

Lehmkuhl, Gerd / Köster, Ingrid und Schubert, Ingrid

Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 58 (2009) 3, S. 170-185

urn:nbn:de:bsz-psydok-48699

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

ORIGINALARBEITEN

Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie

Gerd Lehmkuhl, Ingrid Köster und Ingrid Schubert

Summary

Outpatient Care for Child and Adolescent Psychiatric Disorders – Data from an Insured-Related Epidemiological Study

The aim of the study was to examine the extent to which psychiatric disorders are documented as a diagnosis requiring treatment in children and adolescents as well as to investigate the frequency with which non-medicinal interventions are utilized. The database comprised an 18.75 % random sample of insureds from the AOK statutory health insurance fund Hessen. The data allowed an examination of the care-seeking behaviour of 55,545 children and adolescents aged 0 to 18 years in the year 2006. With respect to all psychiatric diagnostic categories, a psychiatric diagnosis was documented for 19.3 % of children and adolescents in 2006. 27 % of children and adolescents had received more than one psychiatric diagnosis. Up to the age of 14 years, psychiatric diagnoses were more frequently documented for boys than for girls, while this pattern was reversed from the age of 15 years upwards. Typical differences in the spectrum of services received were evident depending on the psychiatric diagnosis made. Younger age groups predominantly received logopedic treatment, occupational therapy, and physiotherapy/therapeutic exercise. With increasing age, the utilization of psychiatric and psychotherapeutic services expanded. Outpatient care is primarily provided by pediatricians and general physicians followed by practice-based child and adolescent psychiatrists as well as outpatient child and adolescent psychiatric clinics. While not all diagnoses necessitate psychiatric or psychotherapeutic interventions, it may be assumed that the predominant seeking of care from pediatricians and general physicians is reflective of continued inadequate access to child and adolescent psychiatrists or other specialized facilities and professional groups.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 58/2009, 170-185

Keywords

psychiatric disorders – children and adolescents – non-medicinal interventions – epidemiology of health care provision – routine data

Zusammenfassung

Ziel der Studie war die Darstellung, in welchem Umfang psychiatrische Störungen als Behandlungsanlass bei Kindern und Jugendlichen dokumentiert werden und mit welcher Häufigkeit eine Inanspruchnahme nichtmedikamentöser Interventionen erfolgt. Datenbasis war die Versicherungstischprobe AOK Hessen/KV Hessen, eine 18,75%ige Zufallsstichprobe von Versicherten der AOK Hessen. 55.545 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahren konnten hinsichtlich ihres Inanspruchnahmeverhaltens für das Jahr 2006 beobachtet werden. Über alle psychiatrischen Diagnosegruppen betrachtet, lag im Jahr 2006 bei 19,3 % der Kinder und Jugendlichen ein psychiatrischer Behandlungsanlass vor. Mehr als eine psychiatrische Diagnose wurde bei 27 % dieser Kinder und Jugendlichen dokumentiert. Bis zum 14. Lebensjahr waren psychiatrische Behandlungsanlässe bei Jungen deutlich häufiger dokumentiert als bei Mädchen, ab dem 15. Lebensjahr lagen diese bei den jungen Frauen höher. Je nach psychiatrischem Behandlungsanlass zeigen sich typische Unterschiede im erhaltenen Leistungsspektrum. In den jüngeren Altersgruppen überwogen Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie/Krankengymnastik. Mit zunehmendem Alter stieg die Inanspruchnahme psychiatrischer/psychotherapeutischer Leistungen. Die ambulante Versorgung lag primär in der Hand der Kinderärzte oder Allgemeinärzte, gefolgt von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen. Auch wenn nicht alle Behandlungsanlässe psychiatrische/psychotherapeutische Interventionen erforderten, darf vermutet werden, dass die vorrangige Inanspruchnahme von Kinder- und Allgemeinärzten auch Ausdruck einer noch bestehenden unzureichenden Zugänglichkeit zu Kinder- und Jugendpsychiatern oder anderen spezialisierten Einrichtungen/Berufsgruppen ist.

Schlagwörter

Psychiatrische Erkrankungen – Kinder und Jugendliche – nichtmedikamentöse Interventionen – Versorgungsepidemiologie – Routinedaten

1 Theoretischer Hintergrund

Dank des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) 2003 bis 2006 verfügen wir über aktuelle Daten u. a. zur psychischen Gesundheit, Arzneimittelanwendung und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, Erhart, 2007; Knopf, 2007; Kamtsiuris, Bergmann, Rattay, Schlaud, 2007). In einem speziellen Modul „Psychische Gesundheit“ wurde eine repräsentative Stichprobe im Umfang von 2863 Familien mit Kindern im Alter von 7 bis 17 Jahren vertiefend über ihr seelisches Wohlbefinden und ihr Verhalten befragt. In einem standardisierten Screeningverfahren – dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), der Symptome und Belastungen erfasst – zeigten sich bei 21,9 % aller Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Zu den wichtigsten Risikofaktoren gehörten ein ungünstiges Familienklima sowie ein niedriger sozioökonomischer Status. Die Autoren konnten das Ergebniss früherer Studien bestätigen, dass bei kumuliertem Auftreten mehrerer Risikofaktoren sich die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten stark erhöht (Laucht, Esser,

