

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Vorbemerkung

Die Überarbeitung der Kinderrichtlinien wirft eine Reihe von Fragen auf, die abschließend nicht zu beantworten sind. Dies liegt an der Komplexität der Thematik, v.a. den Schnittstellen zu anderen Sozialgesetzbüchern, insbesondere zu SGB VIII, und der damit verbundenen Frage nach einer sinnvoll organisierten und solide finanzierten Gesamtversorgung.

Wir halten es für grundsätzlich bedeutsam, dass die Bereiche der psychischen Entwicklung inklusive der sozialen, emotionalen und kognitiven Kompetenzen im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen umfassender und systematischer berücksichtigt werden. Störungen der psychischen Entwicklung im frühen Kindesalter spielen eine maßgebliche Rolle bei der Entstehung von psychischen Störungen wie auch der Genese bzw. der Bewältigung von somatischen Erkrankungen. Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern wirken sich darüber hinaus negativ auf die kognitive und soziale Entwicklung, die schulische und berufliche Bildung und letztlich auf die soziale Integration der Betroffenen aus.

Die Potentiale, die in einer Früherkennung von psychischen Entwicklungsauffälligkeiten und einer Frühintervention bei Kindern und gegebenenfalls ihren Eltern im Sinne einer selektiven bzw. indizierten Prävention stecken, sind derzeit noch weitgehend ungenutzt. Bereits krankheitswertig ausgebildete psychische und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen werden häufig zu spät erkannt, effektive Behandlungen zu spät eingeleitet. Diesbezüglich bieten die Früherkennungsuntersuchungen wichtige Chancen für eine Verbesserung der Versorgung, der psychischen Gesundheit und der sozialen Integrationschancen der Kinder, wenn Sie entsprechend genutzt würden.

Die bisherigen Dokumentation und Auswertungen zu den Früherkennungsuntersuchungen waren vielfach nicht hinreichend in eine systematische Evaluation eingebunden, als dass es in der gebotenen Stringenz möglich gewesen wäre, die Wirksamkeit einzelner Untersuchungsbestandteile/Screenings zu bewerten und Empfehlungen für eine Neukonzeption der Kinder-Richtlinien abzuleiten. Zugleich sind Defizite der bisherigen Früherkennungsuntersuchungen, z.B. in Gestalt einer unzureichenden Identifikation von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen, klar zu belegen.

Wir halten es daher für unbedingt erforderlich, im Rahmen des Prozesses einer Überarbeitung und Neukonzeption der Kinder-Richtlinien Erfolg versprechende Ansätze für die avisierten Zielerkrankungen in Modellprojekten zu erproben, zu evaluieren und systematisch weiterzuentwickeln. Wir sind gerne bereit, an diesem längerfristigen Überarbeitungsprozess in Arbeitsgruppen sowie in Form weiterer Stellungnahmen beratend mitzuwirken

In diesem Sinne möchten wir diese Stellungnahme als einen Einstieg in einen längeren Diskussions- und Arbeitsprozess zur Überarbeitung der Kinder-Richtlinien und der Entwicklung der hierbei relevanten Schnittstellen und strukturierten Behandlungspfade verstanden wissen. Einige der nachfolgend dargestellten Vorschläge zu den Kinder-Richtlinien erfordern noch weitere Präzisierungen, die erst im Verlauf des Überarbeitungsprozesses im Kontext der Gesamtentwicklung geleistet werden können.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

A. Allgemeine Fragen zum Kinder-Früherkennungsprogramm

- 1. Gibt es Ihres Erachtens eine geeignetere Konzeption für Kinder-Früherkennungsuntersuchungen im deutschen Versorgungskontext als das bisher etablierte Programm (ärztliche Untersuchungen in bestimmten Altersabschnitten) und ist eine bessere Nutzenbilanz (Akzeptanz, Wirksamkeit etc.) belegt? Wenn ja, stellen Sie bitte die Grundzüge dar.**

Die derzeitige Konzeption der Kinderfrüherkennung im GKV-System weist unter dem Aspekt der Inanspruchnahme eine vergleichsweise hohe Akzeptanz bei den Eltern auf. Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung für das Jahr 1997 zeigen Inanspruchnahmequoten bezogen auf die Berechtigten von über 90% bis zur U6 mit einer deutlich abfallenden Tendenz bis zur U9 mit knapp 75%. Hierbei ließen sich deutliche Ost-West-Unterschiede in der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung zeigen. Weiterhin fällt die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen bei Familien der unteren sozialen Schicht, bei Familien mit Migrationshintergrund sowie bei kinderreichen Familien deutlich geringer aus (Delekat & Kis, 2001; Klocke, 2001). Diese Diskrepanz nimmt mit steigendem Kindesalter weiter zu. Unserer Kenntnis liegen keine Daten vor, die diese reduzierte Inanspruchnahme auf eine abnehmende Akzeptanz der Früherkennungsuntersuchungen zurückführen lassen. Der auffällig starke Abfall der Inanspruchnahmerate von der U7 zur U8 hängt vielmehr auch mit dem größeren zeitlichen Intervall von zwei Jahren zwischen den Untersuchungen zusammen. An dieser Stelle könnten Reminder für die Eltern, aber auch eine verbesserte Vermittlung des konkreten Nutzens der Vorsorgeuntersuchungen hilfreich sein (Delekat & Kis, 2001).

Da bislang keine systematischen Evaluationen der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt wurden und entsprechend keine validen Daten zur Wirksamkeit der Screenings im Rahmen der U1-U9 mit Ausnahme einzelner Bestandteile vorliegen, kann die Frage der Nutzenbilanz nicht beantwortet werden. Es ist unklar, zu welchem Grad jeweils die 37 Krankheiten bzw. Syndrome auf die sich die U1 bis U9 richten aufgrund der Früherkennungsuntersuchungen identifiziert bzw. neu erkannt werden und zu welchem Grad daraufhin eine adäquate Behandlung eingeleitet wird. Der weitgehend geringe Operationalisierungsgrad der Untersuchungen lässt darüber hinaus eine hohe Varianz hinsichtlich der Untersuchungsdurchführung durch die Pädiater erwarten, mit den entsprechenden Implikationen hinsichtlich der Wirksamkeit der Screening-Untersuchungen. Da derzeit aufgrund der mangelhaften Datenlage keine Angaben z.B. zur Number needed to screen für die verschiedenen Krankheitsgruppen gemacht werden können, sollte eine Überarbeitung der Kinder-Richtlinien mit begleitenden Evaluationen im Rahmen von Modellprojekten verknüpft werden, um so verlässliche Datengrundlage zur Wirksamkeit der verschiedenen Screeningverfahren und der Optimierungspotentiale zu erhalten.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

2. Welche derzeit in den Kinder-Richtlinien geregelten Inhalte des Kinderfrüherkennungsprogramms halten Sie für erhaltenswert, welche für überarbeitungsbedürftig, und warum?

Anknüpfend an die Ausführungen zu Frage 1 halten wir eine ausführliche Operationalisierung der Screening-Untersuchungen im Rahmen der Kinder-Richtlinien (bzw. im Anhang als Verfahrensanweisungen) für erforderlich. Konkretisierungen, wie sie beispielsweise zum Teil im Anhang 2 der aktuellen Fassung der „Kinder-Richtlinien“ für das Neugeborenen-Screening formuliert sind, wären auch für die Screening-Untersuchungen der anderen Früherkennungsuntersuchungen bzw. Zeitpunkte wünschenswert. Insbesondere in Bezug auf den Komplex der Entwicklungs- und Verhaltensstörungen sehen wir hier einen erheblichen Überarbeitungsbedarf. Laut der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse der U3-U9 für das Jahr 1997 (schriftliche Mitteilung des ZI Berlin - Altenhoff, 2005) wächst die relative Häufigkeit von emotionalen und sozialen Entwicklungsstörungen zwar von der U6 mit 0,01% gesicherter Diagnosen und 0,008% Verdachtsdiagnosen (U7: 0,045% bzw. 0,041%; U8: 0,173 bzw. 0,172%) zur U9 auf 0,199% gesicherter Diagnosen und 0,134% Verdachtsdiagnosen an. Diese Dokumentationsraten liegen jedoch weit unter den epidemiologischen Schätzungen allein für die Hyperkinetischen Störungen (ICD-10 – F90). Auch die Prävalenzraten für Störungen des Sozialverhaltens übersteigen die Diagnoseraten für den Gesamtkomplex der Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der U9 bei weitem (siehe Antworten zu B 1).

Für den deutschen Raum konnten die Mannheimer Kurpfalzerhebungen in einer Längsschnittuntersuchung die besondere Relevanz von frühen externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten für die Entwicklung und Chronifizierung von Störungen des Sozialverhaltens nachweisen (Ihle, Esser, Laucht & Schmidt, 2004). Besonders betroffen waren Kinder aus sozial schwachen Familien. Darüber hinaus konnten umfangreiche epidemiologische Studien zeigen, dass den externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten auch bei der Entwicklung anderer psychischer Störungen im Erwachsenenalter (z.B. Suchterkrankungen) eine wichtige Rolle zukommt (Briggs-Gowan et al., 2003; Robins & Price, 1991). Darüber hinaus sind die externalisierenden Störungen mit einem schlechteren Schulerfolg, einem niedrigeren Beschäftigungsstatus und einer geringeren sozialen Integration verknüpft. Daher sind die zeitnahe Identifikation von externalisierenden Verhaltensproblemen und Entwicklungsstörungen und die darauf folgende Einleitung von gezielten Maßnahmen der „indizierten“ Prävention sowie gegebenenfalls der Therapie bei den betroffenen Kindern von zentraler Bedeutung.

3. Welche Untersuchungsbestandteile halten Sie für obligat und welche für fakultativ?

Die Unterscheidung in obligate und fakultative Untersuchungsbestandteile ist im Kontext von Screening-Untersuchungen generell als problematisch zu bewerten, da es hierbei zu unsystematischen und womöglich nicht inhaltlich begründeten Variationen in der Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen kommen kann. Anders zu bewerten sind dagegen gestufte Vorgehensweisen, bei denen auf der Basis eines generischen Screening oder einer spezifischen Konstellation von Risikofaktoren und

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

entsprechenden besonderer Indikation weiterführende Untersuchungen durchzuführen sind. Dieser Aspekt ist im Kontext der Überprüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der einzelnen Untersuchungen zu diskutieren.

4. Gibt es Maßnahmen, die Ihrer Ansicht nach modifiziert oder Zielerkrankungen, die konkretisiert werden müssen? Wenn ja, bitte beantworten Sie die in Teil B genannten speziellen Fragen jeweils zu den einzelnen Maßnahmen.

Insgesamt werden unter der Perspektive der epidemiologischen Relevanz, des Risikos für eine nachhaltige Beeinträchtigung der gesamten Entwicklung und der Behandelbarkeit der Störungen emotionale und psychische Aspekte der Kindesentwicklung unzureichend differenziert und nicht hinreichend sensitiv erfasst.

Ab der U3 sollte in diesem Zusammenhang eine strukturierte Erhebung der wichtigsten Risikofaktoren für spätere Verhaltensauffälligkeiten der Kinder vorgesehen werden. Die Befunderhebung sollte dabei weitgehend standardisiert erfolgen. Über eine entsprechend ausdifferenzierte Gestaltung der Dokumentation ist die Vollständigkeit der Erhebung zu fördern.

In der Dokumentation der Verhaltensauffälligkeiten sollte zusätzlich ab der U7 eine Ausdifferenzierung in eher internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten vorgenommen werden. Daneben sollten die Maßnahmen zur Früherkennung von Entwicklungsstörungen des Sprechens und der im weiteren Entwicklungsverlauf damit stark verknüpften umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, insbesondere der Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0) und der isolierten Rechtschreibstörung (F81.1), weiter konkretisiert und in der Untersuchungsdurchführung standardisiert werden.

