

Die besondere Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

26. Juni 2014
12:00 – 12:20 Uhr
BPtK- Symposium

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

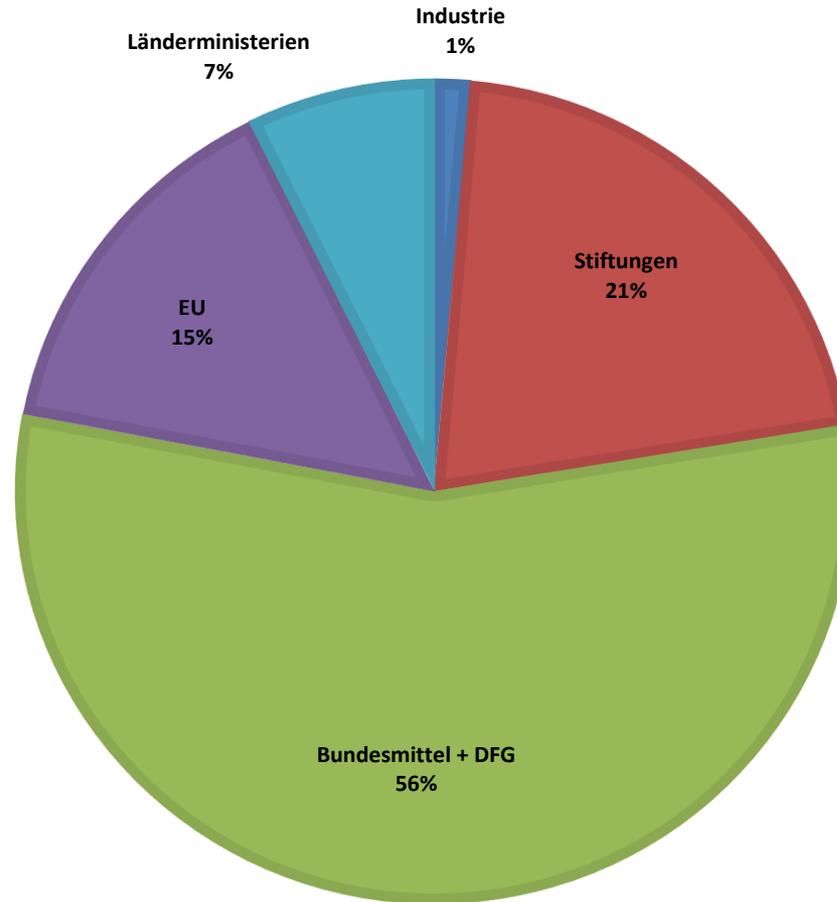
In den letzten 5 Jahren hatte der Autor (Arbeitsgruppenleiter)

- Forschungsförderung von DFG, EU, BMG, BMBF, BMFSFJ, BMAS, Ländersozialministerien, Landesstiftung BaWü, Volkswagenstiftung, Europäische Akademie, RAZ, CJD, Eli Lilly research foundation, Janssen Cilag, Medice, Celltech/UCB, Techniker Krankenkasse
- Reisebeihilfen, Vortragshonorare, Veranstaltungs- und Ausbildungssponsoring von DFG, AACAP, NIMH/NIH, EU, Vatikan, Goethe Institut, Pro Helvetia, Aventis, Bayer, Bristol-MS, Celltech/UCB, Janssen-Cilag (J&J), Lilly, Medice, Novartis, Pfitzer, Ratiopharm, Sanofi-Synthelabo, VfA, Generikaverband, andere Fachverbände und Universitäten sowie Ministerien
- Keine industriegesponserten Vortragsreihen, „speakers bureau“
- Klinische Prüfungen für Janssen Cilag, Medice, Lilly, BMS, BMBF
- Mitgliedschaft in Steuerungsgremien und/oder wissenschaftlichen Beiräten der Firmen
 - International: Pfitzer (DSMB), J & J, Lundbeck, Servier

Jährliche Erklärung zu conflicts of interest gegenüber dem BfArm, DGKJP und AACAP wegen Kommissionsmitgliedschaft

- Kein Aktienbesitz, keine Beteiligungen an Pharmafirmen, Mehrheitseigner 3Li

DRITTMITTELEINNAHMEN KJPP ULM 2013 NACH GELDGEBER



Aktuelle Debatte hat z.T. ihre Adressaten und drängende Probleme aus dem Blick verloren

- Gestritten wird um „**Bepreisung**“
- Keine inhaltliche Reform, sondern das bestehende Krankenhausversorgungssystem wird nach einer „**Währungsreform**“ weitergeführt werden
- Garantien für die **Strukturqualität** (Personal: Beziehungs- und Erziehungsqualität) drohen zu entfallen (Pflege- und Erziehungsdienst droht zur „Rentabilitätsreserve“ zu werden)
- Niederlande: Versuch der Überführung der KJP in Zuständigkeit der Jugendhilfe (Verabschiedung aus dem medizinischen Behandlungsparadigma)
- Großbritannien kein eigenständiger Facharzt mehr, Erwachsenenpsychiatrie hoch interessiert an Entwicklungspsychiatrie, Früherkennung Frühbehandlung/ indizierte Prävention (Übergänge?)
- Medikalisierung von Schul- und Erziehungsproblemen? ADHS Debatte (aber keine **schulbezogene Behandlungsansätze**)
- **Inklusionsdebatte**

Kindliche Basisbedürfnisse und deren Berücksichtigung in der UN-Kinderrechtskonvention

Basic need	UN-Kinderrechtskonvention
Liebe und Akzeptanz	Präambel, Art. 6; Art. 12, 13, 14
Ernährung und Versorgung	Art. 27, Art. 26, Art. 32
Unversehrtheit, Schutz vor Gefahren, vor materieller emotionaler und sexueller Ausbeutung	Art. 16, Art. 19, Art. 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40
Bindung und soziale Beziehungen	Art. 8, 9, 10, 11; Art. 20, 21, 22
Gesundheit	Art. 24, 25, 23, 33
Wissen und Bildung	Art. 17; Art. 28, 29, 30, 31

weitaus größter Teil der Kinder entwickelt sich positiv bzw. unauffällig, aber

- Verunsicherung bei Eltern (Erziehungsgutachten des wiss. Beirats für Familienfragen 2005)
- Shell Studie: 50% der befragten Eltern wissen nicht, woran sie sich in der Erziehung halten sollen (Deutsche Shell, 2000)

Zunahme der Verhaltens-/ psychischen Störungen bei ca. 20% der Kinder (KIGGS, 2007)

- Kinder und Jugendliche: 18%-27% (Petermann et al., 2000)
- Kindergartenkinder: ca. 18% (Hahlweg, & Miller, 2001)
- unter Dreijährige: ca. 20% (Remschmidt, 1998)

Hintergrund: rasche, schwer vorhersehbare Veränderungen von ökonomischen, sozialen und beruflichen Lebensbedingungen