Schmidt, 1997, 1998, 2000, 2002). Trotz einer deutlichen Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität, die mit der psychischen Auffälligkeit für das betroffene Kind und dessen Umfeld verbunden ist, findet in ca. der Hälfte der Fälle keine Behandlung statt. Dieses Phänomen hatten bereits Lehmkuhl et al. (1998) in einer bundesweiten epidemiologischen Studie als eine besondere Herausforderung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen herausgestellt. Speziell bei Kindern mit ADHS konnte gezeigt werden, dass die mangelhafte Versorgungslage dazu führt, dass bei den betroffenen Kindern weder die Diagnose gestellt noch eine Behandlung eingeleitet wird (Tremmery et al., 2007). Wenn ein übereinstimmendes Ergebnis der empirischen Arbeiten darin zu sehen ist, dass nur ein kleiner Teil der Kinder, die aufgrund ihrer psychopathologischen Symptomatik eine Funktionseinschränkung aufweisen, auch spezifisch behandelt wird, dann sollte sowohl eine verbesserte Information und Aufklärung der Eltern erfolgen als auch überlegt werden, wie das vorhandene Versorgungssystem die Zielgruppe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher besser erreicht.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Befunde besteht dringend Informationsbedarf zum Inanspruchnahmeverhalten von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Diagnosen. Auf der Basis von GKV-Routinedaten sollen für das Jahr 2006 die folgenden Aspekte untersucht werden.

- Wie hoch ist die Prävalenz psychiatrischer Behandlungsanlässe? In welchem Umfang werden verschiedene psychiatrische Erkrankungen dokumentiert?
- In welchem Umfang werden ambulante und stationäre Einrichtungen in Anspruch genommen?
- Wie unterscheidet sich die Inanspruchnahme nach Art der Erkrankung? Welchen Stellenwert haben nicht medikamentöse psychiatrische/psychotherapeutische Interventionen, Ergotherapie, Logopädie und Sozialpädiatrie?

2 Methode

Als Datenbasis für die Untersuchung steht die Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen, eine 18,75 %-Zufallsstichprobe aller Versicherten der AOK Hessen zur Verfügung, die seit 1998 fortlaufend bis zum Jahr 2006 erhoben wurde. Für die Stichprobenpopulation werden sämtliche in der AOK Hessen und in der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gespeicherten Daten personenbezogen erhoben und in einer Vertrauensstelle pseudonymisiert. Neben den Behandlungsdaten aus den Leistungssektoren der ambulanten und stationären Versorgung (SGB V) sowie der Pflege (SGB XI) werden die Stammdaten der Versicherten (Alter, Geschlecht, Versichertenzeiten und Versicherungsart) übermittelt. Eine ausführliche Darstellung der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen findet sich bei Ihle et al. (2005).

Beobachtungszeitraum für die hier durchgeführte Untersuchung ist das Jahr 2006. Basispopulation bilden die 2006 durchgängig Versicherten der Geburtsjahre 1988–2005 sowie die ab Geburt durchgängig Versicherten des Geburtsjahres 2006 (Altersgruppe bis 18

Jahre; n = 55.545, 28.445 Jungen, 27.100 Mädchen). Je Jahrgang konnten zwischen 2.448 und 3.545 Stichprobenprobanden beobachtet werden. Das Durchschnittsalter im Jahr 2006 betrug 9,6 Jahre. Untersuchungspopulation sind Kinder und Jugendliche mit einer psychiatrischen Diagnose (ICD-10 Kap. V F00-F99) als Behandlungsanlass. Einbezogen werden ambulante Krankenscheindiagnosen sowie stationäre Diagnosen. Für jeden Patienten mit psychiatrischer Diagnose wird eine bezüglich Geburtsjahr und Geschlecht gleiche Kontrollperson ohne psychiatrische Diagnose aus der gleichen Stichprobe zufällig gezogen (Matched-Pairs). Die beiden Matchingparameter Alter und Geschlecht gehören zu den wichtigsten Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung. Für die Untersuchung der Inanspruchnahme nichtmedikamentöser Verfahren werden folgende Leistungsziffern herangezogen: Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie (EBM 91513), psychiatrische und psychotherapeutische Interventionen (EBM 14210-14314, 21210-21233, 22210-22222, 23210-23220, 35100-35225; Sachleistung (SL) 395), Logopädie (SL 371), Ergotherapie (SL 326), Physiotherapie/Krankengymnastik (SL 345; EBM 30420, 30421), Sozialpädiatrie nach § 43/§119 SGB V (SL 012).

3 Ergebnisse

3.1 Schätzungen zur Häufigkeit von Behandlungsanlässen aufgrund psychiatrischer Störungen

Tabelle 1 zeigt im Überblick die Anzahl und den Anteil der Versicherten (bis 18 Jahre) mit einer Diagnosenennung in 2006 nach den verschiedenen ICD-10 Gruppen des ICD-Kapitels V (Psychische und Verhaltensstörungen, F00-F99). Über alle psychiatrischen Diagnosegruppen betrachtet, lag im Jahr 2006 bei 19,3 % der Kinder und Jugendlichen ein psychiatrischer Behandlungsanlass vor. Am häufigsten wurden Diagnosen aus dem Bereich der Entwicklungsstörungen (ICD-10 F80-F89) – hierzu gehören motorische, sprachliche und perzeptive Defizite – gestellt. Bei knapp 10 % der Kinder und Jugendlichen war im Jahr 2006 mit dieser Diagnose mindestens ein Behandlungsanlass kodiert. An zweiter Stelle stehen die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98). Hierzu zählen hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen des Kindesalters und Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend wie elektiver Mutismus, Bindungsstörungen sowie Tic-Störungen, Enuresis, Enkopresis, Fütterstörungen, Stottern und stereotype Bewegungsstörungen. Diese Diagnosegruppe fand sich bei 7 % der Kinder und Jugendlichen. Erst dann folgt mit ca. 4 % die große Gruppe der neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen.