Eine differentialdiagnostische Abklärung hinsichtlich der einzelnen Unterkategorien von F9 (siehe unten) und gegebenenfalls der umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (ICD-10: F80) ist hingegen nicht mehr als Teil der eigentlichen Frühuntersuchung zu konzipieren, sondern erfordert je nach Qualifikation und Tätigkeitsschwerpunkts des Pädiaters zur weiteren Abklärung gegebenenfalls eine Überweisung an einen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -Psychotherapie.

- F90: Hyperkinetische Störungen
- F91: Störungen des Sozialverhaltens
(F91.0 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens, F91.1 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen, F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen, F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten)
- F92: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F93: Emotionale Störungen des Kindesalters
(F93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters, F93.1 Phobische Störung des Kindesalters, F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters, F93.3 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität)
- F94: Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
(F94.0 Elektiver Mutismus, F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters, F94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung)

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

- F95: Ticstörungen
- F98: Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
(F98.0 Nichtorganische Enuresis, F98.1 Nichtorganische Enkopresis, F98.2 Futterstörung im frühen Kindesalter, F98.3 Pica im Kindesalter, F98.4 Stereotype Bewegungsstörungen, F98.5 Stottern, F98.6 Poltern)

5. Halten Sie zusätzliche Maßnahmen für sinnvoll? Wenn ja, bitte beantworten Sie die in Teil B genannten Fragen jeweils zu den einzelnen Maßnahmen.

Zur U8 und U9 sollte ergänzend ein psychometrisches Screeningverfahren zur Erfassung der Verhaltensauffälligkeiten eingeführt werden. Im Kontext des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (Ravens-Sieberer, Holling, Bettge & Wietzker, 2002) hat sich hierfür die deutsche Übersetzung des Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) als valides Fremdratingverfahren (Eltern und Erzieher) bewährt und ist für den Einsatz bei Kinder ab 4 Jahren geeignet (Goodman, 1997; Klasen, Woerner, Rothenberger & Goodman, 2003; Klasen et al., 2000). Das Instrument ist ökonomisch durchführbar (kann von den Eltern oder Erziehern innerhalb von 5 Minuten ausgefüllt werden) und genießt bei befragten Eltern eine hohe Akzeptanz (Goodman & Scott, 1999). Bezogen auf die epidemiologisch besonders relevanten Gruppen psychischer Störungen fallen lediglich die Detektionsraten für Essstörungen, Spezifische Phobien und Trennungsangst unzureichend aus und erfordern ein gesondertes Screening (Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2000).

Ergänzende Früherkennungsuntersuchungen sollten zwischen der U7 und der U8 (circa 33-36 Monate) und nach der U9 (circa 90-102 Monate) eingefügt werden, die jeweils einen Schwerpunkt auf die psychosoziale und kognitive Entwicklung legen. Hierbei sollten wie auch bei der U8 und der U9, das Einverständnis der Eltern vorausgesetzt und die entsprechende Betreuungssituation gegeben, zusätzliche Einschätzungen mittels Screeningbögen durch die Erzieherinnen und Erzieher bzw. Lehrerinnen und Lehrer vorgenommen werden. Ab der U8 ist dabei der SDQ als Verfahren geeignet. Diese Berücksichtigung einer weiteren Fremdeinschätzung ist unter der Perspektive einer Validitätsbesserung der Gesamteinschätzungen von Verhaltensauffälligkeiten geboten. Kindergarten bzw. Schule stellen neben der familiären Umgebung die wichtigsten Lebensräume von Kindern dar, die geeignet sind, Einschätzungen zu den Entwicklungsverläufen von Kindern vorzunehmen.

Darüber hinaus halten wir die Implementierung von strukturierten Interviewleitfäden für die untersuchenden Ärzte für sinnvoll, um eine bessere Standardisierung der Früherkennungsuntersuchungen und ein differenziertes Screening der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung sicherzustellen. Hier könnte auf die Erfahrungen bestehender Modellversuche, die Varianten derartiger Interviewleitfäden für Ärzte entwickelt und implementiert haben, zurückgegriffen werden.

6. Gibt es Maßnahmen, die Ihrer Ansicht nach nur für bestimmte Risikogruppen angeboten werden sollen? Wenn ja, bitte beantworten Sie die in Teil B genannten Fragen jeweils zu den einzelnen Maßnahmen.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Insbesondere in Längsschnittstudien zur Prävalenz, Chronizität und Ätiologie psychischer Störung bei Kindern und Jugendlichen konnten eine Reihe substanzieller Risikofaktoren für die Entwicklung und Chronifizierung von Verhaltensauffälligkeiten sowie psychischen und Entwicklungsstörungen identifiziert werden.

Inwieweit es gegebenenfalls zielführender und ökonomischer ist, bestimmte Maßnahmen, z.B. Screening auf Verhaltensauffälligkeiten, lediglich bei spezifizierten Risikogruppen durchzuführen, sollte im Rahmen von Modellprojekten geprüft werden. Empirische Daten, die hierbei eine Entscheidungshilfe liefern würden, liegen unserer Kenntnis nach, insbesondere für das deutsche Gesundheitswesen, derzeit nicht vor.

Als relevante Risikofaktoren für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychische Störungen sollten insbesondere folgende Merkmale erhoben werden:

- Geburtskomplikationen (Laucht, Esser, Baving et al., 2000; Laucht et al., 1992)
- psychische Erkrankung der Mutter nach der Geburt, insbesondere postpartale Depression (Nagata, Nagai, Sobajima, Ando & Honjo, 2003)
- aktuelle psychische Störung/Suchterkrankung eines Elternteils (Lenz, 2005; Martin, 2005; Mattejat, Wuthrich & Remschmidt, 2000)
- erhebliche Beeinträchtigung der frühen Mutter- Kind- Beziehung (Laucht, Esser & Schmidt, 2000b; Nagata et al., 2003; Ziegenhain, Müller & Rauh, 1996)
- frühe Trennungen in der Säuglingszeit, z.B. durch stationäre Behandlung der Mutter oder des Kindes (Sroufe, 2000)
- Innerfamiliäre Gewalt, Misshandlung, Vernachlässigung (Cicchetti & Toth, 2005; Deegener & Körner, 2005; Kindler, 2002)
- Frühe Elternschaft, geringe Bildung der Eltern (Serbin & Karp, 2004)

Im weiteren Verlauf sind neben den oben genannten Faktoren insbesondere externalisierende Verhaltensprobleme prädiktiv für eine Chronifizierung von psychischen Fehlentwicklungen (Esser, Ihle, Schmidt & Blanz, 2000; Esser, Schmidt & Woerner, 1990; Ihle, Esser, Schmidt & Blanz, 2002). Dabei sind die geschlechtsspezifischen Veränderungen der Störungsraten im Entwicklungsverlauf zu berücksichtigen (Ihle, Esser, Schmidt & Blanz, 2000).

Daneben erhöhen schwere belastende Lebensereignisse im frühen Kindesalter das Risiko, psychisch zu erkranken. Hier sind unter anderen der Tod eines Elternteils, Trennung der Eltern, schwere Misshandlung, Vernachlässigung, und schwere Erkrankungen (psychisch wie auch körperlich) eines Elternteiles zu nennen.

Dabei sind für Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung und Vernachlässigung selbst relevante perinatale und soziodemographische Variablen als Risikofaktoren belegt, die neben weiteren klinische Merkmalen in ein Risiko-Assessment-Instrument inkorporiert werden sollten (Serbin & Karp, 2004; Wu et al., 2004). Bei Verwendung einer Risikoabschätzung ist jedoch darauf zu achten, dass hierdurch nicht Vorurteile gegenüber bestimmten sozialen Gruppen geschürt und zugleich der Blick auf einzelne Teilgruppen verengt wird. Relevante Risikofaktoren für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung sind insbesondere:

- Rauchen während der Schwangerschaft
- mehr als zwei Geschwister
- Geringes Geburtsgewicht
- Alleinerziehende

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

- Teenage-Schwangerschaft
- untere soziale Schicht/Sozialhilfe
- Suchterkrankung/psychische Störung eines Elternteils
- Partnerschaftliche/innerfamiliäre Gewalt

Dabei besteht für kleine Kinder das höchste Risiko für Misshandlungen und Vernachlässigung und ist zugleich mit dem höchsten Mortalitätsrisiko assoziiert (Cicchetti & Toth, 2005; National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, 2004). In Zusammenhang mit der Erhebung von Risikofaktoren für Kindesmisshandlung wie auch für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen sollte bei der Organisation der Dokumentation dafür Sorge getragen werden, dass beim Übergang von der gynäkologischen in die pädiatrische Behandlung/Betreuung keine relevanten Informationen verloren gehen.

7. Welche Strategien empfehlen Sie zur Erhaltung bzw. Steigerung der Inanspruchnahmerate der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen?

Sowohl aus inhaltlichen Gründen einer frühzeitigen Erkennung von Fehlentwicklungen als auch zur Verhinderung der Reduktion der Inanspruchnahmerate nach der U7 ist eine zusätzliche Früherkennungsuntersuchung nach 33-36 Monaten zu ergänzen. Auch die derzeit niedrige Rate der Inanspruchnahme der J1 weist auf die Problematik der großen Zeitintervalle und der noch unzureichenden Verknüpfung der J1 mit den U1-U9 hin. Entsprechend ist eine durchgängige Verknüpfung der beiden Früherkennungssysteme vorzunehmen. Auch hierbei dürfte das große Zeitintervall zwischen der U9 und der J1 neben dem vergleichsweise geringeren Bekanntheitsgrad und der im Vergleich zu den U1-U9 schlechteren Nutzenbewertung der J1 durch Eltern und Jugendliche zu einer deutlichen Reduktion der Inanspruchnahme führen.

In diese sechs- bis zehnjährige Phase zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten, die u.a. Einschulung und Wechsel in die Sekundarstufe als wesentliche Meilensteine der schulischen Bildung einschließt, fallen zentrale Herausforderungen der emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung von Kindern. Mögliche psychische Fehlentwicklungen und Fehlanpassungen in diesem Zeitfenster könnten im Kontext einer zusätzlichen Früherkennungsuntersuchung (U10) im Zeitraum des 84. – 96. Monats frühzeitig erkannt und im Rahmen vernetzter Präventions- und Behandlungsstrukturen mit dem Pädiater in der Rolle eines Fall-Managers entgegengewirkt werden. Eine zusätzliche U10 könnte zugleich die J1 systematischer in Früherkennungsuntersuchungen einbetten und die Inanspruchnahme der späteren Früherkennungsuntersuchungen steigern.

Potentiell hilfreiche ergänzende Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme sind schriftliche oder telefonische Terminerinnerungen (durch die pädiatrische Praxis) bei regelhafter Vereinbarung des Folgetermins im Rahmen der vorherigen Früherkennungsuntersuchung. Darüber hinaus kann vermutet werden, dass die Implementierung eines Eltern-Ordners/Elternbegleitheftes zu den Früherkennungsuntersuchungen, wie sie derzeit in einem dreijährigen Modellprojekt der BZgA in Zusammenarbeit mit dem Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf erprobt wird, aufgrund der Verknüpfung, Erläuterung und inhaltlichen Vorbereitung der Untersuchungen einen

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

positiven Einfluss auf die Inanspruchnahmerate hat (von dem Knesebeck, Fillinger, Koch, Pawils & Busche, 2005). Hier sind die Ergebnisse des Modellversuchs abzuwarten.

Da insgesamt zu den genannten ergänzenden Maßnahmen im Kontext der bundesdeutschen Früherkennungsuntersuchungen nach unserer Kenntnis keine gesicherten Daten sowohl hinsichtlich der Zweckmäßigkeit der Screeningverfahren und –zeitpunkte als auch hinsichtlich der Steigerung der Inanspruchnahmerate vorliegen, favorisieren wir eine Erprobung der verschiedenen Maßnahmen im Rahmen von Modellprojekten, jeweils eingebettet in eine systematische Gesamtevaluation.

