geschieht multivariat, also unter gleichzeitiger Berücksichtigung eines Sets als relevant anzusehender Merkmale, mit Hilfe zweier separater logistischer Regressionsmodelle. Die Prädiktoren, also die den Behandlungserfolg oder die Symptomverbesserung vorhersagenden Variablen, sind in diesen beiden Modellen das Alter und Geschlecht der Patienten, das Ausmaß psychosozialer Beeinträchtigung, sowie jeweils eine durchgeführte oder nicht durchgeführte Therapie (psychiatrisch-psychotherapeutisch, psychiatrisch-psychotherapeutisch unter Einbeziehung der Eltern, medikamentös, psychoedukativ, psychoedukativ unter Einbeziehung der Eltern, störungsspezifisch, störungsspezifisch unter Einbeziehung der Eltern). Jede der Variablen liegt dabei in zwei- (weiblich vs. männlich, gut bis mäßig vs. deutlich bis schwer beeinträchtigt, durchgeführt vs. nicht durchgeführt) oder mehrstufiger Form vor (< 6 vs. 6–9, 10–14, ≥ 15 Jahre). Der ausgewiesene Verhältniswert „Odds Ratio“ gibt an, wie groß die Chance ist, dass die Behandlung als erfolgreich bzw. die Symptomatik als verbessert bewertet wird, wenn Patienten das betreffende Merkmal aufweisen bzw. entsprechend therapiert werden. Werte größer als 1 bedeuten, dass sich die Chance erhöht, Werte kleiner 1, dass sie sich verringert. Ist das Odds Ratio gleich 1 oder schneidet das Konfidenzintervall um es herum den Wert 1, übt das betreffende Merkmal keinen bedeutsamen Einfluss auf die Behandlungsbewertung aus.

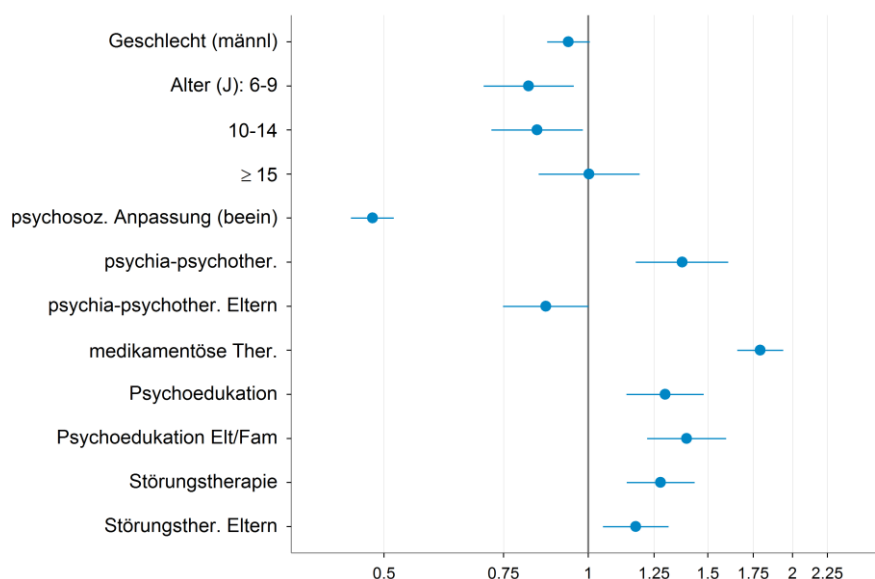
Für eine positive Bewertung des Behandlungserfolgs 2013 erweisen das Alter und Geschlecht der Patienten, das Ausmaß psychosozialer Beeinträchtigung sowie drei Therapieformen als bedeutsam (Abbildung 33). Danach haben männliche Patienten und Kinder- und Jugendliche im Alter zwischen 6 und 14 Jahren jeweils eine geringere Chance, dass bei ihnen die Behandlung als erfolgreich bewertet wird.

Abbildung 33: Einflussfaktoren einer positiven Bewertung des Behandlungserfolgs



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

Abbildung 34: Einflussfaktoren einer positiven Bewertung des Symptomverbesserung



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

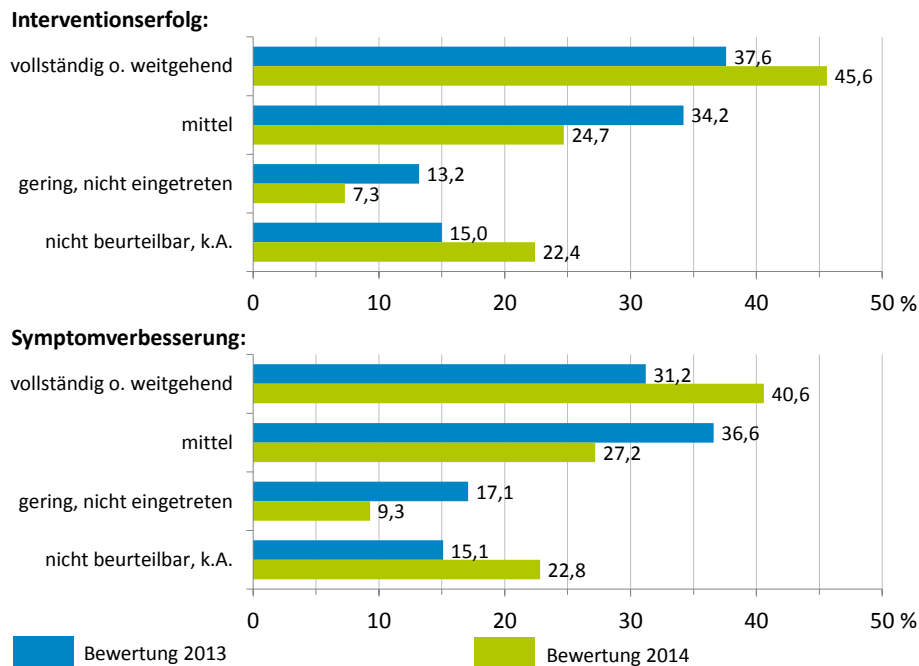
Patienten mit einer deutlichen bis starken Beeinträchtigung ihrer psychosozialen Anpassung haben eine sehr viel geringere Chance, dass ihre Behandlung als erfolgreich eingestuft wird. Die Durchführung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen oder einer störungsspezifischen Therapie unter Elterneinbezug erhöhen dagegen die Chance einer erfolgreichen Bewertung statistisch nicht bedeutsam. Die beiden bedeutsamsten positiven Prädiktoren einer als erfolgreich bewerteten Behandlung sind in diesem Modell die Durchführung einer Psychoedukation gemeinsam mit den Eltern oder der Familie des Patienten sowie eine medikamentöse Therapie.

In dem zweiten Modell zur Vorhersage einer als Besserung der Symptomatik erweisen sich das Geschlecht, das Alter (nur bei jugendlichen Patienten) und eine psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie unter Einbeziehung der Eltern als unbedeutsam (Abbildung 34). Dagegen ist bei Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 14 Jahren die Chance für eine Symptomverbesserung reduziert. Besonders gering wird allerdings diese Chance, wenn die psychosoziale Anpassung der Patienten deutlich bis stark beeinträchtigt ist. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische, eine medikamentöse, eine psychoedukativen sowie eine störungsspezifische Therapie erhöhen die Chance dagegen deutlich. Hier ist die Medikation der bei weitem bedeutsamste positive Prädiktor dafür, dass die Symptomatik als verbessert bewertet wird.

Beide multivariaten Modelle bestätigen somit die Bedeutung der Merkmale Alter, Geschlecht und Ausmaß der psychosozialen Anpassung für die Bewertung des Behandlungserfolgs und der Symptomverbesserung. Sie zeigen aber darüber hinaus, dass vor allem auch die Art der durchgeführten Therapie hierbei eine wichtige Rolle spielt. In Bezug auf den Behandlungserfolg ist dies die Psychoedukation gemeinsam mit den Eltern und kombiniert mit einer Medikation, in Bezug auf die Symptomverbesserung vor allem die Medikation.