Bei 27 % der Kinder und Jugendlichen waren mehrere psychiatrischen Störungen als Behandlungsanlass dokumentiert (s. Tab. 1). Dies war insbesondere bei Kindern und Jugendlichen der Fall, bei denen die Behandlungsanlässe Schizophrenie (F20-F29) und Intelligenzminderung (F70-F79) in den Abrechnungsdaten kodiert waren.

Tabelle 1: Häufigkeit psychiatrischer Behandlungsanlässe im Jahr 2006

ICD-10 Diagnosen	Häufigkeit											
	Patienten mit Diagnosenennung						davon: mit Diagnosenennungen aus mehreren Subklassen*					
	Jungen		Mädchen		Gesamt		Jungen		Mädchen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)												
Organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	70	0,2	42	0,2	112	0,2	53	75,7	27	64,3	80	71,4
Psych. u. Verhaltensstör. durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	187	0,7	194	0,7	381	0,7	63	33,7	73	37,6	136	35,7
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)	16	0,1	27	0,1	43	0,1	13	81,3	21	77,8	34	79,1
Affektive Störungen (F30-F39)	213	0,7	272	1,0	485	0,9	140	65,7	174	64,0	314	64,7
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	1008	3,5	1366	5,0	2374	4,3	529	52,5	522	38,2	1051	44,3
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen u. Faktoren (F50-F59)	431	1,5	434	1,6	865	1,6	206	47,8	187	43,1	393	45,4
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	353	1,2	301	1,1	654	1,2	270	76,5	203	67,4	473	72,3
Intelligenzminderung (F70-F79)	311	1,1	192	0,7	503	0,9	252	81,0	146	76,0	398	79,1
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	3300	11,6	2042	7,5	5342	9,6	1246	37,8	598	29,3	1844	34,5
Verhaltens- u. emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F90-F98)	2432	8,5	1387	5,1	3819	6,9	1295	53,2	679	49,0	1974	51,7
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)	48	0,2	74	0,3	122	0,2	20	41,7	19	25,7	39	32,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) gesamt	6000	21,1	4727	17,4	10727	19,3	1755	29,3	1126	23,8	2881	26,9

Basis: Versichertenstichprobe AOK Hessen/ KV Hessen; im Jahr 2006 geborene und durchgängig Versicherte bis 18 Jahre (n=55.545); ambulante und stationäre Diagnosen ohne Zusatz A (ausgeschlossen) und V (Verdacht); *) Subklasse F99 nicht berücksichtigt

Es zeigen sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede. Jungen weisen eine Behandlungsprävalenz von 21,1 % auf mit hoher Prävalenz bei den Entwicklungsstörungen (11,6 %). Bei den Mädchen liegt die Gesamtprävalenz bei 17,4 %. Auch bei ihnen steht die Entwicklungsstörung mit knapp 7,5 % an erster Stelle. Die altersspezifischen Effekte sind für die drei häufigsten Erkrankungsgruppen (F80-F89, F90-F98, F40-F48) in Abb.1 dargestellt. Die höchste Prävalenz der Entwicklungsstörungen bei Kindern liegt im Vorschulalter. Die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der frühen Kindheit – hier vor allem die hyperkinetische Störung – zeigen Prävalenzen von mehr als fünf Prozent im Alter zwischen 4 und 12 Jahren. Diagnosen aus dem Bereich der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen dominieren als Behandlungsanlässe bei Jugendlichen ab dem 15. Lebensjahr. Ab diesem Zeitpunkt dreht sich auch das Geschlechterverhältnis um: Bis zum 14. Lebensjahr werden Jungen deutlich häufiger behandelt als Mädchen, ab dem 15. Lebensjahr weisen junge Frauen höhere Behandlungsprävalenzen auf.

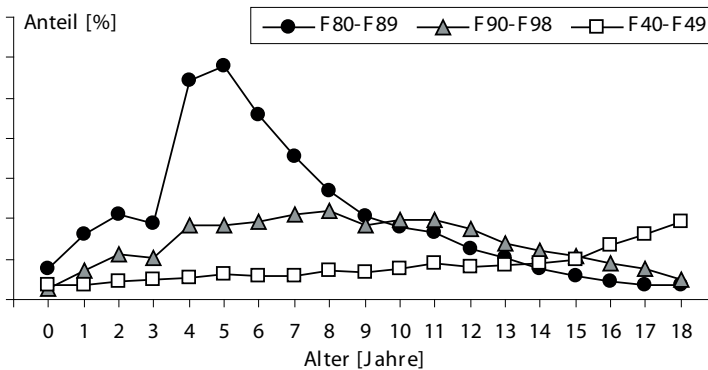


Abbildung 1: Anteil der Kinder- und Jugendlichen mit Dokumentation ausgewählter psychiatrischer Behandlungsanlässe nach Art der Erkrankung und Alter, 2006. Basis: Versichertenstichprobe AOK Hessen/ KV Hessen; im Jahr 2006 durchgängig Versicherte bis 18 Jahre (n=55.545); ambulante und stationäre Diagnosen; ohne Ausschluss- und Verdachtsdiagnosen; F80-F89: Entwicklungsstörungen, F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, F40-F49: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