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

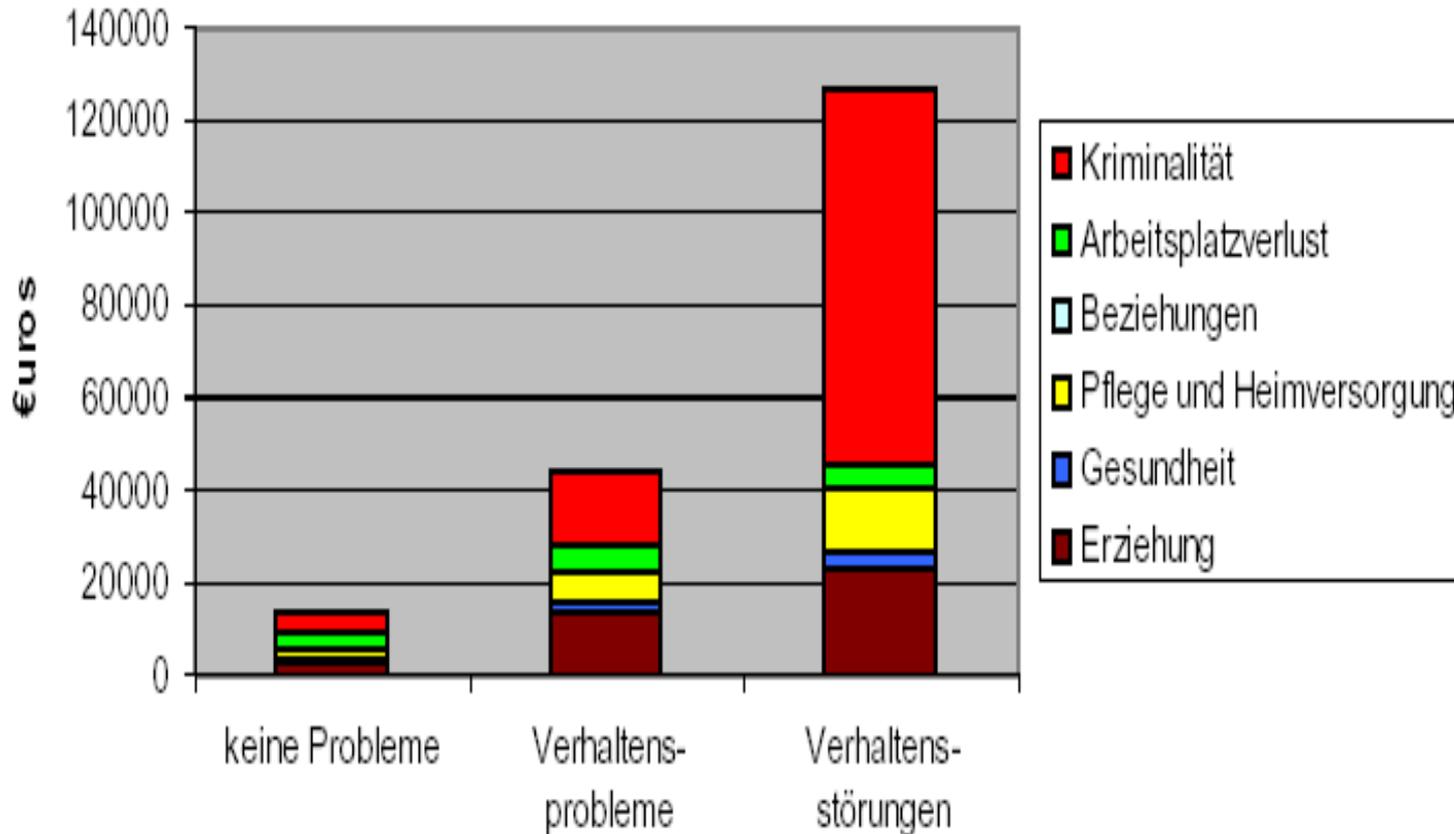


Abb.: Langzeitkosten psychischer Gesundheitsprobleme, umgerechnet auf Euro zum Preisniveau 2002 (Scott, Knapp, Henderson & Maughan, 2001. Umrechnung in Euro durch David McDaid, Mental Health Economics European Network).

Quelle: Scott, S., Knapp, M., Henderson, J. & Maughan, J. (2001). Financial costs of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood. *British Medical Journal*, 323, 191-196.

Bedeutung von Familienbeziehungen erklärt Notwendigkeit der Arbeit mit Familien

Bella Studie (Ravens - Sieberer 2006) und RKI Survey KIGGS (2006, 2007) bestätigen englische Befunde:

doppeltes Risiko bei Alleinerziehen(OR:2,09)

aktuelle Familienkonflikte(OR: 4,97)

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

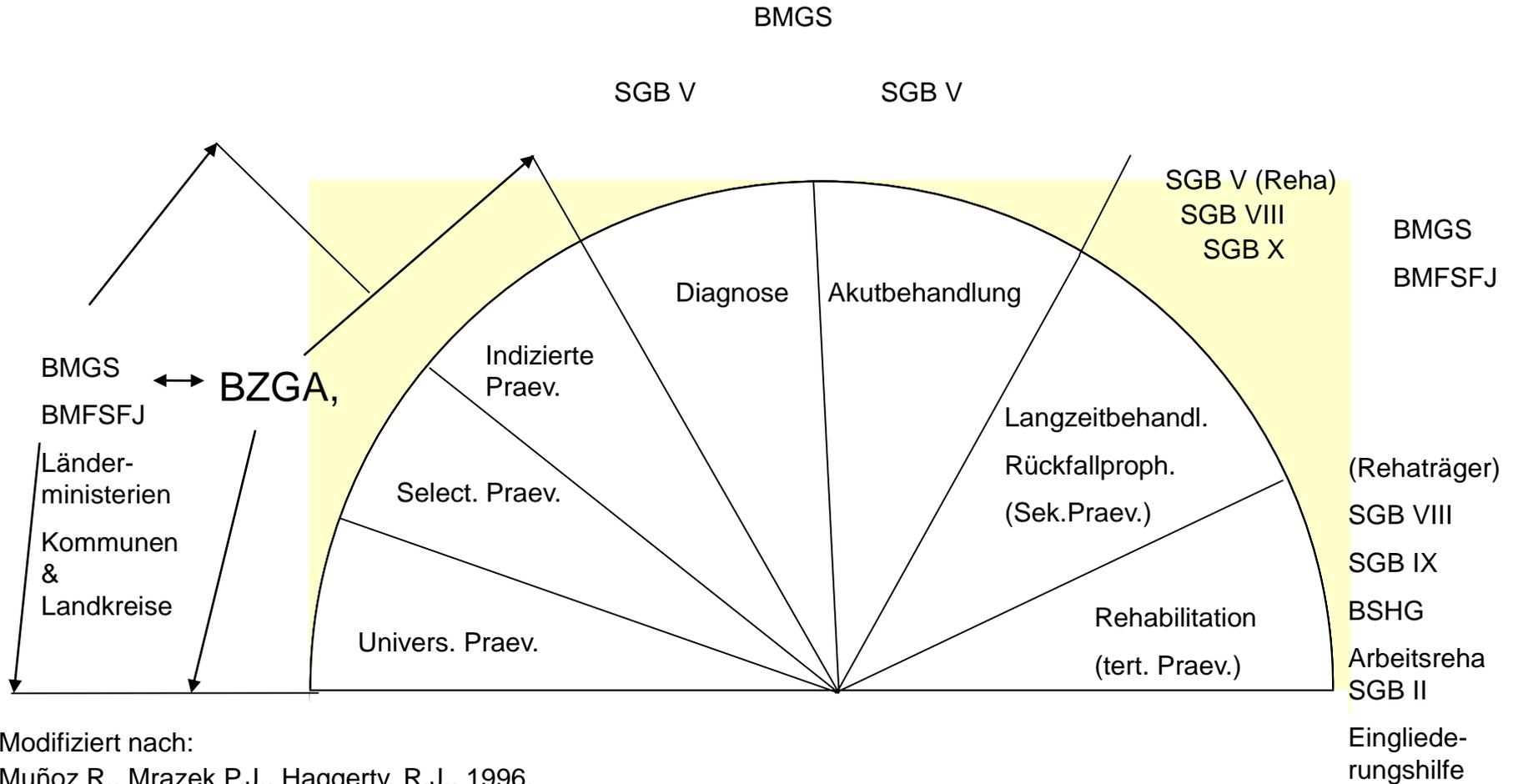
Unzufriedenheit in der Partnerschaft (OR: 2,75)

Risiko für psychische Erkrankung steigt mit mehreren Belastungen

bei 3 Risiken 30,7%

bei 4 Risiken 47,7% aller betroffener Kinder

Der Fächer der Möglichkeiten in der Prävention Krankenbehandlung und Rehabilitation Schnittmengen der Zuständigkeiten



Modifiziert nach:

Muñoz R., Mrazek P.J., Haggerty, R.J., 1996.