8. Würden Sie eine andere als die bisherige Dokumentation der Untersuchungsergebnisse hinsichtlich Ziel, Inhalt und Form befürworten? Wenn ja, wie könnte eine neue Dokumentation strukturiert werden?

Hinsichtlich der erfragten und erhobenen Befunde wird eine Form der Dokumentation befürwortet, die eine Vollständigkeit der Befunderhebung unterstützt, beispielsweise durch obligatorische Beantwortung aller Befundkategorien (mit ja bzw. nein). Weiterhin sollte neben den Kennziffern der Gesundheitsstörung (1-37) die ICD-10 Diagnosekodierung dokumentiert werden, ergänzt um den bereits vorhandenen Zusatz ob es sich dabei um eine Verdachts- oder gesicherte Diagnose handelt. Aufgrund der häufigen Multimorbidität sollten mehr als die derzeit drei Dokumentationsfelder vorgesehen werden.

Darüber hinaus sollten die aufgrund der Befunde eingeleiteten spezifischen Maßnahmen und deren Umsetzung im Untersuchungsheft dokumentiert werden.

Zukünftig sollte die Dokumentation um eine ausführlichere Evaluation der Früherkennungsuntersuchungen in repräsentativ ausgewählten Regionen ergänzt und auf der Ebene der Verfahrensanweisungen für die Durchführung der Untersuchungen konkretisiert und aktualisiert werden.

9. Haben Sie darüber hinausgehende weitere Anregungen zu dem Programm?

Unter der Perspektive der Inhalte und Zielsetzungen der Früherkennungsuntersuchungen befürwortet die Bundespsychotherapeutenkammer eine stärkere Beachtung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen, sowie deren Frühsymptome und Risikofaktoren. Dabei sollten insbesondere die Möglichkeiten der indizierten Prävention bei Auftreten erster Symptome psychischer Störungen bzw. bei spezifischen Risikokonstellationen stärker genutzt werden. In diesem Kontext sollten auch Aspekte der Gewalt- und Suchtprävention stärker beachtet werden. Das Programm der Früherkennungsuntersuchungen bietet aufgrund der hohen Inanspruchnahmerate hierfür besondere Chancen und Gestaltungsmöglichkeiten.

Da viele der indizierten Maßnahmen, so beispielsweise ein Großteil der präventiven, pädagogischen und therapeutischen Interventionen mit Eltern, in den Bereich des SGB VIII fällt, sind hier u.a geeignete Schnittstellen zwischen SGB V und SGB VIII zu entwickeln. Neben Hilfen zur Erziehung nach §27ff. SGB VIII werden insbesondere Eingliederungshilfen wegen (drohender) seelischer Behinderung von Bedeutung sein, deren Indikation im Rahmen von gezielten Hilfekonferenzen gestellt werden sollten.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn neben der psychischen Störung oder Verhaltensauffälligkeiten weitere ungünstige Rahmenbedingungen wie z.B. komorbide umschriebene Entwicklungsstörungen, geringe Ressourcen im häuslichen Umfeld, belastende Familiensituation, inkonsequenter Erziehungsstil etc. hinzutreten. Auf der Basis systematischer lokaler Vernetzungen von Pädiatern mit Trägern der Kinder- und Jugendhilfe sowie Leistungserbringern der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen innerhalb der GKV, könnte dabei eine koordinierte und zeitnahe Durchführung von strukturierten Maßnahmen und Behandlungen erleichtert werden.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Da der Bundesausschuss für jede aufzunehmende Früherkennungsuntersuchung die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen zu überprüfen hat, bitten wir Sie, die Fragen in Teil B für jede der von Ihnen vorgeschlagenen Untersuchung separat zu beantworten.

B. Fragen zur jeweiligen, konkreten Maßnahme des Früherkennungsprogramms:

1. Auf welche Erkrankung sollte sich die Früherkennungsuntersuchung beziehen? (konkrete Bezeichnung der Erkrankung, Prävalenz und Inzidenz in Deutschland)

Die Antworten im Abschnitt B beschränken sich im Folgenden exemplarisch auf die unten stehenden drei zentralen Krankheitsgruppen sowie der Kindesmisshandlung und Vernachlässigung als eine traumatisierende Situation mit einem besonderen Risiko für körperliche und psychische Erkrankungen/Verletzungen, der präventiv und therapeutisch zu begegnen ist.

Unabhängig davon halten wir jedoch auch eine Verbesserung der Erkennensrate und Behandlungseinleitung bei den weiteren umschriebenen, den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sowie bei internalisierenden psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten für geboten. Hierzu erforderliche Maßnahmen müssten im Verlauf der Überarbeitung der Richtlinien gesondert diskutiert werden.

a) Hyperkinetische Störungen inkl. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (F90):

Die 6-Monats-Prävalenzrate für Hyperkinetische Störungen wird bei 8 Jährigen auf 4,6% geschätzt (Ihle et al., 2000). Dabei zeigt sich in dieser Studie ein starker Geschlechtsunterschied mit einer Prävalenzrate von 9,5% bei Jungen und 0% bei Mädchen. Bei den 13-Jährigen liegt die Lifetime-Prävalenzrate bei 6,3%.

In einer Studie von Sanders et al. (2005) werden für 4-7 Jährige klinisch erhöhte Werte für hyperaktives Verhalten auf dem SDQ bei 20,1% der Kinder angegeben. Hierin sind auch Kinder mit noch subklinischen Problem- bzw. Symptomausprägungen enthalten, die in den meisten Fällen jedoch abklärungsbedürftig sind und bei denen zumindest mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Indikation für präventive Maßnahmen vorliegt. Valide Daten zur Prävalenz und zur Inzidenz hyperkinetischer Störungen im Vorschulalter aus bevölkerungsrepräsentativen Studien liegen unserer Kenntnis nach nicht vor.

b) Störung des Sozialverhaltens (F91), bei jüngeren Kindern insbesondere Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten (F91.3):

Die 6-Monats-Prävalenzrate für Störungen des Sozialverhaltens liegt bei 8 Jährigen bei 1,7% (Ihle et al., 2000). Wieder zeigt sich in dieser Studie ein deutlicher Geschlechtsunterschied mit einer Prävalenzrate von 3,6% bei Jungen und 0% bei Mädchen. Die Lifetime-Prävalenzrate für Störungen des Sozialverhaltens liegt für 13 Jährige bei 8,6%. Andere Schätzungen belaufen sich auf 1-2% im Grundschulalter und 4-6% im Jugendalter (Blanz, 2003). Dabei verschiebt sich das Geschlechterverhältnis in der Adoleszenz weiter zu Ungunsten der Jungen.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Unter der Perspektive der Prävalenz von Frühsymptomen ist eine bevölkerungsbasierte Studie in Australien aufschlussreich (Sanders, M. R., 2005). Hierbei werden in 18,9% der Fälle von den Eltern 4-7 jähriger Kinder klinisch erhöhte Werte für oppositionelles Verhalten auf dem SDQ angegeben, für die eine Indikationsstellung zu indizierten präventiven Ansätzen gesehen wird.

Auch bei den Störungen des Sozialverhaltens liegen wie bei den hyperkinetischen Störungen unserer Kenntnis nach keine validen Daten zur Prävalenz und Inzidenz dieser Störungen im Vorschulalter vor.

- c) Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80) / Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0) / isolierte Rechtschreibstörung (F81.1)

Für das Spektrum der umschriebenen Entwicklungsstörungen werden für das Grundschulalter Gesamtprävalenzraten von 17,6% angegeben (Esser, 2003). Die Prävalenzraten für die expressive und rezeptive Sprachstörung sowie die Lese- und Rechtschreibstörung zusammen mit der isolierten Rechtschreibstörung belaufen sich dabei auf 6,9% bzw. 5,6%. Aufgrund der Problematik einer zum Teil psychometrisch vorgenommenen Definition der Lese- und Rechtschreibstörung ist die Prävalenz dieser Störungsgruppe in der Praxis etwas niedriger anzusetzen (Haffner et al., 1998; Warnke, Hemminger & Plume, 2004). Eine Lese- und Rechtschreibstörung kann zwar erst im Grundschulalter diagnostiziert werden, jedoch lassen sich bereits im Alter von 2 Jahren Risikogruppen identifizieren (13-20% der Kinder), die ein fünfzigprozentiges Risiko für eine Sprachentwicklungsstörung im Alter von 3-4 aufweisen. Diese Gruppe von Kindern hat wiederum ein hohes Risiko für die Manifestation einer Lese- und Rechtschreibstörung in der Primarstufe.

- d) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

Darüber hinaus sollte im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen dem Bereich der Kindesmisshandlung und Vernachlässigung verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt werden. Kindesmisshandlung ist zwar nicht als eigene Erkrankung zu konzeptualisieren, zu dessen regelmäßigen Konsequenzen sind jedoch neben den rein somatischen Verletzungsfolgen und Erscheinungen einer Mangelversorgung eine Vielzahl psychischer Störungen und sozio-emotionaler Verhaltensauffälligkeiten zu zählen, die mit einem erheblichen seelischen Leiden und hinsichtlich der psychischen Gesundheit mit einer ungünstigen Prognose verknüpft sind (Cicchetti & Toth, 2005). Sehr konservative Schätzungen zur Prävalenz von Kindesmissbrauch und Vernachlässigung in den USA, die ausschließlich auf angezeigten und von Behörden bestätigten Misshandlungsfällen beruhen, belaufen sich auf 1,23%, wobei die unter 3-Jährigen mit 1,6% das größte Risiko aufwiesen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Dunkelziffer von Kindesmisshandlungen weit höher anzusetzen ist.

Nach einer etwas älteren retrospektiv angelegten Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen sind in Deutschland circa 150.000 Kinder pro Jahr von körperlicher Kindesmisshandlung durch die Eltern betroffen (Wetzels,

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

1997). Laut der Polizeilichen Kriminalstatistik wurden darüber hinaus im Jahr 2004 in Deutschland insgesamt 15255 Fälle von sexuellem Missbrauch von Kindern erfasst. Während im Hellfeld der Verwandtenanteil unter den Tatverdächtigen lediglich 16,7% betrug, ist für das sehr viel größere Dunkelfeld von einer Struktur enger Opfer-Täter-Beziehungen auszugehen (Bundesministerium des Inneren, 2005). Laut Schätzungen aus den USA werden 80% der Kindesmisshandlungen von einem Elternteil begangen (Administration on Children Youth and Families, 2005). Grobe Schätzungen zur Größe des Dunkelfeldes lassen sich unter anderem aus populationsbasierten retrospektiven Studien zur Prävalenz von sexuellem Missbrauch in der Kindheit ableiten. Verschiedene Studien aus dem angloamerikanischen Bereich kommen zu Schätzungen der Prävalenzraten, die bezogen auf den sexuellem Missbrauch in der Kindheit bei Frauen zwischen 13-32% und bei Männern 4-14% schwanken (Briere & Elliott, 2003; MacMillan et al., 1997; Vogeltanz et al., 1999).