3.2 Inanspruchnahmeverhalten

Tabelle 2 stellt im Überblick dar, in welchem Umfang Kinder und Jugendliche mit einer psychiatrischen Erkrankung – differenziert nach den Krankheitsbildern – die verschiedenen Arztgruppen und Einrichtungen im Jahr 2006 aufgesucht haben. Unterschiede in der Arztinanspruchnahme zwischen den Krankheitsbildern lassen sich mit dem Alter, in denen die Erkrankung hohe Prävalenzen aufweist, erklären. So suchen z. B. die in der Regel älteren Jugendlichen mit Suchterkrankungen und Schizophrenie eher den Allgemeinarzt als den Kinderarzt auf. Zusätzlich wird für

die Gesamtgruppe der psychisch Erkrankten die Inanspruchnahme im Vergleich zu Paarlingen, bei denen im Jahr 2006 kein psychiatrischer Behandlungsanlass kodiert war, ausgewiesen. Hier fällt die deutlich höhere Inanspruchnahme der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen bei den Kinderärzten (72,7 % vs. 56,3 %), Allgemeinärzten (55,4 % vs. 50,9 %) und Polikliniken und Krankenhausambulanzen (16,2 % vs. 9,7 %) auf. Die ambulante Versorgung liegt primär in der Hand der Kinderärzte und Allgemeinärzte, gefolgt von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen. Bei 4 % der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen war im Jahr 2006 ein Kontakt bei nichtärztlichen Psychotherapeuten dokumentiert.

Während Tabelle 2 (folgende Seite) die Inanspruchnahme bei verschiedenen Leistungserbringern darstellt, lässt sich aus der Tabelle 3 ablesen, bei welchen Krankheitsbildern spezifische kinder- und jugendpsychiatrische Interventionen durchgeführt werden:

- 28,2 % der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen erhielten psychiatrische/psychotherapeutische Leistungen in ambulanten Praxen,
- 5,9 % suchten mindestens einmal eine kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz auf und
- 2,9 % waren wegen einer psychiatrischen Erkrankung in stationärer Behandlung.

In Abhängigkeit von den Diagnosen findet sich ein differenzielles Inanspruchnahmeverhalten. Kinder mit einem kodierten Behandlungsanlass „Entwicklungsstörung“ und „Intelligenzminderung“ werden wesentlich häufiger logopädisch und ergotherapeutisch versorgt als psychiatrisch-psychotherapeutisch. Bei affektiven Störungen kehrt sich dieses Verhältnis um. Berücksichtigt man noch Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie und Sozialpädiatrie – knapp 30 % der psychisch kranken Kinder haben diese Leistungen erhalten – wurde bei ca. 54 % der Kinder und Jugendlichen mit einer psychiatrischen Diagnose eine der genannten therapeutischen Maßnahmen durchgeführt. Auch hier zeigen sich je nach Krankheitsbild unterschiedliche Behandlungsprävalenzen:

- Versicherte mit Schizophrenie bzw. mit affektiven Störungen weisen mit knapp 70 % die höchste Inanspruchnahme ambulanter bzw. stationärer psychiatrischer/psychotherapeutischer Leistungen auf.
- Die kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz suchte rund ein Viertel (27,9 %) der Kinder und Jugendlichen mit einer Schizophreniediagnose (F20-F29) im Jahr 2006 auf; bei Kindern mit affektiven Störungen (F30-F39), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69) sowie Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98) lag dieser Anteil bei 12-14 %.
- Den höchsten Anteil (ca. 39,5 %) mit einer stationären Behandlung hatten Jugendliche mit Schizophrenie (F20-F29), gefolgt von Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19).
- Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung und Entwicklungsstörung erhielten vorrangig logopädische, ergotherapeutische und physiotherapeutische Therapie sowie Angebote der Sozialpädiatrie.

Tabelle 2: Inanspruchnahme nach Art der Erkrankung und nach Leistungserbringern im Jahr 2006

ICD-10 Diagnosen Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Anteil [%] der Patienten mit Kontakt						
	Niedergel. Kinder- und Jugend- psychiater/ Psychiater ¹	Ambulanz KJP	Nichtärzt- liche The- rapeuten ²	Ambulanz Poliklinik, Kranken- haus	Kinder- arzt	Allgemein- arzt/ Prak- tiker	Andere ärztliche Leistungs- erbringer
Organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	8,9	8,0	2,7	18,8	74,1	51,8	85,7
Psych. u. Verhaltensstör. durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	8,7	6,3	4,2	15,7	22,3	82,4	82,9
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	18,6	27,9	18,6	30,2	44,2	83,7	88,4
Affektive Störungen (F30-F39)	22,7	13,6	14,2	20,6	48,5	71,1	79,4
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	13,2	7,9	8,6	14,4	52,8	68,4	83,2
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen u. Faktoren (F50-F59)	7,5	4,4	5,1	23,9	82,1	44,5	74,9
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	12,5	13,5	8,6	15,6	65,0	63,5	77,8
Intelligenzminderung (F70-F79)	13,9	6,8	2,0	24,7	71,0	58,3	82,1
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	7,0	4,6	2,0	16,2	84,7	49,2	75,4
Verhaltens- u. emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F90-F98)	15,7	12,4	7,4	15,8	75,5	55,6	74,9
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)	9,0	12,3	8,2	15,6	57,4	69,7	77,0
Psych. u. Verhaltensstörungen (F00-F99) gesamt	8,7	5,9	4,0	16,2	72,7	55,4	76,4
Kontrollen gesamt	0,8	0,0	0,0	9,7	56,3	50,9	59,4