Institute of Medicine Report and Prevention of Mental Disorders. American Psychologist, 51, 1116-1122)

KJP ist ein eigenständiges Fachgebiet

- Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in Deutschland nicht 5. Rad am Wagen sondern eigenständiges Fach mit eigenen Rahmenbedingungen und eigenen Reformimperativen
- Kinder- und Jugendpsychiatrie wird im Titel des PEPP nicht explizit erwähnt und wird deshalb häufig als Unterform der Erwachsenenpsychiatrie angesehen
- Dies war schon in der PsychPV nicht so, denn dort wurden die eigenständigen Bedarfe abgebildet
- **PsychPV allerdings veraltet:** Technische Entwicklung IT und Dokumentationsaufwand, Fallzahlerhöhung, Verdichtung durch Liegezeitverkürzung und höherer und intensiver störungsspezifischer Psychotherapieanteil sowie das Psychotherapeutengesetz sind dabei u.a.nicht berücksichtigt

Multidisziplinäre Wurzeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Vorgeschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Fegert 1986)
 - Im 18. Jh. (insbesondere Französische Revolution 1789 – 1799) Entdeckung der Kindheit (vgl. Ariès und DeMause).
- Wurzeln der Kinderpsychiatrie
 - Entwicklungsgedanke
 - Deskriptive Entwicklungspsychopathologie (z. B. Tiedemann)
 - Introspektive Entwicklungspsychopathologie (Moritz, Anton Reiser)
 - Sensualismus: Kompensation von Defiziten durch Ressourcen, Trainingsmethoden
 - Medizinische Polizey
 - Erziehung (auch als Experiment, z. B. Itard)
 - Medizin
 - Ökonomie

Gründung der Deutschen Gesellschaft für Kinder-Psychiatrie 1940 in Wien

dgkjp

Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

Gegründet 1927 von Sommer, Kolb, Roemer, Simon, Weygandt

OFFIZIELLES ORGAN DES DEUTSCHEN AUSSCHUSSES FÜR PSYCHISCHE
HYGIENE DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NEUROLOGEN UND PSYCHIATERN
UND DES VERBANDES DEUTSCHER HILFSVEREINE FÜR GEISTESKRANKE

Unter Mitwirkung von

E. RÜDIN-München, E. KRETSCHMER-Marburg

P. NITSCHKE-Berlin, K. POHLISCH-Bonn

herausgegeben von

H. ROEMER-Illena

13. Band

1940

Heft 5/6

Gründung und Erste Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder-Psychiatrie und Heilpädagogik in Wien

Von

Professor Dr. P. Schröder, Leipzig

Am 5. 9. 1940 hat in Wien im großen Hörsaal der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik die Erste Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder-Psychiatrie und Heilpädagogik stattgefunden. Sie war von fast 500 Teilnehmern besucht, Pädagogen, Ärzten und Verwaltungsbeamten, welche mit der Betreuung und Erziehung, der Erkennung und Bewertung von Kindern und Jugendlichen zu tun haben, soweit sie körperlich, an ihren Sinnesorganen, oder aber geistig und seelisch anlagemäßig benachteiligt oder umweltgeschädigt und vernachlässigt sind.

Als Einberufer und Leiter der Tagung konnte Professor Dr. P. Schröder-Leipzig Vertreter des Reichsinnenministeriums, des Reichsministeriums für Volksaufklärung und Propaganda sowie des Reichsgesundheitsamtes begrüßen und ihnen für Förderung

Kinderpsychiatrie „von innen“ multidisziplinär

- Nach PsychPV arbeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie folgende Berufsgruppen zusammen:
 - Ärzte
 - Psychologen
 - Pädagogen
 - Sozialpädagogen
 - Sonderpädagogen
 - Sozialarbeiter
 - Ergotherapeuten
 - Musiktherapeuten
 - Kunsttherapeuten
 - Krankengymnasten und Bewegungstherapeuten
 - andere Kreativtherapeuten
 - sowie im Pflege- und Erziehungsdienst, Krankenpflegeberufe, Heilerziehungspfleger und Erzieher
- Außerhalb PsychPV
 - Hausmeister, Verwaltung etc.
 - Lehrer in der Klinikschule

Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Fallgestaltung

- Modernes Case Management ist nur in der Zusammenarbeit möglich
- Wichtigste Partner sind
 - Betroffene und ihre Familien
 - Schule
 - Jugendhilfe
 - Kinderärzte und niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater
 - ÖGD
 - Integration in Arbeit
- Probleme bei der Kooperation zwischen Disziplinen
 - Unterschiedliche Fallbewertung und fachliche Sichtweisen
 - Unterschiedliche Sprache und Definition
 - Misstrauen an Systemgrenzen und systematische Neubearbeitung jedes Falles
 - Delegationsketten
 - Gerangel um „Federführung“
 - Weiterschieben von Kosten und widersprüchliche Beratung

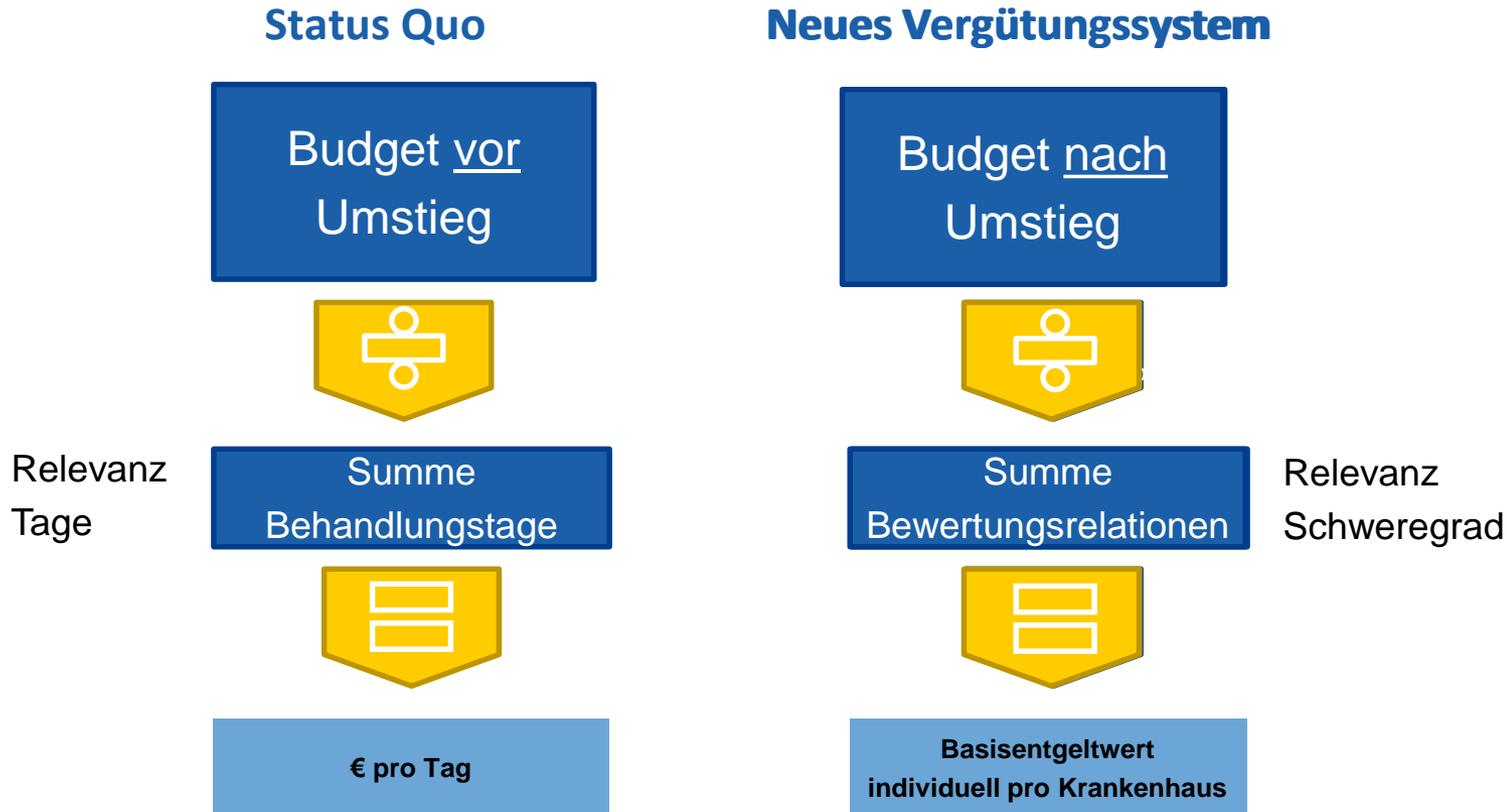
Andere Ausgangssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

- kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen umfassen im Mittel 40,7 Betten (Quelle: Statistisches Bundesamt und Gesundheitsbericht 2012 des BMG)
- 143 Einrichtungen in der BRD mit 5.825 Betten, regional starke Heterogenität
- Immer noch leichter Rückgang der durchschnittlichen Liegezeiten
- Anstieg der Notfallquote (bei geringer BMZ bis zu 60%)
- **Versorgungsgebiete** der Abteilungen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sind **im Durchschnitt dreimal so groß wie die Versorgungsgebiete der Erwachsenenpsychiatrie**

Nach KHRG soll das neue Vergütungssystem:

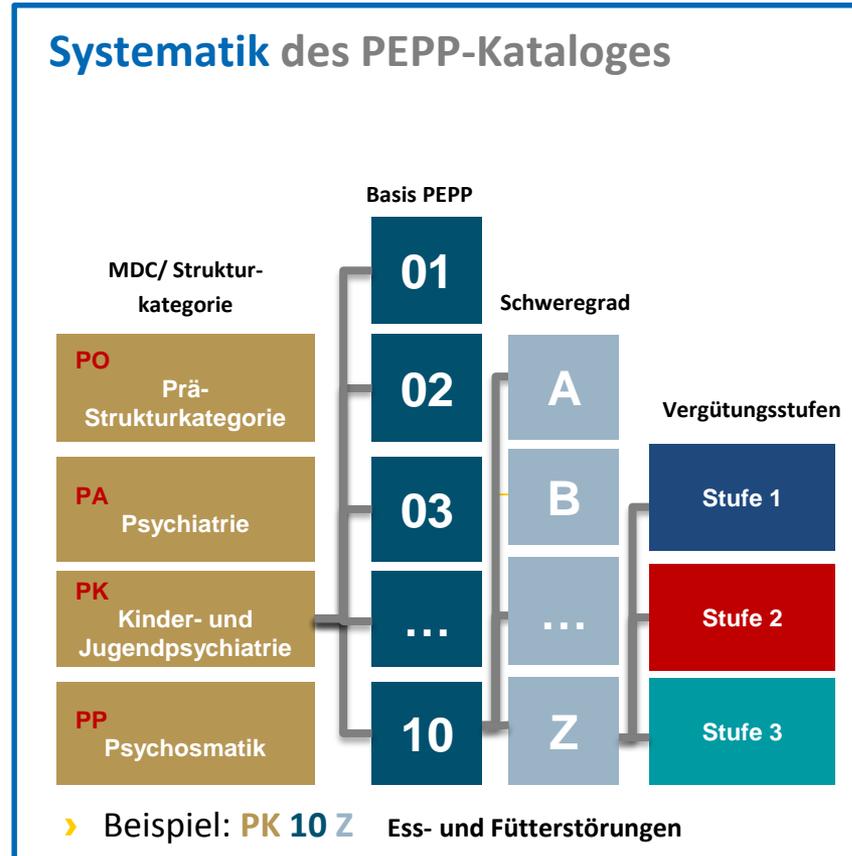
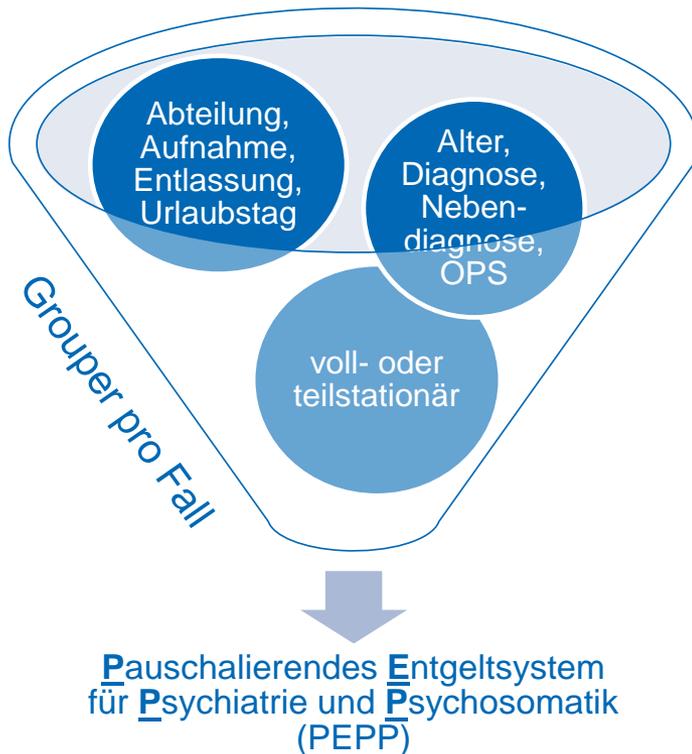
- durchgehend **leistungsorientiert und pauschaliert** sein
- **Kein DRG – Psych System sein**
- **tagesbezogene Entgelte** definieren
- den **differentiellen Behandlungsaufwand** für medizinisch unterscheidbare Patientengruppen, mit unterschiedlichem Behandlungsaufwand und praktikablem Differenzierungsgrad/Schweregrad **abbilden**

PEPP: Umstieg in ein neues Abrechnungssystem budgetneutrale Phase um 2 Jahre verlängert



PEPP 2014

Es gibt 151 tagesbezogene Entgelte für voll- und teilstationäre Leistungen und 81 Zusatzentgelte