2. Welche Therapien sind bei der von Ihnen genannten Erkrankung in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt? Welche Faktoren beeinflussen ggf. eine wirksame Therapie?

a) Hyperkinetische Störungen:

- Als psychotherapeutische Behandlungsansätze haben sich insbesondere multimodale psychotherapeutische Interventionen bewährt, häufig bestehend aus einer Kombination einer psychotherapeutischen Behandlung der Kinder mit einem Elterntaining (Fehlings, Roberts, Humphries & Dawe, 1991; Lauth, Naumann, Roggenkamper & Heine, 1996), insbesondere bei sehr jungen Kindern auch als reine Elterntainings (Sonuga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury & Weeks, 2001). Wirksamkeitsnachweise liegen auch für die psychotherapeutische Behandlung von ADHS-Kinder mit weiteren komorbiden psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten vor (Farmer, Compton, Bums & Robertson, 2002; Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs & Algina, 1998; Smith, Waschbusch, Willoughby & Evans, 2000)
- hinsichtlich der Pharmakotherapie ist die Psychostimulans Methylphenidat das am beste untersuchte und wirksamste zur Verfügung stehende Therapeutikum (Abikoff et al., 2004; Whalen, 2001). Vor Einleitung einer entsprechenden pharmakologischen Behandlung ist eine qualifizierte Indikationsstellung erforderlich. Diese erfordert unter anderem eine Sicherung der Diagnosestellung mittels einer Mehrebenendiagnostik. Hierbei sind insbesondere eine strukturierte Anamnese der Eltern, der Erzieher bzw. Lehrer sowie bei älteren Kindern auch Eigenanamnese, die Verwendung von Fragebögen und Schätzskaalen für Eltern und falls möglich weiteren Bezugspersonen (ErzieherInnen/LehrerInnen), die Einschätzung des Kindes in der klinischen Untersuchungssituation mittels standardisierten Schätzskaalen sowie gegebenenfalls Verhaltensbeobachtungen in relevanten/betroffenen Lebenssituationen vorzunehmen. Daneben kommt testpsychologischen Verfahren zur Intelligenzdiagnostik sowie zur Diagnostik von Teilleistungsschwächen eine wichtige Funktion zu. Vor dem Hintergrund der höchsten Zuwachsraten für Ritalin® (von 1990 bis 2001) im Verkauf von

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BptK)

Medikamenten des Betäubungsmittelgesetzes sind hier gesonderte Maßnahmen der Qualitätssicherung geboten.

- Darüber hinaus liegen evidenzbasierte Intervention der universellen Prävention (z.B. Triple P) wie auch der indizierten Prävention (z.B. PEP) vor, die zur Vermeidung dieser externalisierenden Verhaltensstörungen und deren Frühsymptome geeignet sind (Sanders, M. R., 1999; Wolff Metternich et al., 2002).

b) Störungen des Sozialverhaltens

- Die Effektivität selektiver bzw. indizierter Präventionsprogramme bei Kindern aus Risikofamilien konnte im Rahmen von RCT-Studien u.a. hinsichtlich der Prävalenz psychischer Störungen und externalisierenden Verhaltensproblemen (impliziert auch Vorläufer der Hyperkinetischen Störungen) nachgewiesen werden (Sanders, M. R., Markie-Dadds, Tully & Bor, 2000; Wolchik et al., 2002). Für den deutschsprachigen Raum liegen u.a. für das Präventionsprogramm für expansives Problemverhalten (PEP) Wirksamkeitsnachweise vor (Wolff Metternich et al., 2002).
- Die Wirksamkeit multimodaler psychotherapeutischer Behandlungen bei Kinder mit bereits eingetretenen Störungen des Sozialverhaltens ist in RCT-Studien, quasi-experimentellen Studien, Meta-Analysen und Übersichtsarbeiten zahlreich dokumentiert (Brestan & Eyberg, 1998; Farmer et al., 2002; Nixon, Sweeney, Erickson & Touyz, 2003; Sanders, M. R., 1999; Scott, Spender, Doolan, Jacobs & Aspland, 2001; Searight, Rottnek & Abby, 2001; Serketich & Dumas, 1996).

c) Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache / Lese- und Rechtschreibstörung

- Für den Bereich der Prävention von Lese- und Rechtschreibstörung liegen für den deutschsprachigen Raum erste Hinweise auf die Effektivität gezielter präventiver Programme bei Risikogruppen im Vorschulalter vor (Schneider, Ennemoser, Roth & Kuspert, 1999). Exemplarisch sei an dieser Stelle das Präventionsprogramm „Hören, lauschen, lernen“ genannt, das aus zwei Komponenten besteht, einem phonologischen Bewusstheitstraining mit sechs phonologischen Übungseinheiten (Küspert & Schneider, 2000), sowie einem Buchstaben-Laut-Training (Plume & Schneider, 2004).
- Für den Bereich der Therapie einer Lese- und Rechtschreibstörung wurde eine Reihe von Interventionsprogrammen entwickelt und einer empirischen Effektivitätsprüfung unterzogen, die sich auf verschiedene Settings und den Erwerb verschiedener Kompetenzen der Schriftsprache beziehen. Exemplarisch sei hier auf die „psycholinguistische Lese- und Rechtschreibförderung“ verwiesen (Grissemann, 1998), die speziell für den klinisch-sonderpädagogischen Bereich entwickelt wurde, sowie die lautgetreue Rechtschreibförderung von Reuther-Liehr (2001), die sich an einem kognitiven Behandlungsansatz orientiert und dessen längerfristige Wirksamkeit im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe an drei verschiedenen Kohorten belegt wurde.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

d) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

- Die meisten kontrollierten Studien zur Prävention von Kindesmisshandlung kommen aus dem angloamerikanischen Raum. Hier liegen neben den psychoedukativ ausgerichteten Interventionen im Rahmen von „home visitations“ insbesondere für die Kind-Eltern-Psychotherapie, welche auf der Basis der Bindungstheorie entwickelt wurde, Wirksamkeitsnachweise vor (Cicchetti & Toth, 2005).
- Auch für bereits wegen Kindesmisshandlung auffällig gewordene Eltern existieren wirksame psychotherapeutische Behandlungsansätze. Beispielsweise führte eine für diese Problemfamilien spezifisch entwickelte Eltern-Kind-Interaktionstherapie zu einer deutlichen Reduktion der Wahrscheinlichkeit erneuter physischer Misshandlungen (Chaffin et al., 2004). In Meta-Analysen zu psychotherapeutischen Interventionen bei Kindesmisshandlung konnte sowohl die Wirksamkeit von Intervention mit Kindern und Eltern auf das erneute Auftreten von Kindesmisshandlungen als auch die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern hinsichtlich einer Verringerung der psychischen Folgen der Misshandlungen gezeigt werden (Reeker, Ensing & Elliott, 1997; Skowron & Reineman, 2005). Hierbei zeigen sich erste Hinweise, dass länger andauernde Behandlungen (ein Jahr und länger) mit deutlich besseren Ergebnissen assoziiert sind.

3. Wie ist der natürliche Verlauf der Erkrankung? In welchem Krankheitsstadium und mit welchem Erfassungsgrad wird derzeit diese Erkrankung diagnostiziert und mit welchem Ergebnis therapiert?

a) Hyperkinetische Störungen:

Bereits bei Kleinkindern sind gehäuft Vorläufer der hyperkinetischen Symptome zu beobachten, die sich jedoch zumeist erst unter dem Einfluss weiterer Risikofaktoren und der Etablierung negativer Eltern-Kind-Interaktionen zu einem psychopathologischen Schweregrad ausbilden (Döpfner, 2003). Im Alter von 3 Jahren fallen bereits die meisten Kinder durch Überaktivität, eine geringe Aufmerksamkeitsspanne und oppositionelles Verhalten auf. Dabei sind die Symptome der motorische Unruhe und extremer Umtriebigkeit besonders prominent. Bei einer Vielzahl der Kinder persistieren die Beschwerden bis in das Grundschulalter, insbesondere wenn neben der Hyperaktivität eine erhöhte Aggressivität der Kinder sowie negativ-kontrollierende Eltern-Kind-Interaktionen feststellbar sind (Campbell & Ewing, 1990; Campbell, Ewing, Breaux & Szumowski, 1986). Im Kontext der Anforderung von Schulsituationen kommt es bei vielen der betroffenen Kinder im Grundschulalter zu einer deutlichen Intensivierung der Symptomatik, mit kurzer Aufmerksamkeitsspanne, oppositionellem Verhalten und motorischer Überaktivität. Vielfach treten Beziehungsstörungen zu Gleichaltrigen hinzu (Döpfner, 2003). Die Stabilität der Störung über das Grundschulalter hinweg wird auf 60-70% geschätzt. Im Jugendalter reduzieren sich die Symptome der motorischen Unruhe meist wesentlich, während die Symptome der Aufmerksamkeitsstörungen persistieren. Die Schätzungen zur Stabilität der

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

hyperkinetischen Störungen im Jugendalter schwanken dabei zwischen 30% bis 70% (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1991).

Follow-up-Untersuchungen mit Erwachsenen, bei denen im Kindesalter eine hyperkinetische Störung diagnostiziert worden war, weisen darauf hin, dass sich die Verhaltensprobleme vielfach bis ins Erwachsenenalter vorsetzen. Das psychische Wohlbefinden, die exekutiven Funktionen, die soziale Einbindung sowie der Beschäftigungsstatus sind reduziert (Fischer, Barkley, Smallish & Fletcher, 2005). Zusätzlich lässt sich ein spezifisches Risiko für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeit, von Suchterkrankungen und Drogenmissbrauch sowie Straffälligkeit feststellen (Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2004). Die Dokumentationen der bisherigen Früherkennungsuntersuchungen von Verhaltensauffälligkeiten (z.B. 0,173% zur U8 bzw. 0,199% zur U9), unter denen die Symptome der hyperkinetischen Störungen zu subsumieren sind, weisen auf eine erhebliche Unterdiagnostik und vermutlich verzögerte bzw. unterbliebene Behandlung der betroffenen Kinder hin. Aufgrund der Defizite in der Versorgungsforschung in Deutschland lassen sich nach unserer Kenntnis derzeit keine validen Schätzungen hinsichtlich der Erkennensrate hyperkinetischer Störungen unabhängig von den Früherkennungsuntersuchungen sowie der Behandlungsergebnisse bei den therapierten und nicht therapierten Kindern vornehmen.

b) Störungen des Sozialverhaltens

Im Vorschulalter und frühen Grundschulalter treten Störungen des Sozialverhaltens in ihrem klinischen Vollbild eher selten auf. In diesem Alter sind vielmehr Frühsymptome der Störungen des Sozialverhaltens wie Aggressivität, Wutausbrüche und oppositionelles Verhalten relevant, die Risikofaktoren für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens darstellen. Nach Manifestation einer entsprechenden Störung im Grundschulalter zeigt sich eine deutlich Persistenz der Symptomatik, was auf die Relevanz frühzeitiger (indiziert präventiver) Interventionen hinweist. In der Mannheimer Längsschnittstudie waren von den 8-jährigen Kindern (ausschließlich Jungen) mit dissozialem Verhalten 91% im Alter von 13 Jahren weiter psychisch auffällig, die meisten davon als dissozial. Im Alter von 18 bzw. 25 Jahren waren noch 55% psychisch auffällig, weiterhin die meisten mit dissozialen Störungen (Schmidt, 1998).

Im Rahmen der bisherigen Früherkennungsuntersuchungen weisen die existierenden Daten zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten (z.B. 0,173% zur U8 bzw. 0,199% zur U9), unter denen die Störungen des Sozialverhalten zu klassifizieren sind, auf eine erhebliche Unterdiagnostik und vermutlich verzögerte bzw. unterbliebene Behandlung der betroffenen Kinder hin. Aufgrund der Defizite in der Versorgungsforschung in Deutschland lassen sich nach unserer Kenntnis derzeit keine validen Schätzungen hinsichtlich der Erkennensrate von Störungen des Sozialverhaltens unabhängig von den Früherkennungsuntersuchungen sowie der Behandlungsergebnisse bei den therapierten und nicht-therapierten Kindern vornehmen.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

- c) Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80) / Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0)

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache sowie Lese- und Rechtschreibstörungen sind ausgesprochen stabil. Kinder, die im Grundschulalter wegen schwacher Lese- und Rechtschreibleistungen auffällig werden, erreichen vielfach mit Ende der Pflichtschulzeit lediglich den Entwicklungsstand mittelguter Schüler der 1. und 2. Grundschulklasse (Warnke et al., 2004).