5.2 Veränderungen der Bewertung der Behandlung aus ärztlicher Sicht

Für Patienten, die 2013 und 2014 durchgängig innerhalb der SPV betreut wurden, ist eine deutliche Veränderung der Bewertung des Behandlungserfolgs aus Sicht des Arztes festzustellen. Hierbei fällt auf, dass – nach maximal anderthalb Jahren Behandlungsdauer – sowohl die Rate der als erfolgreich verlaufenen Interventionen als auch diejenige, bei denen ein Erfolg (noch) nicht beurteilbar erscheint oder hierzu keine Angaben gemacht werden, jeweils deutlich zugenommen haben (Abbildung 35). Im Gegenzug vermindern sich die beiden Raten für die Ausprägungen eines mittleren oder geringen Therapieerfolgs. Ein synonymes Befund ist für die Bewertung der Symptomverbesserung zu erkennen.

Abbildung 35: Veränderung der Bewertung der Behandlung aus ärztlicher Sicht

2013: 16.344 Patienten, 2014: 13.860 Patienten

Dieses Ergebnis zeigt, dass offenbar für eine Teilgruppe der Patienten eine größere Sicherheit bei der Einschätzung des Behandlungserfolgs und der Symptomverbesserung besteht. Parallel hierzu wächst aber offensichtlich auch der Anteil solcher Patienten, bei denen eine Prognose aus ärztlicher Sicht schwieriger geworden ist.

Dies belegt auch eine Teilgruppenanalyse derjenigen Patienten, bei denen die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung fortgesetzt bzw. nicht fortgesetzt wurde. Wird diese Behandlung 2014 fortgeführt, wird sie in 55,6 % als vollständig oder weitgehend erfolgreich bewertet, während lediglich 5,8 % dieser Fälle als nicht beurteilbar gelten. Wird allerdings die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung 2014 nicht fortgesetzt, sinkt die Quote der hiervon als vollständig oder weitgehend erfolgreich bewerteten Fälle auf 5,7 %, während diejenige der nicht beurteilbaren auf 90,4 % zunimmt.

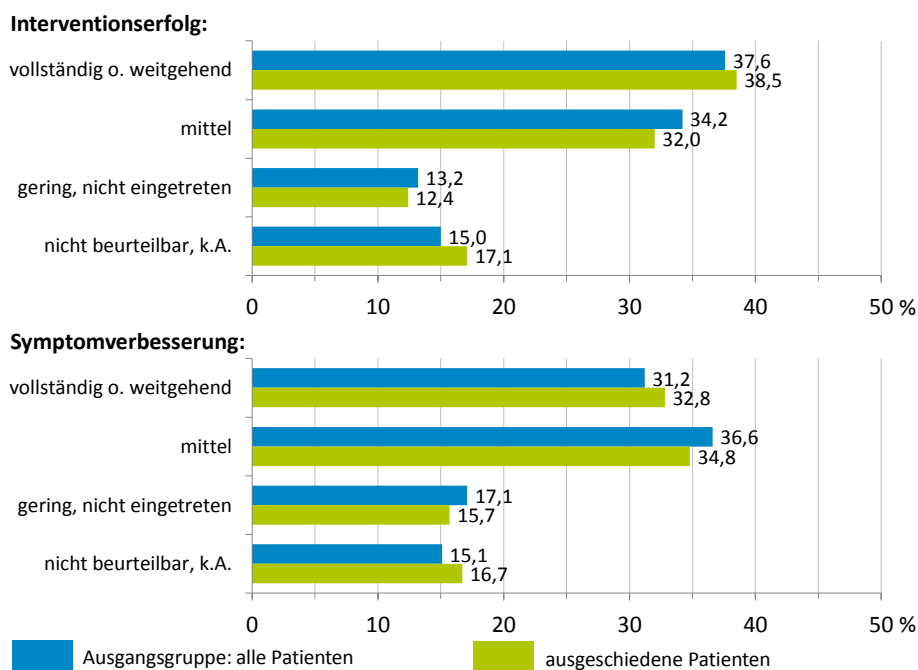
Unterstützt wird diese, zu Letzt genannte Interpretation auch durch eine wiederholte multivariate Modellierung der Bewertung des Behandlungserfolgs und der Symptomverbesserung. Hierbei zeigen sich Abschwächungen sämtlicher Odds Ratios. Statistisch bedeutsam bleiben jedoch auch 2014 für die Bewertung des Behandlungserfolgs das Alter der Patienten (≥ 10 Jahre) und eine beeinträchtigte psychosoziale Anpassung (beide wirken sich negativ aus) sowie eine medikamentöse Behandlung, eine Psychoedukation der Eltern oder Familie und eine störungsspezifische Therapie (wirken sich positiv auf die Bewertung aus). Im Hinblick auf die Bewertung der Symptomverbesserung erweisen sich 2014 lediglich eine beeinträchtigte psychosoziale Anpassung (negativ) sowie eine medikamentöse Behandlung bzw. Psychoedukation des Patienten (beide positiv) als statistisch bedeutsam. Aus Platzgründen finden sich die Abbildungen zu diesen beiden Modellen im Anhang.

5.3 Bewertung der Behandlung ausgeschiedener Patienten aus ärztlicher Sicht

Im Hinblick auf die Bewertung des Behandlungserfolgs bzw. der Symptomverbesserung unterscheidet sich das ärztliche Urteil bei Behandlungsbeginn kaum zwischen den beiden Gruppen aller ursprünglich betreuten und ausgeschiedener Patienten (Abbildung 36). Ausgeschiedene Patienten hatten bei Behandlungsbeginn sowohl eine leicht höhere Rate mit der Ausprägung eines vollständigen / weitgehenden Erfolgs bzw. einer Symptomverbesserung als auch einen etwas höheren Anteil mit unklarer Prognose.

Möglicherweise deutet dieser Befund daraufhin, dass die Gruppe ausgeschiedener Patienten heterogen zusammengesetzt ist aus solchen mit einem erfolgreichen Therapieabschluss und solchen mit einem Therapieabbruch.

Abbildung 36: Bewertung der Behandlung aus ärztlicher Sicht in der Ausgangsgruppe und bei ausgeschiedenen Patienten



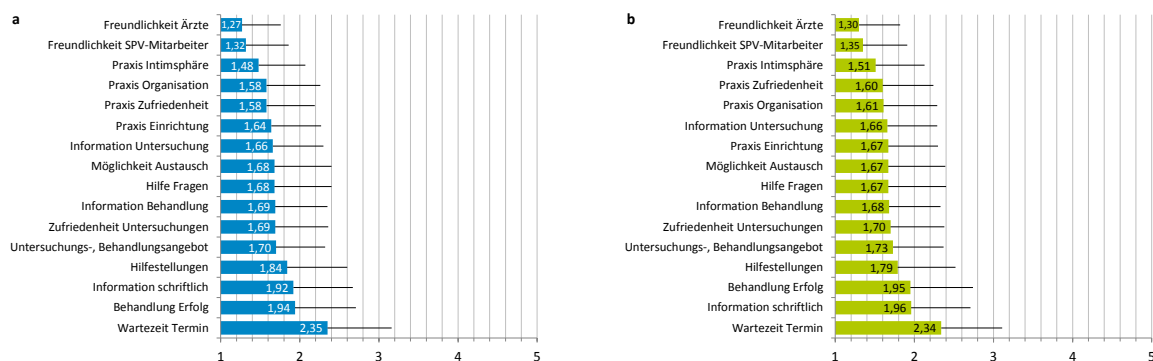
alle: 16.344 Patienten, ausgeschiedene: 2.805 Patienten

5.4 Bewertung der Behandlung aus Sicht des Patienten und deren Veränderung

Auf einem Fragebogen konnten die Patienten oder deren Eltern anhand von insgesamt 16 Fragen ihre Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit der SPV-Behandlung dokumentieren. Von dieser Möglichkeit haben im Rahmen der ersten Erhebungswelle 10.107 und im Rahmen der zweiten 5.886 Befragte Gebrauch gemacht. Die Ergebnisse beider Befragungen spiegeln eine überwiegend positive Bewertung wider. Über alle Fragen hinweg erzielte zwischen den beiden Polen „sehr gut“ (= 1) und „sehr schlecht“ (= 5) die SPV-Behandlung in der ersten Befragung im Mittel den Wert $1,69 \pm 0,45$ und in der zweiten Befragung fast exakt denselben Wert, nämlich $1,70 \pm 0,45$. Auch ausgeschiedene Patienten bewerteten 2013 die Behandlung genau so positiv ($1,68 \pm 0,42$).