Basis: Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen; im Jahr 2006 geborene und durchgängig Versicherte bis 18 Jahre (n=55.545); ambulante und stationäre Diagnosen ohne Zusatz A (ausgeschlossen) und V (Verdacht); Doppelzählungen möglich

¹ inkl. ärztl. Psychotherapeuten; ² nichtärztl. Psychotherapeuten, Psychologen, psychologische Institute

Tabelle 3: Inanspruchnahme ausgewählter Behandlungsarten, 2006

ICD-10 Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Anteil [%] der Kinder- und Jugendlichen mit ...					
	Psychiatrischen/ psychotherapeutischen Leistungen ¹				Verordnung Logopädie/ Ergotherapie/ Physiothera- pie/Sozial- pädiatrie	
	Ambulante Praxis ²	Ambulanz KJP	Stationärem Aufenthalt ³	Gesamt		Gesamt
	(1)	(2)	(3)	(1)-(3)	(4)	(1)-(4)
Organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	29,5	8,0	0,0	33,9	38,4	59,8
Psych. U. Verhaltensstör. durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	23,6	6,3	20,2	41,2	3,7	43,3
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)	48,8	27,9	39,5	67,4	14,0	72,1
Affektive Störungen (F30-F39)	57,5	13,6	10,9	68,0	10,7	70,9
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	48,3	7,9	5,3	54,5	13,9	60,5
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen u. Faktoren (F50-F59)	36,1	4,4	3,2	39,1	14,0	46,4
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	45,7	13,5	7,2	55,2	26,3	68,0
Intelligenzminderung (F70-F79)	25,6	6,8	5,4	32,4	55,1	72,2
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	19,0	4,6	1,6	23,0	46,4	57,9
Verhaltens- u. emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F90-F98)	43,5	12,4	4,4	53,1	27,4	65,7
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)	48,4	12,3	7,4	59,0	19,7	65,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) gesamt	28,2*	5,9	2,9	33,8	28,6	54,2

Basis: Versichertenstichprobe AOK Hessen/ KV Hessen; im Jahr 2006 geborene und durchgängig Versicherte bis 18 Jahre (n=55.545); ambulante und stationäre Diagnosen ohne Zusatz A (ausgeschlossen) und V (Verdacht); ¹ EBM 14210-14314, 21210-21233, 22210-22221, 23210-23220, 35110-35225, 91513; Sachleistung 395; ² ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer; ³ mit Einweisungs- und/oder Hauptentlassungsdiagnose ICD-10 F00-F99; *) davon 8,0% durch Kinder- und Jugendpsychiater

Je nach Altersgruppe (und dem damit verbundenen vorrangigen Störungsbild) stehen unterschiedliche Behandlungsverfahren im Vordergrund. Abbildung 2 zeigt, dargestellt nach dem Alter der Kinder und Jugendlichen mit einem psychiatrischen Behandlungsanlass, den Anteil derer, bei denen im Jahr 2006 eine spezifische Therapie – einerseits Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie/Krankengymnastik und andererseits psychiatrische/psychotherapeutische Leistungen – dokumentiert war. Erwartungsgemäß zeigen sich sehr hohe Behandlungsprävalenzen für die erste Gruppe an Therapien bei den Kindern zwischen fünf und zehn Jahren; in der Altersgruppe der Sechs- und Siebenjährigen hatten knapp 60 % der psychisch Kranken eine entsprechende spezifische Therapie. In diesen Altersgruppen finden sich auch die höchsten Behandlungsprävalenzen für Entwicklungsstörungen und Hyperkinetische Störungen. Psychiatrische/psychotherapeutische Leistungen kommen erst ab dem Schulalter zum Tragen. Diese Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass im Vorschulalter zuerst Kinderärzte und sozialpädiatrische Zentren Anlaufstelle für Entwicklungs- und Verhaltensschwierigkeiten von Kindern sind. Erst danach erfolgen vermehrt Vorstellungen in kinderpsychiatrischen Institutionen.

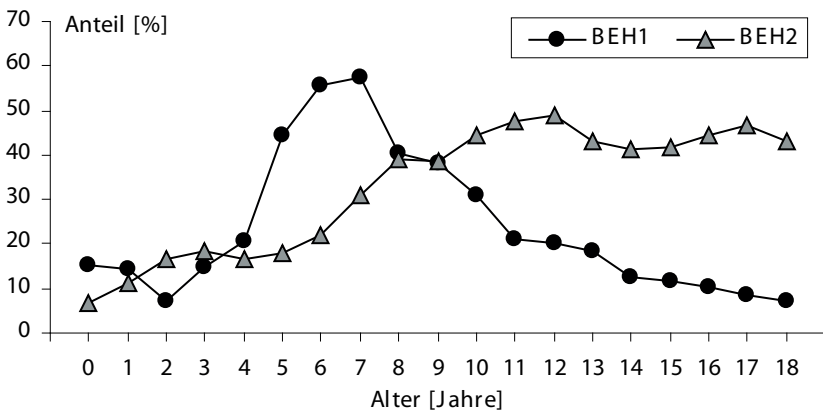


Abbildung 2: Kinder und Jugendliche mit psychiatrischem Behandlungsanlass: Anteil mit spezifischer Therapie, 2006. Basis: Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen; im Jahr 2006 geborene und durchgängig Versicherte bis 18 Jahre (n=55.545); ohne Ausschluss- und Verdachtsdiagnosen; BEH1: Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie/Krankengymnastik; BEH2: Psychiatrische/ psychotherapeutische Leistungen und KJP Ambulanz