Die Erkennensraten für Sprach- und Sprechstörungen im Rahmen der bisherigen Früherkennungsuntersuchungen (z.B. 1% zur U8 bzw. U9) weist auf eine Unterdiagnostik dieses Störungsbereichs hin. Viele dieser umschriebenen Entwicklungsstörungen werden erst im Verlauf der Grundschulzeit auffällig, wenn bereits massive Leistungsdefizite aufgetreten sind und bei vielen der betroffenen Kinder eine soziale Desintegration eingesetzt hat. In circa 30% der Fälle sind diese Auffälligkeiten gepaart mit Störungen der Aufmerksamkeitsleistung, was wiederum mit einer schlechteren Prognose assoziiert ist.

- d) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

Daten aus den USA weisen darauf hin, dass für Kinder unter 4 Jahren das höchste Risiko für tödliche Folgen von Kindesmisshandlungen besteht (National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, 2004). Von den für das Jahr 2002 geschätzten 1400 Fällen von Kindesmisshandlungen mit tödlichem Ausgang in den USA entfallen 76% auf die Kinder unter 4 Jahren. Kinder unter einem Jahr sind dabei mit 41% besonders stark betroffen. Zugleich weisen aktuelle Studien daraufhin, dass vermutlich 50 bis 60% der Todesfälle aufgrund von Misshandlung oder Vernachlässigung in den offiziellen Statistiken nicht erfasst werden (Crume, DiGuseppi, Byers, Sirotnak & Garrett, 2002).

Die überlebenden Kinder, die Misshandlung oder Vernachlässigung erfahren, weisen zusätzlich zu den körperlichen Folgen von Verletzungen häufig schwerwiegende psychische, emotionale, kognitive und Verhaltensstörungen auf (Myers, Briere, Berliner, Hendrix & Reid, 2002). Kinder, die missbraucht oder misshandelt wurden, haben ein deutlich erhöhtes Risiko für eine verlangsamte kognitive Entwicklung und eine geringe schulische Bildung (Margolin & Gordis, 2000). Hinsichtlich der emotionalen und psychischen Konsequenzen von Misshandlung treten erhöhte Aggressivität und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993) wie auch internalisierende psychische Störungen, wie Depression und Posttraumatische Belastung (Calam, Horne, Glasgow & Cox, 1998), oder Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörung (McLean & Gallop, 2003), gehäuft auf. Die Schwere und Dauer der Misshandlung und Vernachlässigung haben dabei einen wesentlichen Einfluss auf die Schwere der resultierenden Beeinträchtigung sowie den Verlauf und Erfolg einer Behandlung (Skowron & Reineman, 2005).

Die Folgen von Misshandlung und Missbrauch in der Kindheit erstrecken sich dabei bis weit in das Erwachsenenalter, sowohl hinsichtlich der psychischen als auch der körperlichen Gesundheit (Sachs-Ericsson, Blazer, Plant & Arnow, 2005). Auch hier

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

ist von einer defizitären Detektionsrate von Kindesmisshandlung, Kindesmissbrauch und Vernachlässigung auszugehen, die zu einer Fortsetzung der Traumatisierungen führt und sich entsprechend negativ auf die soziale Einbindung, die gesamte psychische Entwicklung sowie auf die Prognose bei einer späteren Therapie auswirkt.

4. Welche Folgen resultieren mit welcher Häufigkeit aus einer unbehandelten oder spät diagnostizierten oder therapierten Erkrankung und wie ist der Vorteil einer frühen gegenüber einer späten Therapie belegt?

a) Hyperkinetische Störungen:

Persistierende hyperkinetische Störungen sind im Vergleich zu erfolgreichen Behandlungen mit schlechteren schulischen Abschlüssen bzw. gehäuften Schulabbrüchen sowie Beeinträchtigungen hinsichtlich der späteren beruflichen Teilhabe assoziiert (Döpfner, 2003). Im Zuge der Verhaltensauffälligkeiten kommt es bereits in der Grundschule gehäuft zu Störungen in den Beziehungen zu Gleichaltrigen. Bei circa 40% der Kinder mit einer hyperkinetischen Störung entwickelt im weiteren Verlauf eine dissoziale Störung verbunden mit Delinquenz, Suchterkrankungen und Beziehungsstörungen (Barkley et al., 1991; Barkley et al., 2004). Randomisiert kontrollierte Studien oder quasi-experimentelle Studien zum Vergleich einer frühen mit einer späten Therapie der hyperkinetischen Störung sind uns nicht bekannt. Verschiedene Studien lassen jedoch den Schluss zu, dass frühzeitige Interventionen eher in der Lage sind, präventiv den negativen schulischen Entwicklungen, der sozialen Desintegration und den sonstigen Folgeerscheinungen einer hyperkinetischen Störung entgegen zu wirken als dies bei bereits chronifizierten, durch Folgeprobleme überlagerten Krankheitsverläufen der Fall ist.

b) Störungen des Sozialverhaltens

Unbehandelte Störungen des Sozialverhaltens weisen in der Regel eine starke Tendenz zur Chronifizierung und Aggravation auf. Damit verbunden sind u.a. ein erhöhtes Risiko für eine weitere soziale Desintegration, Delinquenz und Substanzmissbrauch (Schaeffer, Petras, Ialongo, Poduska & Kellam, 2003). Dabei ist die Behandlungsprognose bei einer frühzeitigen Intervention, bevor sich ein Teufelskreis aus negativen Interaktionen, inkonsequenten und strafenden Erziehungsverhalten und enthemmten, dissozialen Verhaltensweisen des Kindes etabliert hat, als deutlich günstiger einzuschätzen.

c) Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80) / Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0)

Bei einer Vielzahl von betroffenen Kindern mit einer Lese- und Rechtschreibstörung kommt es zu keinem erfolgreichen Besuch der Sekundarstufe, obwohl die non-

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

verbale Intelligenz dieser Kinder im unauffälligen Bereich liegt (Haffner et al., 1998). Längerfristig ist die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe der Betroffenen nachhaltig beeinträchtigt. In einer längsschnittlichen epidemiologischen Studie wiesen Kinder, bei denen im Grundschulalter eine Lese- und Rechtschreibstörung diagnostiziert worden war, im Alter von 25 Jahren eine schlechtere Schulbildung aus und waren häufiger arbeitslos (Esser, Wyschkon & Schmidt, 2002). Darüber hinaus sind unbehandelte bzw. nicht erfolgreich kompensierte Lese- und Rechtschreibstörungen im Grundschulalter mit einem erhöhten Risiko für weitere psychische Störungen assoziiert.

d) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

Eine späte Identifikation von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung und ein Unterbleiben von Interventionen führt regelhaft mit einer Fortsetzung der körperlich und seelisch traumatisierenden zumeist innerfamiliären Ereignisse. Neben dem unmittelbar erhöhten Risiko tödlicher Misshandlungsfolgen (z.B. infolge eines Schütteltraumas) sind fortgesetzte Traumatisierungen mit einem stärkeren Ausmaß an psychopathologischer Symptomatik und Entwicklungsstörungen verknüpft. Hinsichtlich einer differenzierteren Beschreibung der Folgen einer späten bzw. fehlenden Identifikation sowie Behandlung verweisen wir auf die Ausführungen unter Frage B 3. Studien, die früh eingeleitete Interventionen und Behandlungen unter kontrollierten Bedingungen mit einer späteren Therapie vergleichen würden, verbieten sich allein aus ethischen sowie strafrechtlichen Gründen.

5. Welches Ziel soll mit der Früherkennungsuntersuchung erreicht werden?

Ziel ist die Identifikation von Kindern mit einer der genannten Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen im Frühstadium, mit einer sich daran anschließenden differenzialdiagnostischen Abklärung (gegebenenfalls fachärztlich bzw. durch einen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten). Im nächsten Schritt sollen die beschriebenen geeigneten Maßnahmen und Behandlungen vom untersuchenden Arzt eingeleitet bzw. angeregt werden, die u.a. eine Verbesserung der Verhaltensprobleme, eine Verbesserung bzw. den Erhalt der Teilhabe der Kinder in Schule, Familie und Freizeit sowie ein funktionaleres Erziehungsverhalten auf Seiten der Eltern zum Ziel haben. Dem Pädiater kommt in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle im Fallmanagement, an der Schnittstelle zum SGB VIII inklusive gegebenenfalls indizierter Fallkonferenzen sowie bei der weiteren Koordination der erforderlichen Maßnahmen, zu.

In Bezug auf den Bereich der Kindesmisshandlung und Vernachlässigung zielt die Früherkennungsuntersuchung auf eine Frühintervention in den Familien, zur Verhinderung (weiterer) Traumatisierung und Verbesserung der psychosozialen Rahmenbedingungen.

Übergreifendes Ziel der Früherkennungsuntersuchungen sind somit die Reduktion der Prävalenzraten von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen mittels geeigneter präventiver Maßnahmen sowie die frühzeitige Heilung und Linderung

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

krankheitswertiger psychischer Störungen und die Verbesserung der Teilhabe und der Lebensqualität der betroffenen Kinder.

6. Sind Vor- oder Frühstadien der von Ihnen genannten Erkrankung durch eine Früherkennungsuntersuchung erfassbar?

Untersuchungen im Rahmen der longitudinal angelegten Fast Track Studie in den USA konnten zeigen, dass sich externalisierende Verhaltensauffälligkeiten und Delinquenz in der 4. bzw. 5. Klasse effektiv auf der Basis von Ratings einzelner oder mehrerer Bezugspersonen in der 1. Klasse vorhersagen lassen und für indizierte Präventionsmaßnahmen sinnvoll genutzt werden können (Hill, Coie, Lochman & Greenberg, 2004). Darüber hinaus lassen sich aber bereits im Alter von 2 Jahren, zu einem Zeitpunkt, zu dem in der Regel noch keine Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens gestellt werden kann, Frühstadien dieser Störungen und Risikofaktoren für ein Persistieren dissozialer Verhaltensweisen im Rahmen von Fremdanamnesen und Verhaltensbeobachtungen identifizieren (Shaw, Gilliom, Ingoldsby & Nagin, 2003). Im Rahmen der MARS-Studie, einer prospektiven Längsschnittstudie an 362 Kindern mit unterschiedlichen organischen und psychosozialen Risikobelastungen, konnte gezeigt werden, dass sich Vorläufer späterer Störungen sogar bereits in spezifischen dysfunktionalen Interaktionsmustern der Mutter-Kind-Interaktion im frühen Säuglingsalter manifestieren (Laucht, Esser & Schmidt, 2000a). Kinder mit multiplen psychosozialen Risiken in der frühen Entwicklungsphase sind dabei besonders gefährdet, längerfristig eine persistierende psychische Störung zu entwickeln (Laucht, Esser et al., 2000b).

Bezogen auf die umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache sowie der Lese- und Rechtschreibstörung lassen sich Risikogruppen von Kindern auf der Basis von Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung in der frühen Kindheit identifizieren. Als Frühsymptomatik ist die verzögerte Sprachentwicklung bei der Gruppe der „late-talkers“ im Alter von 2 Jahren zu betrachten. Diese Gruppe von Kindern weist ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Sprachentwicklungsstörung auf. Im Alter von 3 bis 4 Jahren sind im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung weitere Manifestationen einer einsetzenden umschriebenen Entwicklungsstörung im Rahmen eines systematischen Screenings identifizierbar.