Eine Betrachtung der Einzelfragen zeigt trotz dieses insgesamt sehr positiven Bildes durchaus eine gewisse Differenzierung. So wird die Freundlichkeit der Ärzte und SPV-Mitarbeiter mit jeweils 1,27 (1,30) bzw. 1,32 (1,35) am positivsten bewertet, während die schriftliche Information, der Behandlungserfolg und die Wartezeit, welche nur in 4 Stufen bewertet werden kann, jeweils Mittelwerte von 1,92 (1,96), 1,94 (1,95) und 2,35 (2,34) erzielen (in Klammern jeweils die Werte aus dem zweiten Zeitraum, Abbildung 37).

Abbildung 37: Bewertung der Behandlung aus Sicht der Patienten

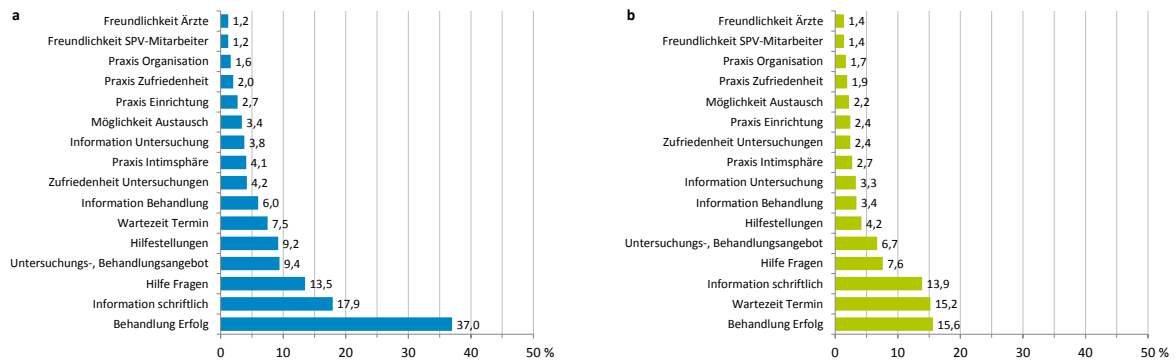


auswertbare Patientenfragebögen 2013 (a): 10.063, 2014 (b): 5.842; Mittelwert und Standardabweichung; Item „Wartezeit Termin“ auf 5 Stufen hochskaliert; Mehrfachangaben möglich

Von den Patienten, die hierzu eine Angabe machen, wird als häufigste Wartezeit auf einen Termin in 86,3 % (87,2 %) der Fälle ein Zeitraum von weniger als drei Monaten genannt. 15,5 % (14,2 %) mussten weniger als eine Woche auf einen Termin warten. 11 % (10,7 %) der Patienten mussten drei bis sechs Monate warten, lediglich in 2,7 % (2,2 %) der Fälle war die Wartezeit länger als ein halbes Jahr.

Interessant erscheint in diesem Zusammenhang auch eine Analyse der Häufigkeit, mit der zu den 16 Fragen keine Bewertung erfolgte. Hier ist zu sehen, dass 2013 37 % der Befragten keine Aussagen zum Behandlungserfolg machten, während dieser Anteil 2014 nur noch bei knapp 16 % liegt (Abbildung 38).

Abbildung 38: Fehlende Patienten-Bewertungen der Behandlung

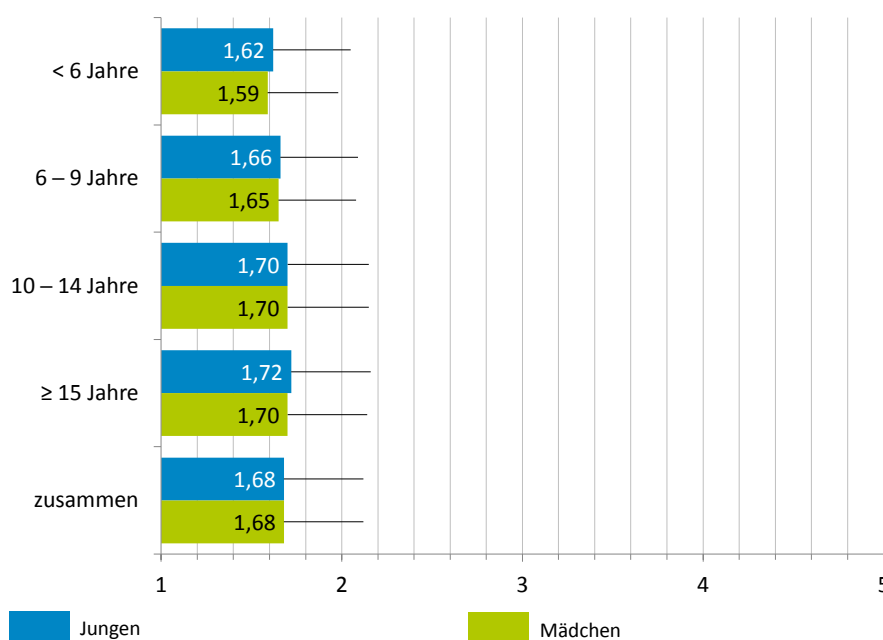


auswertbare Patientenfragebögen 2013 (a): 10.107, 2014 (b): 5.886; % keine Angabe; Mehrfachangaben möglich

Während das Ergebnis aus dem Jahr 2013 vor dem Hintergrund der damals kurzen Laufzeit der Behandlung sehr plausibel erschien, deutet der Befund aus dem Jahr 2014 auf eine geringere Unsicherheit bei der Bewertung durch die Befragten hin. Möglicherweise spielen hierbei aber auch weitere, unbekannte Faktoren eine Rolle.

Die Zusammenlegung der Struktur- und Behandlungsdaten mit den Patientenfragebögen erlaubt, Merkmale der Patienten und der Behandlung mit der Patientenbewertung zu verknüpfen. Übereinstimmend mit der Arztbewertung zeigen sich auch bei der Patientenbewertung der SPV-Behandlung leichte Alters- und Geschlechtsdifferenzen, hier dargestellt auf der Datenbasis des Jahres 2013 (Abbildung 39).

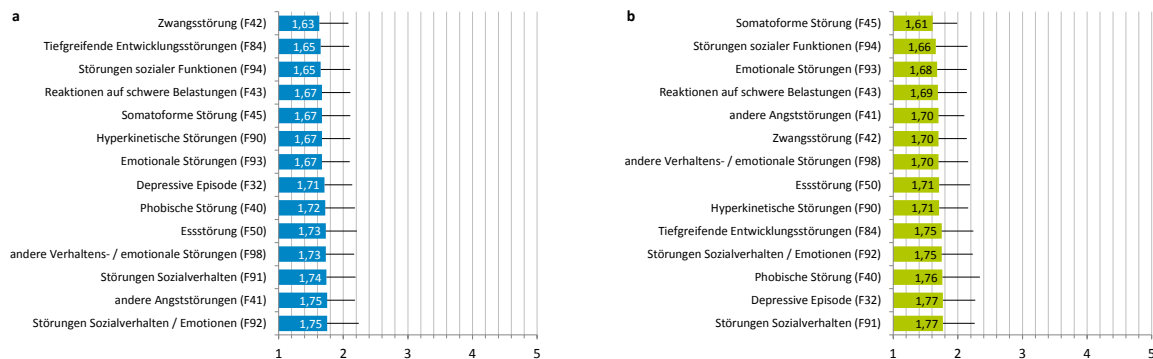
Abbildung 39: Bewertung der Behandlung aus Sicht der Patienten nach Alter und Geschlecht



verknüpfbare Patientenfragebögen: 7.158, Mittelwert und Standardabweichung über alle 16 Fragen

Demnach bewerten jüngere Patienten sowie Mädchen bzw. deren Eltern die Behandlung etwas positiver als ältere Patienten oder Jungen. Unterschiede beim Bewerten der Behandlung bestehen auch in Abhängigkeit von der psychiatrischen Diagnose (Abbildung 40).