Am Beispiel der Entwicklungsstörungen (F80-89) wird deutlich, wie sich der Stellenwert der verschiedenen therapeutischen Leistungen in Abhängigkeit von dem im Vordergrund stehenden Defizit unterscheidet. Auch wenn in gut 40 % der umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen eine logopädische Behandlung durchgeführt wird, bekommen diese Kinder nicht selten ebenfalls Ergotherapie. Umgekehrt erhalten Kinder mit motorischen Funktionsausfällen häufig Logopädie. Möglicher-

Tabelle 4: Inanspruchnahme kinderpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Leistungen

	Anteil (%) der Kinder u. Jugendlichen mit F-Behandlungsanlass mit ...								
	Leistungen der KJP- Ambulanz ¹	Leistungen der Kinder- und Jugend- psychiatrie und -psycho- therapie ²	Psychiat- rische und psychothera- peutische Leistungen (Psychiater) ³	Leistungen d. Psychothera- peutischen Medizin (Fach- ärzte für Psychothera- peutische medizin) ⁴	Psychothera- peutische Leistungen (Ärztl. und psycholog. Psychothera- peuten, Kinder- und Jugend- lichenpsycho- therapeuten ⁵	Leistungen nach Psycho- therapie- Richtlinien ⁶	Gesamt	Ausschließ- lich andere Leistungen*	Gesamt
Jungen	6,2	14,5	2,2	0,1	3,6	13,9	31,4	23,4	54,8
Mädchen	5,3	10,1	2,8	0,1	4,5	20,7	33,2	17,6	50,8
bis 6 Jahre	1,5	8,8	0,2	0,0	0,9	8,1	17,0	25,9	42,9
7 bis 14 Jahre	9,5	18,2	2,3	0,1	5,9	19,0	41,2	22,9	64,1
15 Jahre und älter	6,9	8,5	7,6	0,2	6,1	30,3	44,3	6,4	50,6
Gesamt	5,8	12,6	2,5	0,1	4,0	16,9	32,2**	20,8	53,0

*) Ergo-, Logo-, Physiotherapie, Sozialpädiatrie; ¹ EBM 91513, ² EBM 14210-14314, ³ EBM 21210-21233, ⁴ EBM 22210-22222, ⁵ EBM 23210-23220, ⁶ EBM 35100-35225

weise besteht hier eine kombinierte Entwicklungsstörung, die nicht als solche kodiert oder evtl. nicht erkannt wurde. Bei den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen erfolgen sowohl Ergotherapie bei knapp 40 %, aber auch Logopädie bei ca. 26 % und sozialpädiatrische Leistungen bei rund 28 % der Kinder.

Kinder und Jugendliche, bei denen als Behandlungsanlass eine psychische Störung vorlag, erhalten in insgesamt 32 % der Fälle kinderpsychiatrische und psychotherapeutische Leistungen, die sowohl von Spezialisten als auch von Kinderärzten mit entsprechender Zusatzbezeichnung veranlasst bzw. durchgeführt werden. Bis zum Alter von sechs Jahren ist dieser Anteil mit knapp 17 % relativ gering und steigt auf über 40 % bei den 7- bis 18-Jährigen an. Die in Tabelle 4 (vorhergehende Seite) zusammengefassten Ergebnisse belegen darüber hinaus, dass Vorschulkinder nur selten in kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen bzw. bei Kinder- und Jugendpsychiatern vorgestellt werden, während dies mit zunehmendem Alter, insbesondere zwischen 7 und 14 Jahren, deutlich häufiger geschieht. Leistungen nach den Psychotherapie-Richtlinien nehmen mit steigendem Alter ebenfalls deutlich zu.