Die Prävention von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung stellt demgegenüber einen besonderen Bereich dar. Hier können zum einen Familien mit einer besonderen Risikokonstellation für Kindesmisshandlungen frühzeitig identifiziert werden. Dabei bieten sich je nach lokaler Angebotsstruktur insbesondere Maßnahmen der selektiven Prävention an, die sich an die Eltern mit entsprechenden psychosozialen Risiken richten. Neben den Merkmalen, welche für eine Risikoabschätzung und präventive Interventionen nutzbar sind, kommt der Erfassung von Anzeichen für eine Kindesmisshandlung, wie sie zum Teil bereits in der aktuellen Fassung der Früherkennungsuntersuchung (z.B. Haut: Hämatome) vorgesehen ist, eine besondere Bedeutung zu.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

- 7. Welche diagnostische Maßnahme (oder welche Kombination) ist für eine Früherkennungsuntersuchung geeignet, in welchen Altersgrenzen und ggf. in welchem Wiederholungsintervall soll welche Untersuchung durchgeführt werden? Bitte geben Sie zu der/dem von Ihnen empfohlenen Früherkennungsuntersuchung/Test möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit in Abhängigkeit vom Untersuchungsalter.**

Eine standardisierte Befunderhebung im Sinne strukturierter Interviewleitfäden und standardisierten, differenzierten Dokumentationen kann für alle Früherkennungsuntersuchungen in allen Altersgruppen sinnvoll implementiert werden. Zusätzlich hierzu sollte mit der Früherkennungsuntersuchung um das Alter von drei Jahren zwischen der derzeitigen U7 und der U8 erstmalig ein psychometrisches Screening auf Verhaltensauffälligkeiten (z.B. mit dem SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire) in der Fremdeinschätzung durch die Eltern und die ErzieherInnen bzw. LehrerInnen implementiert werden. Für den SDQ im Mehrperspektiveneinsatz (Eltern, Lehrer, Selbsteinschätzung bei älteren Kindern) werden eine Spezifität von 80% und eine Sensitivität von 85% angegeben (Goodman, Ford, Corbin & Meltzer, 2004). Hierbei erbringt die Selbsteinschätzung bei älteren Kindern im Gegensatz zu den anderen Perspektiven keinen zusätzlichen Gewinn für die Vorhersage einer Verhaltensstörung.

Eine standardisierte Befunderhebung bzw. Untersuchung der Sprachentwicklung sollte bereits ab einem Jahr beginnen (u.a. expressive Sprachentwicklung: Kombination von zwei Silben). Daran sollte sich eine strukturierte Analyse des Wortschatzes und des Sprachverständnisses mit circa 2 Jahren anschließen. Im letzten Kindergartenjahr sollte in die Früherkennungsuntersuchung (U9) ein Screening von Frühzeichen einer Lese-Rechtschreibstörung, beispielsweise mittels des Bielefelder Screening-Verfahrens, eingefügt werden (Jansen, Mannhaupt, Marx & Skowronek, 2002).

Während die vorgeschlagenen psychometrischen Screeningverfahren vollstandardisiert sind, sind andere empfohlene Bestandteile der Früherkennungsuntersuchungen zur Identifikation von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen zumeist als halbstandardisierte Verfahren einzuordnen. Für einige Bereiche, wie zum Beispiel für Teile der Erhebungen zu Risikofaktoren steht eine Entwicklung eines einheitlichen Instruments und dessen Evaluation noch aus. Dieses könnte im Rahmen von gezielten Modellprojekten geschehen. Sofern möglich sollten hierbei Ergebnisse aus einzelnen publizierten sowie bislang unveröffentlichten Modellprojekten im Kontext der Früherkennungsuntersuchungen bzw. der Einschulungsuntersuchungen Berücksichtigung finden.

- 8. Welcher Nutzen resultiert für die von Ihnen vorgeschlagene Untersuchung für welche Zielgruppe und wie lässt sich dieser Nutzen quantifizieren (z.B. auch Angaben zur Lebensqualität).**

Der Nutzen der Früherkennung der beispielhaft genannten psychischen und Entwicklungsstörungen ist abhängig von der Einleitung und Akzeptanz evidenzbasierter präventiver oder therapeutischer Interventionen. In Bezug auf die Wirksamkeitsnachweise sei an dieser Stelle auf diejenigen Studien verwiesen, die

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BptK)

bereits unter Frage B 2 aufgeführt wurden. Die Wirksamkeit der Interventionen ist auf unterschiedlichen Dimensionen des Outcome belegt und umfasst in unterschiedlicher Gewichtung die Reduktion psychopathologischer Symptome, die Vermeidung von Chronifizierungen sowie die Entwicklung komorbider psychischer Störungen, eine Verbesserung der kognitiven und schulischen Leistungsfähigkeit, eine Steigerung der sozialen Einbindung und die Verbesserung der Lebensqualität. Eine detaillierte Auflistung des quantifizierbaren Nutzens auf den einzelnen Dimensionen des Outcomes für die verschiedenen vorgeschlagenen Maßnahmen würde dabei den Rahmen dieser Stellungnahme übersteigen.

9. Welche negativen Folgen sind durch die Früherkennungsuntersuchung zu erwarten und welche Bedeutung messen Sie ihnen bei (z.B. falsch positive/negative Befunde, Belastung durch Abklärungsdiagnostik)?

Bei qualifizierter Durchführung werden keine negativen Folgen durch die Früherkennungsuntersuchung erwartet. Zu beachten sind allerdings eine qualifizierte Diagnosestellung im Rahmen der Abklärungsdiagnostik, um Fehlbehandlung zu vermeiden, sowie eine patienten- bzw. elterngerechte Vermittlung der Untersuchungsergebnisse und der empfohlenen Interventionen zur Vermeidung von Stigmatisierung der Kinder wie der Eltern.

10. Vorgehen bei auffälligem Untersuchungsergebnis: Welche diagnostischen Verfahren sind allein oder in Kombination zum eindeutigen Nachweis (Abklärungsdiagnostik auffälliger Patienten) geeignet? Bitte geben Sie zu der von Ihnen empfohlenen Abklärungsuntersuchung möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit an.

a) Hyperkinetische Störungen:

Zur Abklärung der Diagnose einer Hyperkinetischen Störungen sind insbesondere strukturierte klinische Interviews und Fragebogenerhebungen in der Regel mit mehreren betreuenden Personen (Eltern und ErzieherInnen) geeignet, wie beispielsweise die ADHD-Sektion des „Diagnostic Interview Schedule for Children“ (McGrath, Handwerk, Armstrong, Lucas & Friman, 2004) oder das Kinder-Diagnostik-System 1 (KIDS 1) für Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (Döpfner, Lehmkuhl & Steinhausen, in Vorbereitung), welche auch die erforderliche standardisierte Erfassung der Verhaltensweisen bzw. der Symptomatik in der klinischen Untersuchungssituation erlauben (Graetz, Sawyer, Hazell, Arney & Baghurst, 2001). Unserer Kenntnis nach liegen derzeit keine Studien vor, aus denen sich verlässliche Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität oder der Interrater-Übereinstimmung dieser Mehrebenen-Diagnostik ableiten lassen.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

b) Störungen des Sozialverhaltens

Wie bei den hyperkinetischen Störungen ist für die Abklärungsdiagnostik beim Verdacht einer Störung des Sozialverhaltens eine Mehrebenenendiagnostik unter Einbeziehung möglichst mehrerer Betreuungspersonen und der Verwendung standardisierter klinischer Interview oder Schätzskalen sowie die standardisierte Erfassung des Verhaltens in der klinischen Situation erforderlich (z.B. mittels des diagnostischen Systems DISYPS-KJ (Döpfner & Lehmkuhl, 1997; 2000) oder KIDS 2 für aggressiv-dissoziale Störungen (Döpfner & Görtz, in Vorbereitung)). Auch hierzu sind uns derzeit keine Studien bekannt, aus denen sich verlässliche Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität oder der Interrater-Übereinstimmung der resultierenden Mehrebenenendiagnostik ableiten ließen.

c) Umschriebene Entwicklungsstörung der Sprache und des Sprechens / Lese- und Rechtschreibstörung

Für das Vorschulalter eignet sich u.a. das Bielefelder Screening-Verfahren (BISC) und ist nach Ausschluss anderer psychischer bzw. Entwicklungsstörungen (u.a. tiefgreifende Entwicklungsstörung, ADHS) für die Indikationsstellung zu präventiven Interventionen ausreichend (Jansen et al., 2002; Warnke et al., 2004). Für die Vorhersage der Lese- und Rechtschreibleistung in der 2. Grundschulklasse auf der Grundlage des BISC im Jahr vor der Einschulung ließ sich ein positiver prädiktiver Wert von 0.77 und ein negativer prädiktiver Wert von 0.89 ermitteln (Marx, Jansen & Skowronek, 2000). Die Sensitivität des Tests von 60% weist jedoch auch auf die Bedeutung eines fortgesetzten Screening nach der Einschulung hin. Als Screeningverfahren in der Altersgruppe der 3- 5 jährigen hat sich zudem das Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV) von Grimm, Aktas & Kießig (2003) bewährt. Die Angaben zu den Kennwerten Sensitivität und Spezifität des Screenings in den verschiedenen Altersstufen schwanken zwischen 80% und 97%.

Für die Diagnosestellung einer Lese- und Rechtschreibstörung bzw. einer isolierten Rechtschreibstörung sind im Kontext einer multimodaler Diagnostik insbesondere testpsychologische Verfahren zur Diagnostik der Grundintelligenz (z.B. Coloured Progressive Matrizen-Test – CPM (Raven, Bulheller & Häcker, 2002), die Kaufman Assessment Battery for Children (Kaufman, Kaufman, Melchers & Preuß, 2001) oder den Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Kinder III - HAWIK-III (Tewes, P. & Schallberger, 2000), Lesetests (z.B. den Züricher Lesetest – ZLT (Grissemann, 1996)) und Rechtschreibtests (z.B. die Diagnostischen Rechtschreibtests DRT 1 und DRT 2 (Müller, 2003a, 2003b) sowie spezifische Leistungstests zum Sprachverständnis, zur mathematischen Kompetenz und zur Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung zu verwenden.

d) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

Die Abklärungsdiagnostik ist in diesen Fällen unter anderem in Abhängigkeit von der Art, des Kontextes und den Manifestationen der Kindesmisshandlungen sowie

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BptK)

des Untersuchungskontextes unterschiedlich auszugestalten und lässt sich in seiner Gesamtheit nur begrenzt standardisieren. Auf eine weitere Beschreibung der diagnostischen Zugänge wird daher an dieser Stelle verzichtet.

11. Sind diese diagnostischen Verfahren standardisiert und welche Art der Durchführung gilt derzeit als Goldstandard?

Bei den etablierten strukturierten klinischen Interviews, den klinischen Schätzskalen sowie den psychometrischen Screeningverfahren handelt es sich um halbstandardisierte bzw. vollstandardisierte Verfahren. Als Goldstandard der Differential- bzw. Abklärungsdiagnostik bei Hyperkinetischen Störungen und der Störungen des Sozialverhaltens kann die Mehrebenenendiagnostik betrachtet werden, die mit standardisierten und halbstandardisierten Verfahren die verschiedenen Beobachtungsperspektiven (Eltern, ErzieherInnen, Arzt/Therapeut) in der natürlichen Lebensumgebung des Kindes sowie in der klinischen Untersuchungssituation zusammenführt. Idealerweise würde diese Diagnostik um eine systematische Verhaltensbeobachtung mit geschulten Ratern in natürlichen Lebenssituationen ergänzt. Dies wird jedoch aus ökonomischen Gründen fast ausschließlich in Forschungssettings realisiert.

Für die Diagnostik einer Lese- und Rechtschreibstörung sowie einer isolierten Rechtschreibstörungen sind neben den oben genannten Eltern- und Lehrerfragebögen zur Erfassung bzw. Ausschluss von komorbiden emotionalen Störungen und Verhaltensproblemen zum einen testpsychologische Untersuchungen der Lese-Rechtschreibentwicklung mittels standardisierter Lese- und Rechtschreibtests sowie testpsychologische Untersuchungen des Intelligenzniveaus obligatorisch. Diese testpsychologischen Verfahren sind per definitionem standardisiert.