Abbildung 40: Bewertung der Behandlung aus Sicht der Patienten nach Hauptdiagnose



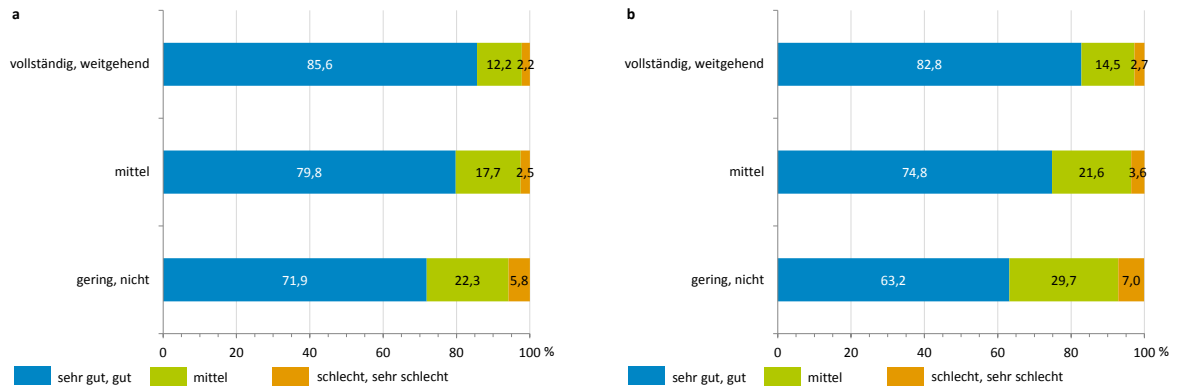
verknüpfbare Patientenfragebögen 2013 (a): 6.830, 2014 (b): 3.728, Mittelwert und Standardabweichung über alle 16 Fragen

Die Behandlung wird 2013 und auch 2014 von Patienten mit Zwangs-, somatoformen Störungen oder Störungen sozialer Funktionen leicht positiver bewertet als zum Beispiel von Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens, gegebenenfalls kombiniert mit emotionalen Störungen. Hierbei darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass die erwähnten durchschnittlichen Differenzen nur eine Größe von 0,1 bis ca. 0,16 Punkten auf der 5-stufigen Bewertungsskala haben.

Für die Art der Behandlung, analysiert auf der Basis der Befragung 2013, lassen sich praktisch keine Unterschiede in der Patientenbewertung feststellen. Dies gilt sowohl auf den Vergleich einer durchgeführten zu einer nicht durchgeführten Therapie als auch für die verschiedenen Therapieformen: psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung des Patienten allein (1,68 vs. 1,68), unter Einbeziehung der Eltern (1,69 vs. 1,68) oder der Familie (1,68 vs. 1,65), eine Richtlinien-Psychotherapie (1,68 vs. 1,64), eine medikamentöse Therapie (1,70 vs. 1,64) oder eine andere Therapie (1,68 vs. 1,67 – jeweils durchgeführt vs. nicht durchgeführt). Tendenziell scheint die Durchführung einer Richtlinien-Psychotherapie und einer medikamentösen Behandlung eine etwas positivere Bewertung aus Patientensicht zu bewirken.

Bei der Bewertung des Behandlungserfolgs stimmen die Ärzte und ihre Patienten weitgehend überein. Für die ärztliche Bewertung werden erneut die Ausprägung „vollständig“ und „weitgehend“ sowie „gering“ und „nicht eingetreten“ zusammengefasst, für die Patientenbewertung „sehr gut“ und „gut“ sowie „schlecht“ und „sehr schlecht“. Es ist zu erkennen, dass Ärzte und Patienten, trotz des Deckeneffekts bei der Patientenzufriedenheit mit ihrer Behandlung, zu einer ähnlichen und differenzierten Bewertung des Behandlungserfolgs gelangen (Abbildung 41). So bewerteten 86 % (83 %) der Patienten dann eine Behandlung als gut, wenn der Arzt sie als erfolgreich einstuft. Dieser Anteil sinkt auf ungefähr 72 % (63 %), wenn ärztlicherseits ein geringer oder gar kein Erfolg anerkannt wird (in Klammern Werte 2014).

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



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

5.5 Bewertung der Behandlung in der SPV-Evaluation 2013 im Vergleich zu früheren Studien

Ein Vergleich der Bewertung der Behandlung ist nur mit den Daten der kjp-Studie von 2006 möglich, da in der früheren SPV-Dokumentation entsprechende Parameter fehlten. Auch hierbei ist allerdings, wie bereits bei dem Vergleich der Behandlungsergebnisse, die unterschiedliche Definition der Indikatoren 2013 und 2006 zu berücksichtigen. Folgende Befunde lassen sich gegenüberstellen:

	SPV ₂₀₁₃	kjp ₂₀₀₆
Behandlung erfolgreich (Pat) _a	51,2	64,0
Symptomatik verbessert _b	31,2	61,0
Zufriedenheit mit Praxis _c	92,6	84,0

a: 2013 = sehr gut oder gut, Basis alle Fälle, 2006 = Problematik völlig oder deutlich oder etwas gebessert, Zeitpunkt T2; b: 2013 = vollständig oder weitgehend, Basis alle Fälle, 2006 = durchschnittliche Symptomsumme bei T3 besser (keine Daten für T2); c: 2013 = sehr gut oder gut, Basis alle Fälle, 2006 = sehr zufrieden oder eher zufrieden bei T2

In beiden Populationen gelangen über die Hälfte aller Befragten zu einer eher positiven Bewertung des Behandlungserfolgs. Die überwiegende Mehrheit der Befragten bekundet gleichfalls in beiden Erhebungen ihre Zufriedenheit mit der Behandlung. Der deutlich höhere Wert für eine Symptomverbesserung, der in der kjp-Studie berichtet wird, resultiert zu einem Teil aus einer anderen Erhebungsmethodik und wird als prozentualer Wert auch nur für den späteren Messzeitpunkt berichtet. Wenn die mittlere Anzahl Symptome sich dort proportional zu dem Prozentwert der Verbesserung verhält, ergäbe sich für die kjp-Studie zum Zeitpunkt T2 eine Verbesserung bei ca. 41 % der Patienten.

Quantitative Angaben zum Erfolg einer ambulanten psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind, zumindest was den deutschsprachigen Raum angeht, extrem rar. So berichten Beelmann und Schneider (2003) in einer Meta-Analyse über 46 Studien, nach Bereinigung um zahlreiche, von den Autoren als unwahrscheinlich bewertete Verbesserungen, von einer durchschnittlichen Effektstärke in der Größenordnung von $d_{s+} = 0,54 \pm 0,12$ für verschiedene Leistungs- und Symptombereiche. Dies entspricht einer mittelgroßen Verbesserung bzw. einem mittelstarken (erfolgreichen) Effekt der betrachteten Interventionen. Remschmidt und Mattejat (2003) kommen in einer eigenen Studie, in die insgesamt 1.358 ambulant behandelte Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen psychiatrischen Störungsbildern eingeschlossen waren, zu einem Gesamtwert von 47,9 Prozent dafür, dass die jeweils durchgeführte Behandlung zu einer "deutlichen Verbesserung" geführt hat. Dieser Wert entspricht interessanterweise fast exakt dem von 45,6 Prozent, den die SPV-Ärzte 2014 für den Anteil aus ihrer Sicht vollständig und weitgehend erfolgreicher Therapien angeben. Insofern deckt sich die in der SPV-Evaluation berichtete Erfolgsquote ziemlich genau mit den wenigen bislang aus der Literatur hierzu bekannten Daten.

Laut Literaturangaben finden sich bei Nachbefragungen in der Regel überwiegend positive Einschätzungen der Behandlung durch die Patienten und / oder deren Eltern. Bezogen auf klinisch behandelte Kinder und Jugendliche berichtet Hoffmann (2006) zum Beispiel von mehrheitlich positiven Beurteilungen seitens der Eltern, Patienten und Therapeuten, wobei sich keine Unterschiede abhängig vom Alter, Geschlecht und von der Erkrankung des Patienten ergaben. Gleichzeitig fand sich eine hohe

Korrelation der Beurteilung von Eltern und Therapeuten, jedoch nur eine schwache derjenigen von Patienten und Therapeuten. Finsterer (2008) ermittelt für klinisch behandelte Kinder und Jugendliche einen Durchschnittswert der Zufriedenheit mit der Behandlung von 2,7 auf einer 5-stufigen Skala von 0, unzufrieden, bis 4, zufrieden. Hier waren eher junge Mädchen mit internalisierten Störungen zufrieden mit ihrer Therapie. In einer weiteren Studie von Remschmidt und Matthejat (2006) sagen knapp 75 % der Eltern, ihrem Kind ginge es anderthalb Jahre nach der Entlassung aus der Klinik besser als bei der Aufnahme. Gleichzeitig räumen jedoch über die Hälfte (54 %) der Eltern ein, die Symptome beständen weiter fort, und 26 bis 30 % berichten, es sei entweder keine Verbesserung oder sogar eine Verschlechterung eingetreten. Die geringsten Raten für die Elterneinschätzung einer Verbesserung finden sich in dieser Arbeit bei den Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung oder einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung. Von insgesamt guten und erfolgreichen Behandlungen sowie Verbesserungen im Funktionsniveau berichten auch die Patienten und deren Eltern in einer neueren Studie zum Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg bei Kindern und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens (Kinnen & Döpfner, 2013).