4 Diskussion

Auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen konnte festgestellt werden, dass bei knapp 20 % der im Beobachtungszeitraum behandelten Kinder und Jugendlichen eine psychiatrische Diagnose (ICD-10: F00-99) als Vorstellungsanlass kodiert war. Bei rund einem Viertel dieser Kinder und Jugendlichen waren weitere psychiatrische Diagnosen kodiert. Jungen wiesen bis zum Alter von 14 Jahren eine höhere Behandlungsprävalenz auf als Mädchen. Je nach Erkrankungsart zeigen sich typische Verteilungsmuster. Diese durch epidemiologische Studien bekannten Prävalenzen finden sich damit auch in einer unselektierten Population wie sie unsere Versichertenstichprobe darstellt. Die in der KiGGS-Studie ermittelten Häufigkeitsschätzungen für psychische Auffälligkeiten liegen bei knapp 10 %, umfassen allerdings auch nur einen Teil der von uns untersuchten Diagnosen. Auf der Basis eines systematischen Reviews deutscher Prävalenzstudien ermittelten Barkmann u. Schulte-Markwort (2004) durchschnittliche Prävalenzen für psychische Auffälligkeiten von 17,2 %. Diese Angaben entsprechen in etwa unseren Ergebnissen, wobei sich unsere Angaben auf eine administrative (Inanspruchnahme-)prävalenz beziehen. Zum Schweregrad der Symptomatik kann anhand unserer Studie keine Aussage getroffen werden. Die aktuelle KiGGS-Studie ermittelte jedoch, dass trotz bestehender Belastungen aufgrund psychischer Auffälligkeiten in ca. der Hälfte der Fälle keine Behandlung stattfand (Ravens-Sieberer et al., 2007). Erschwerend kommt hinzu, dass insbesondere Kinder und Jugendliche mit sehr ausgeprägter Symptomatik vom Versorgungsangebot häufig nicht erreicht werden (Lehmkuhl et al., 1998). Dies liegt insbesondere daran, dass gerade bei den Kindern, bei denen mehrere Risikofaktoren vorliegen, meist nur geringe familiäre und soziale Ressourcen zur Verfügung stehen,

wodurch eine frühzeitige Inanspruchnahme des Versorgungssystems verhindert wird (Lampert u. Kurth, 2007).

Ein Fokus unserer Untersuchung lag auf der Inanspruchnahme spezifischer Leistungen. Aktuelle und repräsentative Zahlen zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen lassen sich zwar ebenfalls aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) ersehen, spezielle Angaben für Vorstellungen beim Kinder- und Jugendpsychiater oder beim Psychotherapeuten finden sich jedoch nicht (Kamtsiuris et al., 2007). Andererseits stellen psychiatrische Störungen – wie auch unsere Daten zeigen – im Kindes- und Jugendalter einen häufigen Anlass für ambulante sowie stationäre diagnostische und therapeutische Maßnahmen dar. In der Great-Smoky-Mountains-Study wurden ca. 20 % der 9- bis 13-jährigen mindestens einmal im Jahr wegen Verhaltensauffälligkeiten einem speziellen Dienst vorgestellt (Farmer, Stangl, Burns, Castello, Angold, 1999).

In unserer Studie wird erstmals beschrieben, welche Arzt- und Therapeutengruppen aufgesucht und in welchem Umfang kinderpsychiatrische und -psychotherapeutische Leistungen erbracht wurden. Zunächst ist festzuhalten, dass knapp ein Drittel der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine psychische oder Verhaltensstörung (F00-F99) den Beratungsanlass darstellte, solche spezifische Leistungen – sei es durch Spezialisten oder durch Kinderärzte, die diese Leistungen ebenfalls erbringen können – erhalten hat. Bei der Interpretation muss berücksichtigt werden, dass nicht alle Vorstellungsanlässe psychiatrische/psychotherapeutische Hilfen erfordern. Aus unseren Daten wird jedoch auch deutlich, dass nur ein kleiner Teil derer mit psychischen Störungen durch den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater oder in einer Spezialambulanz versorgt wird, während Kinder- und Allgemeinärzte häufiger Ansprechpartner sind. Dieser Befund ist u. E. Abbild der immer noch ungenügenden Versorgungssituation mit Kinder- und Jugendpsychiatern. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch Schlander und Mitarbeiter (2007) für die Versorgungssituation bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen.

Unsere Daten belegen, dass bei Vorschulkindern Vorstellungsanlässe aufgrund von Entwicklungsstörungen überwiegen. Die Behandlung erfolgt in einem großen Umfang durch Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie sowie sozialpädiatrische Interventionen. Mit dem Einschulalter hingegen steigen psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen deutlich an. Aus Längsschnittstudien ist bekannt, dass Kinder mit Entwicklungsstörungen sowie mit multiplen frühkindlichen Risikobelastungen neben Entwicklungsstörungen auch häufig sozial-emotionale Belastungen aufweisen. Hier stellt sich die Frage, ob das aktuelle Versorgungssystem und das Inanspruchnahmeverhalten diesen Befunden ausreichend Rechnung trägt. Früherkennung und Frühbehandlung von psychischen Störungen im Vorschulalter sind von zentraler Bedeutung für die Vermeidung von chronischen Krankheitsverläufen. Vor diesem Hintergrund muss die Effizienz des aktuellen Versorgungssystems kritisch hinterfragt werden. Insbesondere wäre zu überprüfen, ob die vorhandenen Möglichkeiten der Vernetzung ausreichend genutzt werden, wie es z. B.