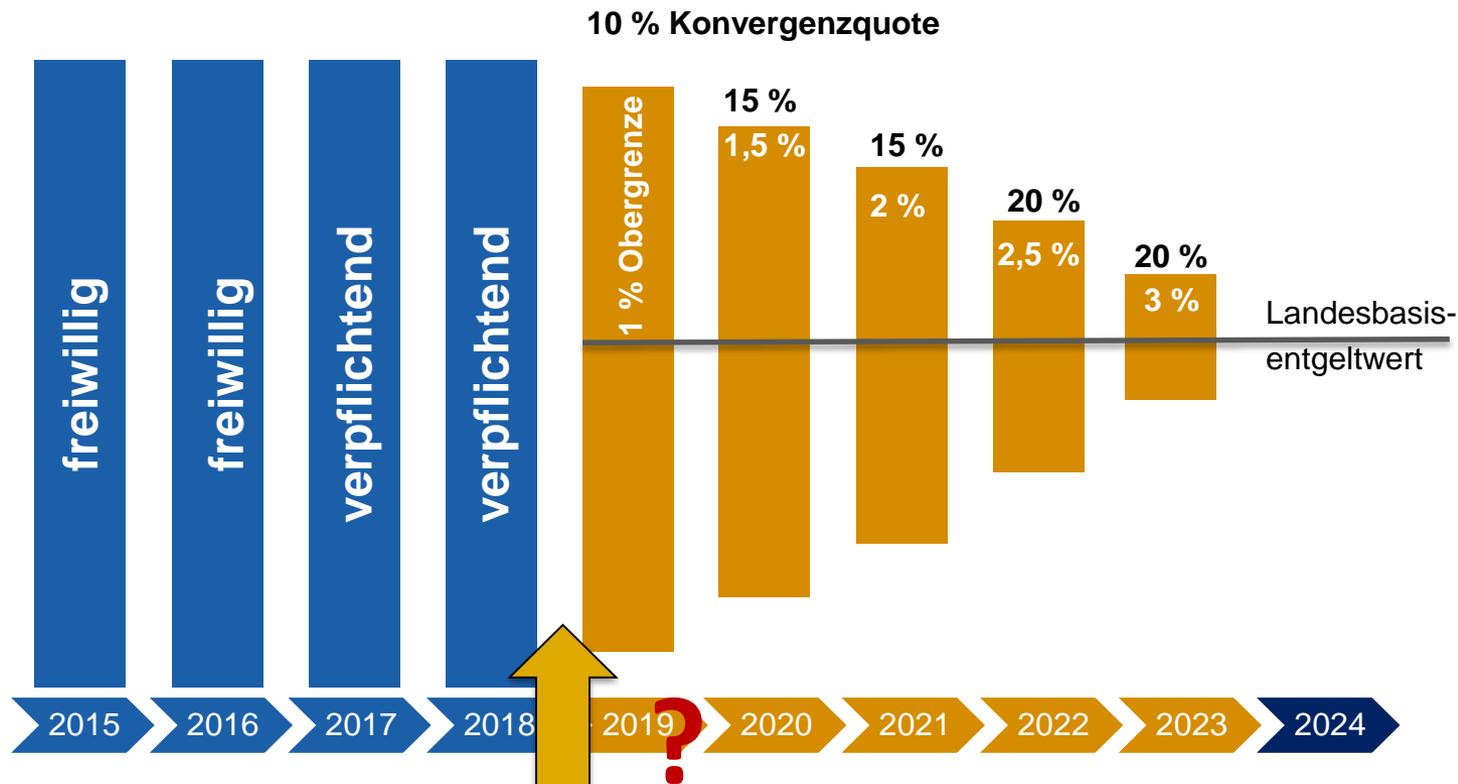


Einführung des neuen Entgeltsystems nach dem KHRG: Strukturqualität bewahren

Wegfall der Psych-PV

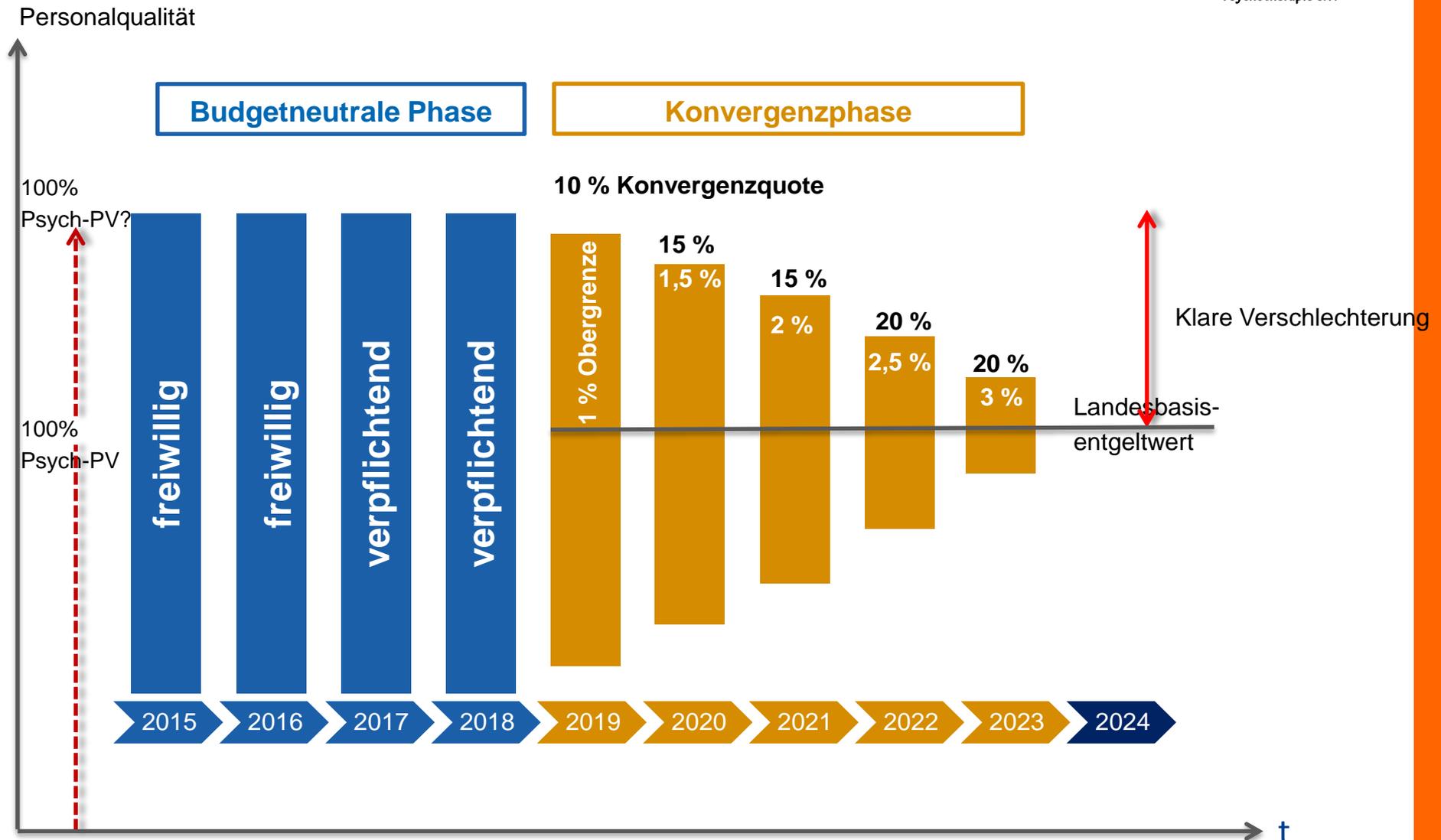
Budgetneutrale Phase

Konvergenzphase



Neue **Strukturqualitätsmaßstäbe** durch **GBA**

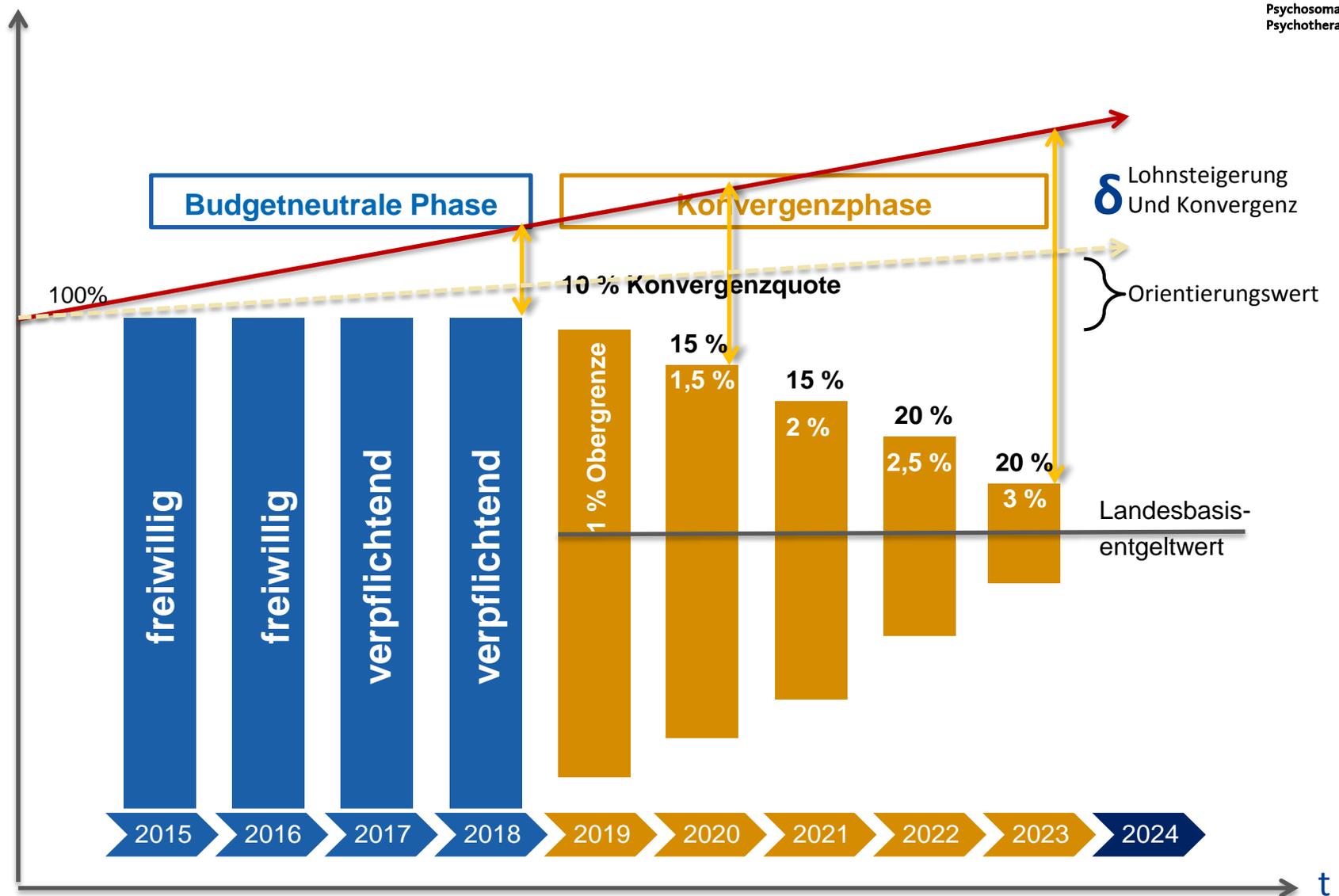
Einführung des neuen Entgeltsystems nach dem KHRG: Ausgangspunkt 100% Psych-PV



Einführung des neuen Entgeltsystems nach dem KHRG: dgkjp

Strukturqualität bewahren

Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.



Kinder- und Jugendpsychiatrie als besonders personalintensives Fach

Personalaufwand (Minutenwert) im Vergleich für je 10 Plätze nach PsychPV

Art der Versorgung	Minutenwert Arzt	Minutenwert Krankenpflegepersonal, Erziehungsdienst	Minutenwert Diplom-Psychologen	Minutenwert Ergotherapeuten	Minutenwert Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Minutenwert Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen	Minutenwert Sprachheiltherapeuten, Logopäden
A 1	2070	5780	290	1220	280	760	Kategorie nicht existent
KJ 1	2570	14190	1830	1370	820	1570	33
KJ 2	2510	12850	1800	1660	740	1222	8
KJ 3	32010	18760	1630	590	210	730	0

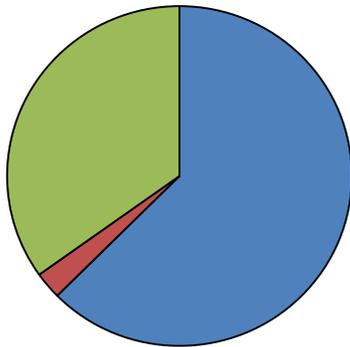
- A1 erwachsenenpsychiatrische Regelbehandlung
- KJ1 kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung
- KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung
- KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung

Vergleich allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik

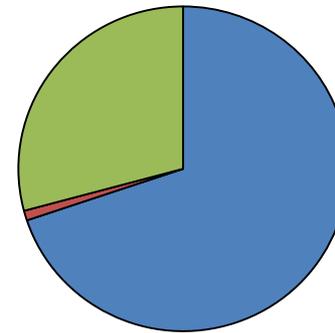
PEPP - IneK

Personalkosten – Sachkosten/ PEPP K7 alle

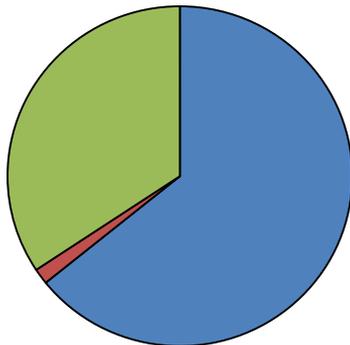
Allgemeine Psychiatrie



Kinder- und Jugendpsychiatrie



Psychosomatik

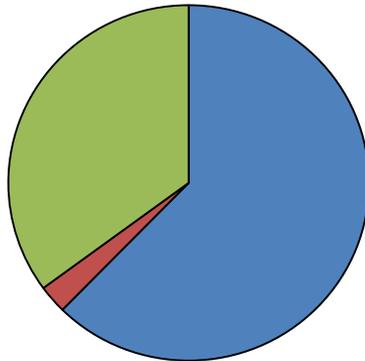


- Personalkosten
- Sachkosten Arznei/med. Bedarf
- med. Infrastruktur + allg. Infrastruktur

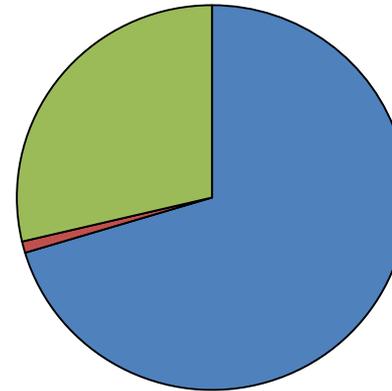
Kinder- und Jugendpsychiatrie als besonders personalintensives Fach

Personalkosten – Sachkosten am Beispiel Ulm

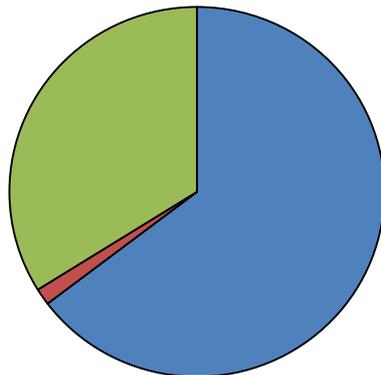
Allgemeine Psychiatrie



Kinder- und Jugendpsychiatrie



Psychosomatik



- Personalkosten
- Sachkosten Arznei/med. Bedarf
- med. Infrastruktur + allg. Infrastruktur

Intentionen von Modellvorhaben nach § 64 b SGB V

- Verbesserung der Patientenversorgung
- Sektorübergreifende Leistungserbringung
- Komplexe psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld
- Besondere Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1. Derzeit deutschlandweit nur 2 Modellvorhaben als „Anhängsel“ in erwachsenpsychiatrischen Einrichtungen

Warum entstehen kaum Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher?