Inwieweit jedoch innerhalb der hier berichteten sehr kurzen Zeithorizonte überhaupt eine reliable Bewertung des Behandlungserfolgs durch Patient, Eltern oder Therapeuten erfolgen kann, ist vor dem Hintergrund anderer Literaturdaten fraglich. Steinhausen (2013) stellt in einer aktuellen Übersichtsarbeit dar, dass zwischen 24 und 41 % aller betroffenen Kinder und Jugendlichen auch im Erwachsenenalter noch eine psychische Störung aufweisen. Diagnosespezifische Verläufe sind dabei je nach Diagnose verschieden: hohe Persistenzraten wurden gefunden für eine frühe Schizophrenie, Autismus, Störungen des Sozialverhaltens, hyperkinetische Störungen, Angststörungen, Depressionen und Essstörungen. Zudem konstatiert Steinhausen erhebliche Wissensdefizite bei der Bewertung des langfristigen Erfolgs von Interventionen.

Auch Lehmkuhl und Döpfner (2013) resümieren in Bezug auf den Erfolg einer Behandlung hyperkinetischer Störungen eine hohe interindividuelle Variabilität des Ansprechens auf eine Behandlung. Auch wenn sich insgesamt über einen Zeitraum von fünf Jahren Verbesserungen gezeigt hätten, waren diese jedoch annähernd unabhängig von der Art der durchgeführten Therapie.

Darüber hinaus zeigen die Daten aus einer, sich über 14 Jahre erstreckenden, australischen prospektiven Kohorten-Beobachtungsstudie, dass die Persistenz psychischer Störungen vom Jugendlichen- in das junge Erwachsenenalter zusätzlich stark von der Dauer der Störung, dem Geschlecht der Jugendlichen und einer Trennung der Eltern abhängt (Patton et al., 2014). Dort wurden deutlich höhere Remissionsraten bei Patienten mit einer Störungsdauer von weniger als sechs Monaten berichtet, ebenso für männliche Jugendliche und solche von Eltern, die sich nicht getrennt hatten.

6. Behandlungsstatus, Kontakthäufigkeit und Fallbesprechung

Ein Spezifikum der zweiten Datenerhebungswelle waren Angaben zum Status der Behandlung der Patienten. Neben zwei Fragen zu deren möglichem Abschluss und der Häufigkeit einer patientenorientierten Fallbesprechungen ging es hierbei vor allem um die Häufigkeit, mit der Arztkontakte bzw. SPV-Mitarbeiterkontakte in der Zeit seit Teilnahmebeginn an der SPV erfolgten.

Von den insgesamt 13.860 Patienten, für die eine Information zum Behandlungsstatus vorliegt, ist bei 2.653 (19,1 %) der Abschluss der Behandlung dokumentiert. In der Teilgruppe der übrigen 11.207 Patienten ohne nachweislich abgeschlossene Behandlung ist bei lediglich 345 (3,1 %) ein Ende absehbar. Für eine weitere Teilgruppe von insgesamt 490 Patienten mit abgeschlossener Behandlung liegen auch jeweils ein valides Datum zum Therapiebeginn und -ende innerhalb der SPV-Betreuung vor. Im Mittel beträgt in dieser Gruppe die Behandlungsdauer $8,3 \pm 4,4$ Monate.

Fast alle Patienten, die 2014 noch innerhalb der SPV betreut wurden, waren in allen sechs Quartalen mindestens einmal in der Praxis. Die durchschnittliche Quote eines mindestens einmaligen Arzt- oder SPV-Mitarbeiterkontakts pro Quartal liegt bei 94,7 bzw. 94,6 % (Tabelle 30).

Tabelle 30: Häufigkeit der Kontakte nach Quartal der Behandlung

Quartal	% Kontakte		n Kontakte		Anzahl Tage zwischen dem					
	Arzt	Mit	Arzt	Mitarb	1. und 2. Kontakt		2. und 3. Kontakt		1. und 3. Kontakt	
					Arzt	Mitarb	Arzt	Mitarb	Arzt	Mitarb
1/2013	94,7	94,6	$2,0 \pm 1,4$	$3,6 \pm 2,4$	$24,5 \pm 18,1$	$17,1 \pm 14,5$	$18,5 \pm 14,4$	$14,9 \pm 11,9$	$36,5 \pm 18,6$	$29,5 \pm 17,0$
2/2013	94,6	94,4	$2,0 \pm 1,4$	$4,0 \pm 2,7$	$27,2 \pm 20,6$	$19,3 \pm 16,1$	$22,0 \pm 16,9$	$17,1 \pm 13,2$	$40,2 \pm 20,6$	$32,8 \pm 18,7$
3/2013	94,4	94,3	$1,8 \pm 1,2$	$3,2 \pm 2,2$	$30,3 \pm 23,2$	$24,2 \pm 20,9$	$22,3 \pm 18,5$	$19,1 \pm 16,6$	$43,9 \pm 23,1$	$38,6 \pm 22,6$
4/2013	94,3	94,3	$1,8 \pm 1,3$	$3,4 \pm 2,5$	$27,4 \pm 18,7$	$20,5 \pm 15,5$	$19,9 \pm 14,5$	$16,0 \pm 11,2$	$39,9 \pm 18,5$	$33,0 \pm 16,4$
1/2014	94,3	94,2	$1,8 \pm 1,3$	$3,4 \pm 2,7$	$27,7 \pm 19,9$	$21,3 \pm 17,1$	$21,3 \pm 16,1$	$17,1 \pm 12,7$	$40,6 \pm 19,9$	$33,5 \pm 18,6$
2/2014	94,2	94,2	$1,7 \pm 1,1$	$3,0 \pm 2,2$	$30,0 \pm 20,6$	$23,3 \pm 17,4$	$21,3 \pm 15,7$	$18,3 \pm 12,4$	$42,0 \pm 20,3$	$37,5 \pm 18,6$
über alle Q	94,7	94,6	$1,8 \pm 1,0$	$3,4 \pm 1,8$	$27,8 \pm 15,5$	$20,0 \pm 11,6$	$21,2 \pm 14,1$	$16,9 \pm 10,2$	$40,7 \pm 17,3$	$33,4 \pm 15,1$

% Kontakte: % der Patienten mit mindestens einem Kontakt im Quartal; n Kontakte: mittlere Anzahl Kontakte; Mit, Mitarb: SPV-Mitarbeiter; über alle Q: Mittelwert über alle sechs Beobachtungsquartale

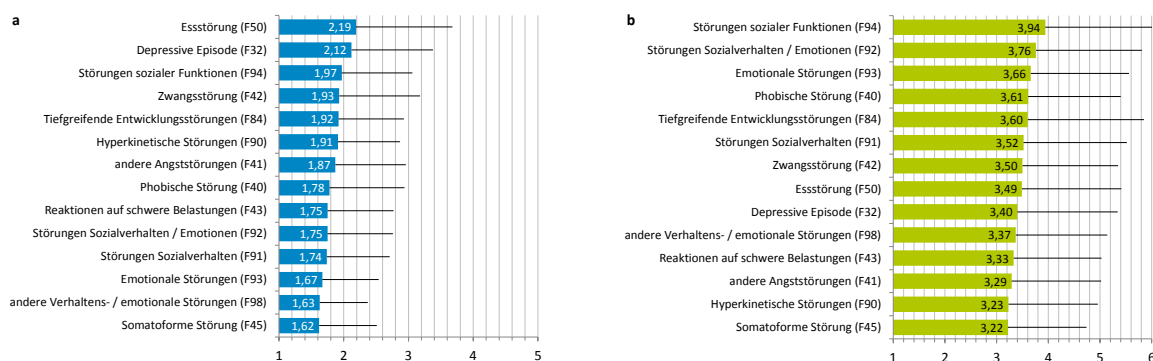
Diese Quote fällt über den Beobachtungszeitraum leicht ab. Über den gesamten Zeitverlauf sind pro Quartal im Mittel 1,8 Arzt- und 3,4 Mitarbeiterkontakte dokumentiert. Auch hier ist ein leichter Rückgang der Kontakthäufigkeit über die Zeit zu erkennen.