12. Sind in Deutschland genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden, um die Früherkennungsuntersuchung, die ggf. erforderliche Abklärungsdiagnostik und ggf. erforderliche Therapie durchzuführen?

Da Früherkennungsuntersuchung wie bisher als Bestandteil der Tätigkeit der Kinder- und Jugendärzte zu konzipieren ist, kann derzeit von einer hinreichenden Zahl an qualifizierten Ärzten ausgegangen werden. Bezüglich der erforderlichen Abklärungsdiagnostik gehen wir davon aus, dass diese im Kern von einigen spezifisch qualifizierten Kinder- und Jugendlichen-ÄrztInnen, von Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen sowie von Kinder- und Jugendlichen-PsychiaterInnen durchzuführen ist. Nach unserer Einschätzung ist die Anzahl der genannten niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten für den diesen Aufgabenbereich in vielen Regionen Deutschlands noch ausreichend. Auf der Ebene der präventiven Interventionen wie auch der psychotherapeutischen Behandlungsangebote muss nach gegenwärtigem Kenntnisstand jedoch von zahlreichen Versorgungsdefiziten ausgegangen werden (Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, Manuskript eingereicht).

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

13. Welche Qualitätsvorgaben (z.B. fachlich/personell/apparativ, Durchführung, Dokumentation und Evaluation, Bewertung der Ergebnisqualität) halten Sie für die Früherkennungsuntersuchung für erforderlich?

Für alle Früherkennungsuntersuchungen ist die Entwicklung und Implementierung von Interviewleitfäden für den Bereich der “erfragten Befunde” sowie Verfahrensanweisungen zur Durchführung der Befunderhebungen in der klinischen Untersuchung erforderlich. Unter der Perspektive der personellen Qualifikationsanforderungen sind obligatorische Fortbildungsmodule zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen sowie Spezialmodule zur Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter in bestehende Fortbildungscurricula für Kinder- und Jugendärzte einzufügen.

In Bezug auf die Früherkennung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung halten wir vergleichbar internationalen Forderungen im Bereich der Notfall- und Unfallmedizin (Sanders, J. E. et al., 2005) die Entwicklung einer gemeinsamen nationalen Datenbank zu sozialen und klinischen Risikofaktoren für Kindesmisshandlung sowie spezifische Trainings zur Diagnostik und Intervention bei Kindesmisshandlung für Kinder- und Jugendärzte sowie deren nicht-ärztlichen Angestellten für geboten.

Die Gestaltung und Prüfung der Dokumentation der Früherkennungsuntersuchungen ist so zu gestalten, dass sie die Vollständigkeit und Validität der Befunderhebungen unterstützt. Die Wirksamkeit der verschiedenen Bestandteile der Früherkennungsuntersuchungen ist routinemäßig in regelmäßigen zeitlichen Abständen und ausgewählten Regionen hinsichtlich Erkennensraten für die Zielerkrankungen sowie die Einleitung evidenzbasierter Interventionen zu evaluieren.

14. Wie sollte die Früherkennungsuntersuchung organisiert sein (Erreichen der Zielgruppen, optimaler Untersuchungszeitpunkt, Testintervall, Abklärungsdiagnostik, Therapieeinleitung)?

Bezüglich der Untersuchungszeitpunkte halten wir eine Ergänzung der derzeitigen 9 Untersuchungen im Kindesalter und der J1 im Jugendalter um eine zusätzliche Früherkennungsuntersuchung zwischen den derzeitigen U7 und U8 (mit circa 3 Jahren) sowie eine weitere Früherkennungsuntersuchung nach der U9 im frühen Grundschulalter (circa 7-8 Jahre) für sinnvoll. Beide Zeitpunkte bzw. -räume betreffen Entwicklungsphasen, die aufgrund der neuen äußeren (institutionellen) Anforderungen (Kindergarten bzw. Grundschule) an die Kinder, gehäuft mit einem Neuauftreten bzw. einer Exazerbation von Verhaltensauffälligkeiten einhergehen. Hier ist eine frühzeitige Identifikation von Fehlentwicklungen und die Einleitung von geeigneten präventiven oder therapeutischen Maßnahmen auf der Basis einer multiperspektivischen Einschätzung der Kindesentwicklung möglich und geboten. Zugleich könnte eine durch ergänzende Untersuchungszeitpunkte gerade in der späteren Entwicklungsphase erzielte Engmaschigkeit der Früherkennungsuntersuchungen die Inanspruchnahmerate auch zu den späteren Untersuchungszeitpunkten auf einem vergleichbar hohen Niveau stabilisiert werden, wie dies bisher bereits bei der U1 bis U7 der Fall ist.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

15. Ist die von Ihnen vorgeschlagene Früherkennungsuntersuchung durch nichtärztliche Mitarbeiter oder nur durch den Arzt durchzuführen und welchen Zeitbedarf setzen Sie für diese Untersuchung an?

Das vorgeschlagene psychometrische Screening kann durch nicht-ärztliche MitarbeiterInnen gemeinsam mit einem Elternteil durchgeführt werden. Auch die Auswertung kann durch nicht-ärztliche MitarbeiterInnen geleistet werden. Hierfür sind circa 5 Minuten Durchführungszeit (in der Regel ohne Unterstützung durch nicht-ärztliche MitarbeiterInnen) und maximal 5 Minuten Auswertungszeit zu veranschlagen. Hingegen fallen die Interpretation der Screeningergebnisse und die Integration der Befunde (Bewertung der diagnostischen Kriterien in der klinischen Untersuchungssituation, gegebenenfalls auch die Beurteilung durch die Erzieherinnen), in den ärztlichen Aufgabenbereich. Der Zeitaufwand dieses Untersuchungsbestandteils variiert dabei in Abhängigkeit von der Eindeutigkeit und Komplexität der Befunde.

Für den Bestandteil eines strukturierten Interviewmanuals zu einer Früherkennungsuntersuchung, der sich auf die Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bezieht, sind in der Regel circa 5 Minuten zu veranschlagen, auch hier wiederum variierend in Abhängigkeit von dem Zeitpunkt der Früherkennungsuntersuchung und der Komplexität und Eindeutigkeit der resultierenden Befundlage. Bei der ergänzenden Durchführung von standardisierten Einschätzungen zu Verhaltensauffälligkeiten der Kinder durch Erzieherinnen und Erzieher bzw. Lehrerinnen und Lehrer sind diese bei der Zeitkalkulation für die Analyse und Integration der Einschätzungen zusätzlich zu berücksichtigen. Dabei dürfte wiederum der hier anfallende zeitliche Aufwand in Abhängigkeit von der Eindeutigkeit der Befundlage sowie der Komplexität der bestehenden Verhaltensauffälligkeiten und –probleme des untersuchten Kindes stark variieren.

16. Wie hoch sind die Kosten der von Ihnen vorgeschlagenen Früherkennungsuntersuchung pro Untersuchung und pro entdecktem Krankheitsfall?

Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserungen der Identifikation der genannten Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen sowie der Behandlungseinleitung erfordern im Kern vor allem eine stärkere Systematisierung der Untersuchungsdurchführung und sind insofern gegenüber der aktuellen Fassung der Früherkennungsuntersuchungen nicht substanziell mit zusätzlichen Kosten verbunden. Auch die Implementierung eines psychometrischen Screenings beschränkt sich mit Ausnahme potentiell anfallender Lizenzgebühren auf die zeitlich determinierten Personalkosten für das beteiligte nicht-ärztlichen Personal sowie für den Pädiater. Eine valide Quantifizierung der Kosten ist uns derzeit nicht möglich. Auch die Kosten pro entdecktem Fall ist für die verschiedenen genannten Zielerkrankungen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht valide abschätzbar.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

17. Wie hoch schätzen Sie die Gesamtkosten pro Jahr in Deutschland für eine Früherkennungsuntersuchung (direkte Kosten für die Fallfindung und Abklärungsuntersuchung für die Gesamtheit der Versicherten)?

Die Gesamtkosten können von unserer Seite zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht valide abgeschätzt werden.

18. Welche Kosten-Nutzen-Bilanz ergibt sich im Vergleich zwischen der Früherkennungsuntersuchung und der rechtzeitig eingeleiteten Therapie gegenüber einem Verzicht auf diese Maßnahme?

Auch hierzu ist uns zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine valide Quantifizierung möglich. Allerdings erwarten wir auf der Kostenseite nur marginale Steigerungen gegenüber dem bisherigen Standard. Wir gehen davon aus, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen geeignet sind, eine erhebliche Verbesserung der Erkennensrate psychischer und Entwicklungsstörungen zu erreichen. Auf der Grundlage einer verbesserten Indikationsstellung für präventive und therapeutische Maßnahmen und der Einleitung entsprechender wirksamer Interventionen erwarten wir eine substantielle Reduktion der Prävalenzraten psychischer und Entwicklungsstörungen, bei einem Großteil der betroffenen Kinder eine Heilung bzw. eine Minderung psychischen Leidens, die Vermeidung von Chronifizierungen der Störungen, einen positiven Einfluss auf die schulische und berufliche Bildung, eine Verbesserung der gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe sowie die Vermeidung von Folgeerkrankungen. Eine Annäherung an die Frage einer Kosten-Nutzen-Bilanz könnte im Rahmen aufeinander aufbauender längsschnittlich angelegter Modellprojekte erfolgen.

Offenlegung von Interessen:

Diese Stellungnahme wurde von der Bundespsychotherapeutenkammer erstellt. Sie ist die Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Literatur

- Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R. G., Weiss, G., Fleiss, K., Etcovitch, J. et al. (2004). Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(7), 802-811.
- Administration on Children Youth and Families. (2005). *Child maltreatment 2003*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. & Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria--III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 32(2), 233-255.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry*, 45(2), 195-211.
- Blanz, B. (2003). Störungen des Sozialverhaltens und Jugenddelinquenz. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (2. Aufl. ed., S. 197-210). Stuttgart: Thieme.
- Brestan, E. V. & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *J Clin Child Psychol*, 27(2), 180-189.
- Briere, J. & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl*, 27(10), 1205-1222.
- Briggs-Gowan, M. J., Owens, P. L., Schwab-Stone, M. E., Leventhal, J. M., Leaf, P. J. & Horwitz, S. M. (2003). Persistence of psychiatric disorders in pediatric settings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(11), 1360-1369.
- Bundesministerium des Inneren. (2005). Polizeiliche Kriminalstatistik 2004.
- Calam, R., Horne, L., Glasgow, D. & Cox, A. (1998). Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow-up study. *Child Abuse Negl*, 22(9), 901-913.
- Campbell, S. B. & Ewing, L. J. (1990). Follow-up of hard-to-manage preschoolers: adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *J Child Psychol Psychiatry*, 31(6), 871-889.
- Campbell, S. B., Ewing, L. J., Breaux, A. M. & Szumowski, E. K. (1986). Parent-referred problem three-year-olds: follow-up at school entry. *J Child Psychol Psychiatry*, 27(4), 473-488.
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T. et al. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *J Consult Clin Psychol*, 72(3), 500-510.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.
- Crume, T. L., DiGuseppi, C., Byers, T., Sirotnak, A. P. & Garrett, C. J. (2002). Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990-1998. *Pediatrics*, 110(2 Pt 1), e18.
- Deegener, G. & Körner, W. (2005). *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. Göttingen: Hogrefe.
- Delekat, D. & Kis, A. (2001). *Gesundheitsberichtserstattung Berlin. Spezialbericht 2001 - 1. Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin*. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BptK)