- Norm als **Bestandswahrungsklausel** konstruiert
- Krankenhäuser mit niedrigem Tagessatz (potentielle Konvergenzgewinner) haben keinen Anreiz. Anreiz besteht darin, der Entgeltumstellung im Rahmen des PEPP-Systems durch andere Wege der Leistungsdokumentation zu entkommen.

Warum ist ein Kontrahierungszwang im Kindes- und Jugendalter erforderlich?

- **Marktmechanismen einer Konkurrenz der Krankenkassen spielen nicht**
 - Kinder und Jugendliche wählen nicht eigenständig ihre Versicherung sondern sind von den Eltern abhängig (**Familienmitversicherte**)
 - **Empfänger von Sozial- und Transferleistungen** sind ohne eigene Wahlmöglichkeit über Kommunen versichert (Anteil der Gruppe dieser Versicherten unter den Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie **überrepräsentiert**, auch KiGGS-Survey zeigt deutliche Unterschichtlastigkeit bei psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen)
- **Kleines Mengengerüst:** Es ist unökonomisch und stark fehleranfällig zwei Abrechnungssysteme im Modell und im Regel-PEPP-Betrieb bei kleinen Gruppengrößen gleichzeitig vorzusehen: keine hinreichende statistische Power, Schwierigkeiten bei der Begleitevaluation
- Differenzierte Leistungsdokumentation nach PEPP deshalb auch in Modellen notwendig. **Evaluation** darf nicht ins Belieben von Krankenkassen gestellt werden

Einheitliche Lösung und Dokumentation im Kindes- und Jugendalter notwendig

- Lösungsvorschlag für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie:
 - nur „gemeinsam und einheitlich“ mit allen Kostenträgern sind hinreichend große Patientenzahlen erreichbar, ist ein sektorenübergreifendes Team groß genug, um die erforderliche Strukturqualität eines kompetenten Behandlungsteams für Kinder und Jugendliche zu bieten und sind aussagekräftige Datenmengen zu erzielen
- Lösungsvorschlag Ausnahmeregelung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie:
 - „Für die Altersgruppe der unter 18 jährigen sind auf Grund der sonst so geringen Anzahl modellhaft zu versorgender Patienten gemeinsame Verträge aller beteiligten Kostenträger einheitlich abzuschließen.“
 - Gleichzeitig muss eine verpflichtende Begleitevaluation nach gleichen Standards angeordnet werden

- Modellvorhaben für Kinder und Jugendliche sollen unter Einbezug von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und –psychotherapeuten insbesondere in sozialpsychiatrischen Praxen durchgeführt werden können. Hierzu ist ein Einbezug der KVen in eine Erweiterung der Möglichkeiten eines Vertragsabschlusses Voraussetzung

Modellvorhaben sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besonders notwendig

- Im Ausland hat sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mittlerweile eine **differenzierte Versorgungskette** mit **aufsuchenden Behandlungsansätzen** etc. entwickelt.
- In Deutschland ist aufwendige **intensive Behandlung** immer noch in der Regel an das **um Mitternacht belegte Bett** oder den Tagesklinikplatz gebunden: unnötige Koppelung von „Hotelleistung“ an intensive therapeutische und heilpädagogische Leistung

Continuum of Care

AACAP 2008

- Praxis oder Ambulanz (Institutsambulanz)
- Intensives Case Management (kombinierte psychiatrische, medizinische, rechtliche und soziale Hilfen) community based
- Home-based treatment services
- Family support services (MST)
- day treatment program
- Tagesklinik = partial hospitalisation
- Emergency/Crisis services
- Hospital treatment (Vollstationäre Behandlung)

Home-Based Multi Systemic Therapy (Henggeler 1998,2002)

- Multiple Wirknachweise vor allem in Bezug auf Störungen des Sozialverhaltens in unterschiedlichen Ländern und Settings (z.B. USA, Norwegen, Schweiz)
- Cochrane Review MST Littell 8 Studien erfüllen Einschlusskriterien (Delinquenz) : inkonsistente Ergebnisse im Gegensatz zu anderen (nicht unabhängigen) Reviews
- Bistlang Anträge in Deutschland nicht realisiert wegen ressortüberschreitender Finanzierung

- In den USA erhalten 70 % - 80 % aller Kinder, die Interventionen zur Förderung der seelischen Gesundheit erhalten, diese in der Schule (Hoagwood K. et al. 2001)

Rones, M. und Hoagwood, K. 2000

School-Based Mental Health Services: A Research Review

- 47 Studien zeigen, dass es eine Reihe von Programmen gibt, die positive Einflüsse auf emotionale und Verhaltensprobleme haben
- Keine spezifischen Programme in Bezug auf bestimmte Symptomatik

Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health Services

Kimberly Hoagwood, Ph.D.
Barbara J. Burns, Ph.D.
Laurel Kiser, Ph.D.
Heather Ringeisen, Ph.D.
Sonja K. Schoenwald, Ph.D.

The authors review the status, strength, and quality of evidence-based practice in child and adolescent mental health services. The definitional criteria that have been applied to the evidence base differ considerably across treatments, and these definitions circumscribe the range, depth, and extensionality of the evidence. The authors describe major dimensions that differentiate evidence-based practices for children from those for adults and summarize the status of the scientific literature on a range of service practices. The readiness of the child and adolescent evidence base for large-scale dissemination should be viewed with healthy skepticism until studies of the fit between empirically based treatments and the context of service delivery have been undertaken. Acceleration of the pace at which evidence-based practices can be more readily disseminated will require new models of development of clinical services that consider the practice setting in which the service is ultimately to be delivered. (*Psychiatric Services* 52:1179-1189, 2001)

As is true with any newly popularized term, the term "evidence-based" has an almost intuitive ring of credibility to it. It brings to mind images of tree-lined and stately buildings fronted with Grecian columns and filled with persons wearing white coats, speaking in hushed tones, and offering reassurances. But this ring may be hollow. As Montaigne noted, "Nothing is so firmly believed as what we least know," and as Valery warned, "That which has been delivered by every-

one, always and everywhere, has every chance of being false."

There are as many definitions of what constitutes "evidence" as there are definitions of what constitutes a "service." More important, the use of the term "evidence-based practice" presupposes agreement as to how the evidence was generated, what the evidence means, and how or when the practice can be implemented.

We suggest that before this term becomes a slogan, it may be wise to examine the presuppositions behind

it, acknowledge the limitations of what is sometimes characterized as evidence-based practice, and, in the next generation of services research, attend to implementation issues at the front end.