Für 13.057 (94,2 %) der Patienten aus der zweiten Erhebungswelle ist für alle sechs Quartale mindestens ein Arztkontakt dokumentiert. 67 (0,5 %) Patienten weisen Lücken von einem bis zu fünf Quartalen bei den Arztkontakten auf. Für 736 (5,3 %) der Patienten fehlt sowohl eine Angabe zur Häufigkeit der Arztkontakte als auch der zu SPV-Mitarbeitern vollständig. In der Mehrzahl der zuletzt genannten Fälle ($n = 445$ bzw. 60,5 %) ist jedoch eine 2014 durchgeführte SPV-Behandlung durch den Arzt dokumentiert.

Für eine Teilgruppe der Patienten liegen zu den jeweils drei ersten Kontakten pro Quartal auch valide Datumsangaben vor. Diese ermöglichen es, den Abstand zwischen den Kontakten zu bestimmen. Dieser hängt in erster Linie von der Kontakthäufigkeit ab, das heißt, bei einer höheren Anzahl ist er naturgemäß kürzer. Aufgrund der deutlich häufigeren SPV-Mitarbeiterkontakte sind entsprechend hier auch die kurzen Zeitintervalle zu beobachten. Im Durchschnitt über alle Quartale liegen zwischen dem ersten und zweiten Kontakt ungefähr 28 (Arzt) bzw. 20 Tage (SPV-Mitarbeiter) sowie zwischen dem zweiten und dritten 21 bzw. 17 Tage. Der zeitliche Abstand zwischen dem ersten und dritten Kontakt – bei Patienten mit mindestens drei Kontakten – beträgt 41 bzw. 33 Tage. Alle betrachteten Intervalle verlängern sich über die Beobachtungszeit. So liegen im 1. Quartal 2013 im Mittel 25 (Arzt) bzw. 17 (SPV-Mitarbeiter) Tage zwischen dem ersten und zweiten Kontakt, im 2. Quartal 2014 dagegen 30 bzw. 23. Das gleiche gilt auch für die beiden anderen, hier untersuchten Zeitintervalle.

Zusammen mit der leicht rückläufigen Kontakthäufigkeit zeigt dies, dass sich im Zeitverlauf die Therapieintensität geringfügig abschwächt. Darüber hinaus kann allerdings auch die Abhängigkeit der Kontakthäufigkeit von der jeweiligen Hauptdiagnose bestätigt werden (Abbildung 42).

Abbildung 42: Häufigkeit der Kontakte nach Hauptdiagnosen



Arztkontakte (a): 11.783 Patienten, SPV-Mitarbeiterkontakte (b): 11.664 Patienten

So sind die Arztkontakte vor allem bei Patienten mit einer Essstörung oder einer depressiven Episode deutlich häufiger als zum Beispiel bei Patienten mit anderen Verhaltens- / emotionalen Störungen oder einer somatoformen Störung. Die häufigsten SPV-Mitarbeiterkontakte sind bei Patienten mit Störungen der sozialen Funktion oder Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen dokumentiert.

Es besteht eine schwache Interaktion von Kontakttyp und Alter der Patienten. Während die Häufigkeit der Arztkontakte pro Quartal in der Gruppe der unter 6-jährigen Patienten bei durchschnittlich 1,7 liegt, erhöht sie sich in der Gruppe der 15-Jährigen und älteren auf durchschnittlich 2,0. Parallel hierzu sinkt die Anzahl der SPV-Mitarbeiterkontakte beim Vergleich dieser beiden Altersrandgruppen von 3,5 auf 3,2.

Eine wöchentliche patientenorientierte Fallbesprechung ist für 19 % aller Patienten protokolliert, eine monatliche für 46,9 % und eine einmal pro Quartal durchgeführte für 27 %. Dabei bestehen allerdings deutliche Unterschiede je nach Hauptdiagnose (Tabelle 31).

Tabelle 31: Hauptdiagnosen und Regelmäßigkeit einer patientenorientierten Fallbesprechung

Hauptdiagnose	wöchentlich	monatlich	einmal im Quartal	keine Angabe
F32, depressive Episode	21,5	46,8	24,0	7,7
F40, phobische Störung	22,5	42,4	23,8	11,3
F41, andere Angststörungen	21,2	49,8	20,8	8,1
F42, Zwangsstörung	15,8	53,3	26,1	4,8
F43, Belastungsreaktionen	20,3	49,2	23,8	6,7
F45, somatoforme Störung	17,0	42,5	33,3	7,2
F50, Essstörung	14,0	55,2	27,3	3,5
F84, tief. Entwicklungsstörungen	18,3	51,0	23,9	6,8
F90, hyperkinetische Störungen	17,9	48,3	28,2	5,6
F91, gestörtes Sozialverhalten	23,5	43,3	27,1	6,2
F92, gestörtes Sozialv., Emotio.	19,0	45,5	28,0	7,5
F93, emotionale Störungen	18,6	48,2	24,6	8,6
F94, gestörte soziale Funktionen	25,1	45,4	24,0	5,5
F98, andere Verh., emot. Störung	20,9	40,3	32,5	6,3

alle Angaben in % der Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose

Eine wöchentliche Fallbesprechung erfolgt beispielsweise bei Patienten mit gestörtem Sozialverhalten oder gestörten sozialen Funktionen deutlich häufiger als bei Patienten mit einer Ess- oder Zwangsstörung. Patienten mit den beiden zuletzt genannten Diagnosen führen dagegen die Häufigkeit einer monatlichen Fallbesprechung an. Patienten mit einer somatoformen Störungen sind dagegen nicht nur diejenigen mit der geringsten Häufigkeit von Arzt- und SPV-Mitarbeiterkontakten, sondern ihre spezifische Fallproblematik wird auch am häufigsten lediglich einmal pro Quartal besprochen.

7. Resümee

Die Analyse der vorliegenden Struktur- und Behandlungsdaten zeigt ein sehr hohes Ausmaß an multidisziplinärer Kooperation sowohl innerhalb als auch außerhalb der SPV-Praxen. Auf der Seite der Kooperation innerhalb der Praxis ist der Anteil beteiligter Psychologen besonders hervorzuheben. Die fünf führenden externen Kooperationspartner sind Ergotherapeuten, Lehrer, die Jugendämter, Kinder- und Jugendmediziner sowie die Beratungsstellen. Hier besteht eine ausgeprägte Kontinuität zu der früheren Evaluation der SPV, bei der gleichfalls ein hohes Maß an Kooperation festgestellt wurde.

Die 2013 eingeschlossene Patientenpopulation erweist sich mit ihrer leichten Dominanz von Jungen als typisch für die Befunde aus einer Vielzahl von Vergleichsstudien. Hinsichtlich der Alterszusammensetzung zeigt sich jedoch 2013 gegenüber der früheren Evaluation an beiden Rändern des Altersspektrums, also sowohl bei den jüngeren Kindern als auch bei den älteren Jugendlichen, jeweils ein höherer Anteil.

Insgesamt veranlassen im Vergleich zu früher 2013 die Eltern häufiger eine SPV-Behandlung und sind der dominierende Hauptveranlasser. Als konstant über die Beobachtungszeit erweist sich dagegen die Häufigkeit, mit der eine Schule die Behandlung veranlasst hat.