- Döpfner, M. (2003). Hyperkinetische Störungen. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* (2. Aufl. ed., S. 172-195). Stuttgart: Thieme.
- Döpfner, M. & Görtz, A. (in Vorbereitung). *KIDS 2: Aggressiv-dissoziale Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1997). Von der kategorialen zur dimensional Diagnostik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 519-547.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10/DSM-IV* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C. (in Vorbereitung). *KIDS 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Esser, G. (2003). *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (2.). Stuttgart: Thieme.
- Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2000). Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 276-283.
- Esser, G., Schmidt, M. H. & Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children--results of a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry*, 31(2), 243-263.
- Esser, G., Wyschkon, A. & Schmidt, M. H. (2002). Was wird aus Achtjährigen mit einer Lese- und Rechtschreibstörung - Ergebnisse im Alter von 25 Jahren. *Z Klin Psychol Psychiat Psychother*, 31, 235-242.
- Farmer, E. M., Compton, S. N., Bums, B. J. & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *J Consult Clin Psychol*, 70(6), 1267-1302.
- Fehlings, D. L., Roberts, W., Humphries, T. & Dawe, G. (1991). Attention deficit hyperactivity disorder: does cognitive behavioral therapy improve home behavior? *J Dev Behav Pediatr*, 12(4), 223-228.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Smallish, L. & Fletcher, K. (2005). Executive functioning in hyperactive children as young adults: attention, inhibition, response perseveration, and the impact of comorbidity. *Dev Neuropsychol*, 27(1), 107-133.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R., Ford, T., Corbin, T. & Meltzer, H. (2004). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 Suppl 2, II25-31.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*, 177, 534-539.
- Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol*, 27(1), 17-24.
- Graetz, B. W., Sawyer, M. G., Hazell, P. L., Arney, F. & Baghurst, P. (2001). Validity of DSM-IVADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(12), 1410-1417.
- Grimm, H., Aktas, M. & Kießig, U. (2003). *Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV)* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grissmann, H. (1996). *Züricher Lesetest (ZLT). Förderdiagnostik bei gestörtem Schriftspracherwerb*. Bern: Huber.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BptK)

- Grissemann, H. (1998). *Psycholinguistische Lese-Rechtschreibförderung. Eine Arbeitsmappe zum klinisch sonderpädagogischen Einsatz*. Bern: Huber.
- Haffner, J., Zerahn-Hartung, C., Pfuller, U., Parzer, P., Strehlow, U. & Resch, F. (1998). Auswirkungen und Bedeutung spezifischer Rechtschreibprobleme bei jungen Erwachsenen--empirische Befunde in einer epidemiologischen Stichprobe. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 26(2), 124-135.
- Hill, L. G., Coie, J. D., Lochman, J. E. & Greenberg, M. T. (2004). Effectiveness of early screening for externalizing problems: issues of screening accuracy and utility. *J Consult Clin Psychol*, 72(5), 809-820.
- Ihle, W., Esser, G., Laucht, M. & Schmidt, M. H. (2004). Depressive Störungen und aggressiv-dissoziale Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf und Risikofaktoren. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 47(8), 728-735.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H. & 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, M. H. & 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.
- Jansen, H., Mannhaupt, G., Marx, H. & Skowronek, H. (2002). *Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC)* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Kaufman, A. S., Kaufman, N. L., Melchers, P. & Preuß, U. (2001). *Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC), Deutsche Version* (6. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull*, 113(1), 164-180.
- Kindler, H. (2002). *Partnerschaftsgewalt und Kindeswohl. Eine meta-analytisch orientierte Zusammenschau und Diskussion der Effekte von Partnerschaftsgewalt auf die Entwicklung von Kindern: Folgerungen für die Praxis*. München: Deutsches Jugendinstitut (DJI).
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) - Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(7), 491-502.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W. et al. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9(4), 271-276.
- Klocke, A. (2001). *Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Küspert, P. & Schneider, W. (2000). *Hören, lauschen, lernen. Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache*. (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Laucht, M., Esser, G., Baving, L., Gerhold, M., Hoesch, I., Ihle, W. et al. (2000). Behavioral sequelae of perinatal insults and early family adversity at 8 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(10), 1229-1237.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2000a). Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 284-292.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2000b). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 246-262.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H., Ihle, W., Löffler, W., Stohr, R. M. et al. (1992). "Risikokinder": Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 41(8), 274-285.
- Lauth, G. W., Naumann, K., Roggenkamper, A. & Heine, A. (1996). Verhaltensmedizinische Indikation und Evaluation einer kognitiv-behavioralen Therapie mit aufmerksamkeitsgestörten/hyperaktiven Kindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 24(3), 164-175.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Trocme, N., Boyle, M. H., Wong, M., Racine, Y. A. et al. (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *Jama*, 278(2), 131-135.
- Margolin, G. & Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479.
- Martin, Z. (2005). Misshandlung und Vernachlässigung durch süchtige Eltern. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. Göttingen: Hogrefe.
- Marx, H., Jansen, H. & Skowronek, H. (2000). *Prognostische, differentielle und konkurrenztätige Validität des Bielefelder Screenings zur Früherkennung von Leseschwierigkeiten (BISC)*. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F., Wuthrich, C. & Remschmidt, H. (2000). [Children of mentally ill parents. Research perspectives exemplified by children of depressed parents]. *Nervenarzt*, 71(3), 164-172.
- McGrath, A. M., Handwerk, M. L., Armstrong, K. J., Lucas, C. P. & Friman, P. C. (2004). The validity of the ADHD section of the Diagnostic Interview Schedule for Children. *Behav Modif*, 28(3), 349-374.
- McLean, L. M. & Gallop, R. (2003). Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 369-371.
- Müller, R. (2003a). *Diagnostische Rechtschreibtest für 1. Klassen (DRT 1)* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Müller, R. (2003b). *Diagnostischer Rechtschreibtest für 2. Klassen (DRT 2)* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Myers, J. E. B., Briere, J., Berliner, L., Hendrix, T. & Reid, T. (2002). *APSAC Handbook on Child Maltreatment*. (2nd). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Nagata, M., Nagai, Y., Sobajima, H., Ando, T. & Honjo, S. (2003). Depression in the mother and maternal attachment--results from a follow-up study at 1 year postpartum. *Psychopathology*, 36(3), 142-151.
- National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information. (2004). *Child Abuse and Neglect Fatalities: Statistics and Interventions*. Washington: The Children's Bureau, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

- Nixon, R. D., Sweeney, L., Erickson, D. B. & Touyz, S. W. (2003). Parent-child interaction therapy: a comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *J Consult Clin Psychol*, 71(2), 251-260.
- Plume, E. & Schneider, W. (2004). *Hören, lauschen, lernen 2. Spiele mit Buchstaben und Lauten für Kinder im Vorschulalter. Das Würzburger Buchstaben-Laut-Training*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Raven, J. C., Bulheller, S. & Häcker, H. (2002). *Coloured Progressive Matrices (CPM)* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Ravens-Sieberer, U., Holling, H., Bettge, S. & Wietzker, A. (2002). [Assessment of psychological health and quality of life with The Child and Adolescent Health Survey]. *Gesundheitswesen*, 64 Suppl 1, S30-35.
- Reeker, J., Ensing, D. & Elliott, R. (1997). A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse Negl*, 21(7), 669-680.
- Reuther-Liehr, C. (2001). *Lautgetreue Rechtschreibförderung*. (2. Aufl.). Bochum: Winkler.
- Robins, L. N. & Price, R. K. (1991). Adult disorders predicted by childhood conduct problems: results from the NIMH Epidemiologic Catchment Area project. *Psychiatry*, 54(2), 116-132.
- Sachs-Ericsson, N., Blazer, D., Plant, E. A. & Arnow, B. (2005). Childhood sexual and physical abuse and the 1-year prevalence of medical problems in the National Comorbidity Survey. *Health Psychol*, 24(1), 32-40.
- Sanders, J. E., Guthrie, K. A., Hoffmeister, P. A., Woolfrey, A. E., Carpenter, P. A. & Appelbaum, F. R. (2005). Final adult height of patients who received hematopoietic cell transplantation in childhood. *Blood*, 105(3), 1348-1354.
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2(2), 71-90.
- Sanders, M. R. (2005). Triple P: Towards an evidence-based population level approach to promoting competent parenting., *Präventionskongress 2005: Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Köln.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A. & Bor, W. (2000). The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *J Consult Clin Psychol*, 68(4), 624-640.
- Schaeffer, C. M., Petras, H., Ialongo, N., Poduska, J. & Kellam, S. (2003). Modeling growth in boys' aggressive behavior across elementary school: links to later criminal involvement, conduct disorder, and antisocial personality disorder. *Dev Psychol*, 39(6), 1020-1035.
- Schmidt, M. H. (1998). Dissozialität und Aggressivität: Wissen, Handeln und Nichtwissen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 26(1), 53-62.
- Schneider, W., Ennemoser, M., Roth, E. & Kuspert, P. (1999). Kindergarten prevention of dyslexia: does training in phonological awareness work for everybody? *J Learn Disabil*, 32(5), 429-436.
- Schuhmann, E. M., Foote, R. C., Eyberg, S. M., Boggs, S. R. & Algina, J. (1998). Efficacy of parent-child interaction therapy: interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *J Clin Child Psychol*, 27(1), 34-45.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (Manuskript eingereicht). *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Psychotherapeutische Versorgung*. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B. & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *Bmj*, 323(7306), 194-198.
- Searight, H. R., Rottnek, F. & Abby, S. L. (2001). Conduct disorder: diagnosis and treatment in primary care. *Am Fam Physician*, 63(8), 1579-1588.
- Serbin, L. & Karp, J. (2004). The intergenerational transfer of psychosocial risk: mediators of vulnerability and resilience. *Annual Review of Psychology*, 55, 333-363.
- Serketich, W. J. & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.
- Shaw, D. S., Gilliom, M., Ingoldsby, E. M. & Nagin, D. S. (2003). Trajectories leading to school-age conduct problems. *Dev Psychol*, 39(2), 189-200.
- Skowron, E. & Reineman, D. H. S. (2005). Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: a meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 52-71.
- Smith, B. H., Waschbusch, D. A., Willoughby, M. T. & Evans, S. (2000). The efficacy, safety, and practicality of treatments for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Child Fam Psychol Rev*, 3(4), 243-267.
- Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C. & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(4), 402-408.
- Sroufe, L. A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21, 67-74.
- Tewes, U., P., R. & Schallberger, U. (2000). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III (HAWIK III)* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., Harris, T. R., Wilsnack, R. W., Wonderlich, S. A. & Kristjanson, A. F. (1999). Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: national survey findings. *Child Abuse Negl*, 23(6), 579-592.
- von dem Knesebeck, M., Fillinger, U., Koch, U., Pawils, S. & Busche, W. (2005). Eltern-Ordner "Gesund groß werden" zum Früherkennungsprogramm für Kinder U1-U9 und J1, *Präventionskongress 2005: Prävention psychischer Störungen bei Kinder und Jugendlichen - Stärkung der Erziehungskompetenz*. Köln.
- Warnke, A., Hemminger, U. & Plume, E. (2004). *Lese-Rechtschreibstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Wetzels, P. (1997). *Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit - Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Whalen, C. K. (2001). ADHD treatment in the 21st century: pushing the envelope. *J Clin Child Psychol*, 30(1), 136-140.
- Wolchik, S. A., Sandler, I. N., Millsap, R. E., Plummer, B. A., Greene, S. M., Anderson, E. R. et al. (2002). Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce: a randomized controlled trial. *Jama*, 288(15), 1874-1881.
- Wolff Metternich, T., Plück, J., Wiczorrek, E., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Brix, G. et al. (2002). PEP - Ein Präventionsprogramm für drei- bis sechsjährige Kinder mit expansivem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 11(2), 98-106.
- Wu, S. S., Ma, C. X., Carter, R. L., Ariet, M., Feaver, E. A., Resnick, M. B. et al. (2004). Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse Negl*, 28(12), 1253-1264.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BptK)

Ziegenhain, U., Müller, B. & Rauh, H. (1996). Frühe Bindungserfahrungen und
Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern in einer sozialen und kognitiven
Anforderungssituation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 45(3-4),
95-102.