in England der Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS) versucht (Vostanis 2005, 2007). Ziel ist es, multidisziplinäre Behandlungsteams aufzubauen, die verschiedene Professionen vereinen und breit gefächerte diagnostische und therapeutische Leistungen anbieten können, um den notwendigen Qualitätsstandards, die heute in den Leitlinien der Fachgesellschaften gefordert werden, zu entsprechen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007). Mit vergleichbaren vernetzten Strukturen konnte auch in Norwegen die Früherkennung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten verbessert werden (Andersson u. Ose, 2007). Sowohl die Ergebnisse der Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie (Laucht et al., 2000) als auch die Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS, Ravens-Sieberer et al., 2007) belegen, dass bei einem kumulativen Auftreten mehrerer Risikofaktoren wie einem ungünstigen Familienklima sowie einem niedrigen sozioökonomischen Status die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten stark ansteigt. In der Studie von Laucht et al. (2000) waren die negativen Folgen früher Risiken bis zum Schulalter nachweisbar. Während organische Risiken sich vor allem auf die motorische und kognitive Entwicklung auswirkten, konzentrierten sich die Auswirkungen psychosozialer Belastungen auf kognitive und sozial-emotionale Funktionen. Es käme also darauf an, Kinder mit multiplen Risikobelastungen möglichst früh in ihrer Entwicklung zu erkennen, um sie und ihre Familien gezielt zu unterstützen. Dieser Ansatz lässt sich jedoch nur dann verwirklichen, wenn sich die Strukturen und beteiligten Berufsgruppen an miteinander abgestimmte Entscheidungspfade halten.

Eine der Schwächen unserer Arbeit besteht darin, dass wir diese Risikofaktoren und damit auch die Schwere der Symptomatik nicht erfassen können. Auch die Falldefinition erfolgte nicht mit Hilfe spezifischer Verfahren, sondern aufgrund der Diagnosekodierung der behandelnden Ärzte. Darüber hinaus können nur Aussagen über GKV-Versicherte einer Region (Hessen) und einer Krankenkassen (hier: AOK) getroffen werden. Andererseits hat sich diese Stichprobe – konzipiert für verschiedene versorgungsepidemiologische Fragestellungen – als aussagekräftig erwiesen (Ihle et al., 2005). Die genannten Einschränkungen der Stichprobe werden unseres Erachtens dadurch ausgeglichen, dass wir die medizinischen und sonstigen Behandlungsarten vollständig erfassen und nach Alters- und Geschlechtseinflüssen auswerten können. Insofern stellen unsere Daten den „natürlichen Behandlungsverlauf“ dar, wobei jedoch offen bleiben muss, inwieweit hierdurch die Symptomatik verändert bzw. verbessert werden konnte. Neben Sekundärdatenanalysen bedarf es deshalb – ähnlich wie es Angold, Erkanli, Egger und Costello (2000) für die medikamentöse Behandlungspraxis bei ADHS gemacht haben – einer Überprüfung auf der Basis von Felduntersuchungen, wie im Einzelfall diagnostische und therapeutische Qualitätsstandards eingehalten und mit welcher Effizienz durchgeführt werden.

Literatur

- Andersson, H. W., Ose, S. O. (2007). Unmet Mental Health Service Needs Among Norwegian Children and Adolescents. *Child Adolesc Mental Health*, 12, 115-120.
- Angold, A., Erkanli, A., Egger, H. L., Costello, E. J. (2000). Stimulant Treatment for Children: A Community Perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 975-984.
- Barkmann, C., Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatr Prax*, 6, 278-287.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.) (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Farmer, E. M. E., Stangl, D. K., Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A. (1999). Use, persistence and intensity: patterns of care for children's mental health across one year. *Community Ment Health J*, 35, 31-46.
- Ihle, P., Köster, I., Herholz, H., Rambow-Bertram, P., Schardt, T., Schubert I. (2005). Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen – Konzeption und Umsetzung einer personenbezogenen Datenbasis aus der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheitswesen*, 67, 638-645.
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P., Schlaud, M. (2007). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 50, 836-850.
- Knopf, H. (2007). Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 50, 863-871.
- Lampert, T., Kurth, B.-M. (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). *Dtsch Ärztebl*, 104, A2944-A2949.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *J Child Psychol Psychiatr*, 38, 843-854.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (1998). Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung – Empirische Befunde. *Z Kinder-Jugendpsychiatr Psychother*, 26, 6-20.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungs epidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Z klin. Psychol. Psychother*, 29, 246-262.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (2002). Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. *Z. klin. Psychol. Psychother.*, 31, 127-134.
- Lehmkuhl, G., Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F. (1998). Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern – ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. *Z Kinder-Jugendpsychiatr Psychother*, 26, 83-96.
- 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

- Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 50, 871-878.
- Schlender, M., Schwarz, O., Trott, G.-E., Viapiano, M., Bonauer, N. (2007). Who cares for patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)? Insights from Nordbaden (Germany) on administrative prevalence and physician involvement in health care provision. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 430-438.
- Tremmery, S., Buitelaar, J. K., Steyaert, J., Molenberghs, G., Feron, F. J. M., Kalff, A. C., Hurks, P. P., Hendriksen, J. G. M., Vles, J. S., Jolles, J. (2007). The use of health care services and psychotropic medication in a community sample of 9 year old school ADHD children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 327-336.
- Vostanis, P. (2005). National Service Framework: Its Principles are Relevant to All Countries. *Child Adolescent Mental Health* 10, 131-132.
- Vostanis, P. (2007) Child Mental Health Services Across the World: Opportunities for Shared Learning. *Child Adolescent Mental Health*, 12, 113-114.

Korrespondenzanschrift: Dr. Ingrid Schubert, PMV forschungsgruppe an der KJP, Universität zu Köln, Herderstraße 52-54, 50931 Köln; E-Mail: Ingrid.Schubert@uk-koeln.de

Gerd Lehmkuhl, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (KJP), Universität zu Köln; *Ingrid Köster* und *Ingrid Schubert*, PMV forschungsgruppe an der KJP, Universität zu Köln.