Das Spektrum der diagnostizierten Störungsbilder erweist sich als ähnlich stabil über die Zeit und im Vergleich zu Befunden aus der Forschungsliteratur. Die drei Leitdiagnosen hyperkinetische Störungen, emotionale Störungen und Reaktionen auf schwere Belastungen sind ebenfalls als die führenden Diagnosen in der früheren Evaluation und in vergleichbaren Studien anzusehen. Auch bestätigt sich in den vorliegenden Daten die Geschlechts- und Altersabhängigkeit spezifischer Syndrome. Dies lässt sich zum Beispiel mit der Häufigkeit hyperkinetischer Störungen exemplarisch gut belegen. Dabei folgt die Häufigkeit der internen und externen Kooperation nicht linear derjenigen, mit der eine bestimmte Diagnose festgestellt wird, sondern erweist sich als störungsspezifisch. So lassen sich zum Beispiel sehr hohe Raten der internen wie auch der externen Kooperation bei den Patienten mit einer Essstörung nachweisen, einer im Vergleich zu den drei führenden Hauptdiagnosen eher seltenen Diagnose.

Über die Beobachtungszeit scheint die Diagnose hyperkinetischer Störungen rückläufig zu sein, während emotionale Störungen oder Reaktionen auf schwere Belastungen im Vergleich zu der früheren SPV-Evaluation 2013 häufiger diagnostiziert werden. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich bei der Häufigkeit umschriebener Entwicklungsstörungen, die besonders im Vergleich zu der früheren SPV-Evaluation 2013 seltener berichtet werden. Dies betrifft vor allem die 2013 wesentlich geringere Häufigkeit einer Lese-Rechtschreibstörung. Eine begleitende körperliche Symptomatik ist innerhalb der hier betrachteten Patientengruppe selten. Falls eine solche Symptomatik vorliegt, ist es in der Mehrzahl der betreffenden Fälle ein Übergewicht, ein Schmerzsyndrom oder eine Erkrankung der Atemwege.

Bei der Art der SPV-Behandlung dominieren die psychiatrisch-psychotherapeutische auf Seiten des Arztes und die Psychoedukation sowie störungsspezifische Maßnahmen auf der Mitarbeiterseite.

Das insgesamt hohe Ausmaß der elterlichen oder familiären Beteiligung an der Behandlung geht mit dem Alter der Patienten leicht zurück.

Lediglich etwa ein Viertel der Patienten wird in der SPV-Praxis medikamentös behandelt. Diese Quote ist bei den Jungen höher als bei den Mädchen, mutmaßlich aufgrund der unterschiedlichen Häufigkeit der vielfach medikamentös behandelten hyperkinetischen Störungen. Unter den Wirkstoffgruppen dominieren die Stimulanzien. Entgegen weitverbreiteter Annahmen zeigt sich in der vorliegenden Evaluation nur etwa in der Hälfte aller Fälle von Patienten mit hyperkinetischen Störungen eine medikamentöse Behandlung. Diese erfolgt darüber hinaus, wie in der Medikamentenzulassung gefordert, innerhalb eines, hier ebenfalls dokumentierten, nicht medikamentösen therapeutischen Gesamtkonzepts.

Ähnlich wie bei den strukturellen Merkmalen der SPV-Praxen zeigt sich auch auf der Ebene der fallweisen Behandlung ein sehr hohes Niveau der multidisziplinären Zusammenarbeit. Intern findet diese annähernd unabhängig von der Diagnose häufig mit Sozialpädagogen oder Sozialarbeitern bzw. Psychologen statt, bei spezifischen Störungen sind auch häufig Heilpädagogen oder Psychotherapeuten in den internen Behandlungsprozess involviert. Extern wird vor allem mit Kinder- und Jugendmedizinern, Sozialpädagogen oder Sozialarbeitern sowie Ergotherapeuten fallweise kooperiert. Dies geschieht insbesondere bei der Diagnose einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung.

Betrachtet man die Behandlungsarten über die unterschiedlichen Evaluationen, dann zeigt sich eine deutliche Zunahme der Entwicklungstherapie und der externen Kooperation, während eine Krisenintervention 2013 seltener dokumentiert wird. Als recht konstant erweisen sich die Häufigkeiten heilpädagogischer oder sozialtherapeutischer Maßnahmen, ebenso wie der Anteil medikamentös behandelter Kinder und Jugendlicher.

Die zweite Welle der SPV-Evaluation 2014 ermöglicht Aussagen zur Veränderung bei der therapeutischen Kooperation, den durchgeführten Maßnahmen, der subjektiven Bewertung des Behandlungserfolgs sowie dem Behandlungsstatus und der Kontaktfrequenz zwischen Arzt / SPV-Mitarbeiter und Patient. Im Hinblick auf die interne wie externe Kooperation zeigen sich 2014 nur geringfügige Veränderungen. So verändert sich intern vor allem die Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und Psychologen, extern vor allem die mit der Justiz oder Polizei.

Deutlichere Änderungen lassen sich sowohl bei der ärztlichen wie derjenigen Behandlung erkennen, die durch die SPV-Mitarbeiter in den Praxen erfolgt. Hier zeigen sich starke Rückgänge bei der Häufigkeit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, bei den psychoedukativen Maßnahmen und der störungsspezifischen Behandlung. Leichte Zuwächse sind vor allem bei der medikamentösen Therapie und der Häufigkeit einer Krisenintervention zu verzeichnen. Starke Rückgänge sind auch bei der externen Zusammenarbeit nachweisbar: hier halbieren sich 2014 in der Regel die Vorjahresraten.

2014 ist bei knapp einem Fünftel der Patienten ein Abschluss der Behandlung dokumentiert. Mit durchschnittlich fast zwei Arzt- und über drei SPV-Mitarbeiterkontakten pro Quartal zeigt sich ein insgesamt hohes Maß an Behandlungskontinuität. Zwischen dem 1. Quartal 2013 und dem 2. Quartal 2014 ist nur eine leichte Rückläufigkeit der Kontakthäufigkeit zu beobachten. Zusammengenommen

mit den Veränderungen bei der Behandlung ergibt sich so das Bild einer geringfügig abgeschwächten Therapieintensität.

Eine Bewertung des Behandlungserfolgs ist mit dem angewandten Instrumentarium und auch aufgrund der Kürze des Beobachtungszeitraums grundsätzlich schwierig. Dies spiegelt sich auch in der ärztlichen Beurteilung des Behandlungserfolgs wider, die oft als überraschend kritisch, in vielen Fällen aber auch möglicherweise eher als eine Art prognostische Einschätzung eines zukünftigen Erfolgs anzusehen ist. Hiernach wird 2013 je etwa in einem Drittel der Fälle die Behandlung als eher erfolgreich, mittel oder wenig erfolgreich, erfolglos sowie unbestimmt bewertet. Diese Einschätzung hängt ab von der Diagnose, zum Beispiel wird bei Patienten mit einer somatoformen Störung häufiger, bei Patienten mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen dagegen seltener von einer erfolgreichen Behandlung ausgegangen. Die wiederholte Bewertung der Behandlung 2014 zeigt sowohl eine Zunahme auf Seiten einer, als erfolgreich gewerteten Behandlung (von 37,6 auf 45,6 %), als auch auf Seiten eines nicht beurteilbaren Therapieerfolgs (von 15 auf 22,4 %). Diese Veränderungen im Zeitverlauf können ebenso als Hinweise auf eine differenzierte und (selbst)kritische Betrachtungsweise der betreuenden Ärzte interpretiert werden, die bei einem Teil der Patienten sicherer, bei anderen vorsichtiger zu werden scheinen. Es erscheint gleichfalls bemerkenswert, dass bereits 2013 – nach maximal einem halben Jahr Behandlungsdauer – in über einem Drittel der Fälle die Behandlung sowohl seitens der betreuenden Ärzte als auch seitens der Patienten bzw. deren Eltern als erfolgreich gewertet wird.

In zwei multivariaten Modellen bestätigt sich die große Bedeutung der psychosozialen Anpassung für die Beurteilung des Behandlungserfolgs und einer Symptomverbesserung. Patienten mit stark beeinträchtigter psychosozialer Anpassung haben eine deutlich geringere Chance, dass eine erfolgreiche Beurteilung erfolgt. Andererseits haben jüngere Patienten eine höhere Chance, dass bei ihnen der Behandlungserfolg und die Symptomverbesserung als erfolgreich beurteilt werden. Ebenso bestehen hierfür signifikant höhere Chancen, wenn spezifische Therapieformen dokumentiert sind, zum Beispiel eine Psychoedukation oder eine Medikation.

Die Patienten bzw. deren Eltern sind meist sehr zufrieden mit ihrer Behandlung und bewerten insbesondere die Freundlichkeit der Ärzte und der Mitarbeiter sowie die Praxis allgemein bzw. im Hinblick auf spezifische Merkmale, wie zum Beispiel die Wahrung der Intimsphäre, die Organisation und die Einrichtung, sehr positiv. Vergleichsweise seltener positiv bewertet wird vor allem die Wartezeit auf einen Termin in der Praxis. Größere Unsicherheiten bestehen auch auf Patientenseite bei der Bewertung des Behandlungserfolgs 2013, allerdings ist hierbei ebenfalls die, zu diesem Zeitpunkt erst relativ kurze Behandlungsdauer zu berücksichtigen. Es zeigt sich ein hohes Maß an Übereinstimmung bei der Bewertung des Behandlungserfolgs zwischen den Ärzten und den Patienten. Die Patientenbeurteilung der SPV-Behandlung bleibt zwischen 2013 und 2014 praktisch konstant, die Unsicherheit bei der Bewertung des Behandlungserfolgs nimmt allerdings deutlich ab.

Etwa 17 % der Patienten des Jahres 2013 sind bis 2014 aus der SPV-Behandlung ausgeschieden. Für diese Patientengruppe zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht, ebenso finden sich keine Unterschiede im diagnostischen Gesamtbild. Auch für die Behandlung 2013 durch die SPV-Ärzte, SPV-Mitarbeiter und externen Kooperationspartner können keine signifikanten Differenzen nachgewiesen werden. Die Bewertung des Interventionserfolgs und der Symptomverbesserung 2013 aus ärztlicher Sicht unterscheidet sich ebenfalls

kaum. Auf Grundlage der vorliegenden Dokumentationen können folglich für das Ausscheiden aus der SPV-Behandlung keine spezifischen Faktoren benannt werden.

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
- Bachmann CJ, Lempp T, Glaeske G, Hoffmann F (2014). Antipsychotika-Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen. Auswertung von Daten einer gesetzlichen Krankenkasse für den Zeitraum 2005–2012. *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (3), 25–34
- Beelmann A, Schneider N (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 129–143
- 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
- Finsterer I (2008). *Behandlungszufriedenheit von Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. Eine Nachbefragung. Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Ludwig Maximilians-Universität zu München*. München: LMU
- Hoffmann D (2006). *Evaluation der Behandlungszufriedenheit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik am Beispiel des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg*. Hamburg: UKE
- 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>
- Kinnen C, Döpfner M (2013). Zusammenhang von Therapeutischer Beziehung mit Symptomminderung und Behandlungszufriedenheit in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS und/oder Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41 (2), 133–144
- 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, Döpfner M (2013). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In Lehmkuhl G, Poustka F, Holtmann M, Steiner H (Hrsg.), *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bd. 2: Störungsbilder* (S. 574–599). 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 comorbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine*, doi: 10.1017/S0033291714001469
- Patton GC, Coffey C, Romaniuk H, Mackinnon A, Carlin JB, Degenhardt L, Olsson CA, Moran P (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: A 14-year prospective cohort study. *Lancet*, doi: 10.1016/S0140-6736(13)62116-9
- 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
- Remschmidt H, Mattejat F (2003). Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (16), A1066–A1072
- Remschmidt H, Mattejat F (2006). Wie erfolgreich sind stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen? Erste Ergebnisse aus dem Marburger Evaluationsprojekt. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (6), 455–464
- 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
- Schlüter L, Roeder N, Schaff C (2006). *Behandlungspfade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Von der Kooperation über die Vernetzung zur Integrierten Versorgung. Projekthandbuch*. Münster: Schöningh
- 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

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
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

Fortsetzung auf der folgenden Seite

Fortsetzung Liste Hauptdiagnosen

	Häufigkeit	Prozent
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

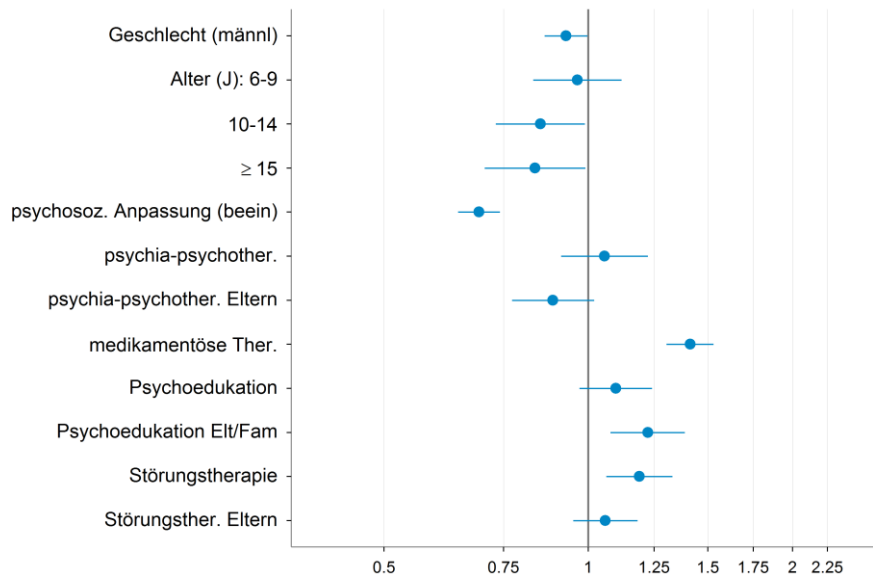
	Häufigkeit	Prozent
F07 Persön störung wg Hirnschädigung	2	,0
F10 psych Störung wg Alkohol	4	,0
F12 psych Störung wg Cannabis	20	,1
F15 psych Störung wg Stimulanzien	1	,0
F17 psych Störung wg Tabak	5	,0
F19 psych Störung wg mult Substanzen	11	,1
F23 akute psychot Störung	2	,0
F25 schizoaffektive Störung	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

Fortsetzung auf der folgenden Seite

Fortsetzung Liste Nebendiagnosen

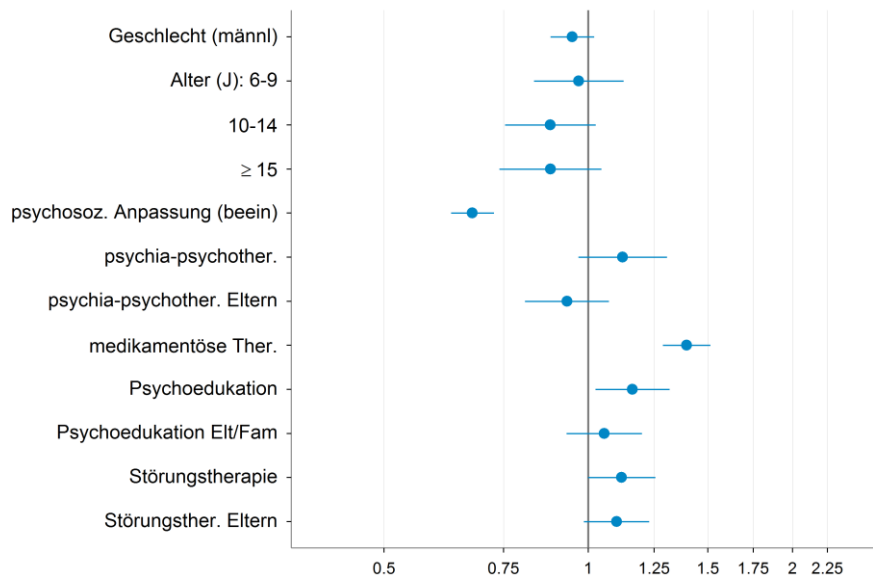
	Häufigkeit	Prozent
F48 andere neurotische Störung	10	,1
F50 Essstörung	91	,6
F51 nicht organ Schlafstörung	149	,9
F54 psych Faktoren anderer Erkrankung	2	,0
F59 psych körp Funktionsstörung onA	3	,0
F60 spezif Persön störung	54	,3
F61 kombi o andere Persön störung	3	,0
F63 abnorme Gewohnheiten	49	,3
F64 Störung Geschlechtsidentität	6	,0
F66 psych Störung b sexueller Entw	12	,1
F68 andere Persön störung	8	,0
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