Much of what passes for research on evidence-based practice in the field of child and adolescent mental health might more aptly be described as clinical treatment efficacy research. In this article we first describe how evidence-based practice is being defined in the field of child and adolescent mental health, the characteristics of children and of services that pose special challenges in creating evidence-based practices, and the state of research evidence for treatments and services. Finally, we explain why healthy skepticism about current evidence-based practices is not unreasonable.

Definitional applications

In the field of children's mental health services research, the term "evidence-based practice" refers to a body of scientific knowledge about service practices—for example, referral, assessment, and case management—or about the impact of clinical treatments or services on the mental health problems of children and adolescents. The knowledge base is created through the application of scientific methods that examine the impact of certain practices on outcomes for the child or adolescent and his or her family. Evidence-based practice is a

2001
Dedicated to
Evidence-
Based
Psychiatry

dgkjp

Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

Dr. Hoagwood and Dr. Ringeisen are affiliated with the National Institute of Mental Health in Bethesda, Maryland. Dr. Burns is with Duke University in Durham, North Carolina. Dr. Kiser is with the University of Maryland in Baltimore. Dr. Schoenwald is with the Medical University of South Carolina in Charleston. Send correspondence to Dr. Hoagwood at the National Institute of Mental Health, 6001 Executive Boulevard, Bethesda, Maryland 20817 (e-mail, kh32p@nih.gov).

School-Based Mental Health Services: A Research Review

Michelle Rones¹ and Kimberly Hoagwood^{2,3}

This paper provides a synthetic review of research on school-based mental health services. Schools play an increasingly important role in providing mental health services to children, yet most school-based programs being provided have no evidence to support their impact. A computerized search of references published between 1985 and 1999 was used to identify studies of school-based mental health services for children. Study inclusion was determined by (i) use of randomized, quasi-experimental, or multiple baseline research design; (ii) inclusion of a control group; (iii) use of standardized outcome measures; and (iv) baseline and postintervention outcome assessment. The application of these criteria yielded a final sample of 47 studies on which this review is based. Results suggest that there are a strong group of school-based mental health programs that have evidence of impact across a range of emotional and behavioral problems. However, there were no programs that specifically targeted particular clinical syndromes. Important features of the implementation process that increase the probability of service sustainability and maintenance were identified. These include (i) consistent program implementation; (ii) inclusion of parents, teachers, or peers; (iii) use of multiple modalities; (iv) integration of program content into general classroom curriculum; and (v) developmentally appropriate program components. Implications of these findings and directions for future research are discussed.

KEY WORDS: schools; children; mental health services; prevention; outcomes; effectiveness; emotional and behavioral disorders.

It is now well documented that, insofar as children receive any mental health services, schools are the major providers (Burns *et al.*, 1995; Costello *et al.*, 1996; Leaf *et al.*, 1996; Zahner, Pawelkiewicz, DeFrancesco, & Adnopolz, 1992). However, precisely what, is provided by schools under the rubric of mental health services and whether those services are effective is largely unknown. The inattention in the scientific literature, even at a descriptive level, to identifying types, intensities, dose, or quality of preventive or treatment services in schools is surprising when one considers the quantity of rigorous educational science on topics such as learning disabilities, cognitive curriculum, and the development of psychological tests and strategies. In fact, given the dis-

proportion of educational expenditures for children who meet criteria for having emotional disorders (Parish, 1996), it is surprising that so little attention has been given to the effectiveness of school programs targeted toward prevention, reduction, or treatment of mental health problems.

Until recently, it would have been difficult to describe in any detail school-based mental health services, because basic instruments were lacking. However, since 1994, three major instruments that assess mental health services across a variety of settings, including schools, have been developed, tested, and applied in both community epidemiologic studies and clinical trials.

The availability of these instruments in concert with household-based psychiatric interviews has generated growing national awareness of the levels of unmet need for mental health services for children in this country (Costello *et al.*, 1996; Shaffer *et al.*, 1996). These data indicate that although one-fifth of children in the United States have a diagnosable

¹George Washington University.

²National Institute of Mental Health, Bethesda, MD 20817.

³The article represents the opinions of the authors only and should not be construed as official or as necessarily reflecting the views of the National Institute of Mental Health or the National Institutes of Health.

Schulbasierte kinder- und jugendpsychiatrische Interventionen

- Die Autorinnen Rones und Hoagwood (2000) beschreiben fünf Erfolgsgeheimnisse:
 1. Konsistente Implementation des Programms
 2. Beteiligung von Eltern, Lehrern und/oder Gleichaltrigen
 3. Multiple Behandlungsmodalitäten
 4. Programminhalte werden in die Routine im Klassenzimmer integriert
 5. Programme sind entwicklungspsychologisch für die entsprechende Altersstufe angepasst

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 (Leiter: Dr. H. MEITINGER) am Psychiatrischen Landeskrankenhaus in
 Weinsberg (Direktor: Prof. Dr. F. REIMER)

Behandlung im natürlichen Milieu

MARLIS HEIL, MARIANNE KUNZE-TURMANN, J. FEGERT, H. MEITINGER

Die Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen im häuslichen Milieu hat eine Reihe von Vorteilen. Sie kann die stationäre Behandlung zwar nicht ersetzen, stellt aber eine wesentliche Ergänzung des Therapiespektrums für die Kinder- und Jugendpsychiater dar. Eine wesentliche Voraussetzung ist die Mitarbeit der Eltern.

Nach einer Literaturübersicht über die bisherigen Erfahrungen mit dem „Home treatment“ werden eigene Erfahrungen der Autoren anhand zweier Kasuistiken dargestellt.

Home treatment. Home treatment of emotionally disturbed children and adolescents has a number of advantages. Although it is not a substitute for residential treatment, it is an important addition to the treatment repertoire available to the child psychiatrist. Parental involvement in therapy is essential if home treatment is to be successful.

Following a review of the literature, the authors discuss their own experience with home treatment on the basis of two typical cases.

Therapie im Milieu – Erfahrungsbericht

home treatment – anecdotal report

1. Problemstellung

Es kann als allgemein gültige Erfahrung angesehen werden, dass psychische Erkrankungen und Störungen in engem Bezug zum sozialen Umfeld zu sehen sind. Daraus resultiert, dass in der Therapie die sozialen Gegebenheiten im notwendigen Umfang zu berücksichtigen sind. Deshalb erscheint es auch folgerichtig, dass neue Untersuchungen mehr und mehr der Frage nachgehen, wieweit Behandlungen ausserhalb des „natürlichen Milieus“ vermeidbar und stattdessen im gegebenen sozialen Umfeld durchführbar sind. Hierbei ist besonders zu prüfen, wieweit sich z. B. in der

Home-Treatment = Behandlung vor Ort diskutiert dgkjp und immer wieder erprobt seit den 70er Jahren

Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

„Anstelle von stationärer Behandlung werden regelmäßige Hausbesuche vorgesehen und die wichtigsten Partner des Kindes (Eltern, Großeltern, Lehrer) werden in den therapeutischen Methoden und deren Anwendung unterwiesen.“

(Tharp, Wetzel, 1975; Rost, Grunow, Öchsle, 1975; Belschner, 1976; Perrez, Minsel, Wimmer, 1974; Homme, 1974; Gordon, 1972).

Klinische
Psychologie
+ Psycho-
pathologie

dgkjp

Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

Helmut Remschmidt
Martin H. Schmidt (Hrsg.)

Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung
und Home-treatment im Vergleich

 Enke

Heimkinderinterventionsstudie BMBF und Krankenkassen gefördert

dgkjp

Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM consulte
www.em-consulte.com

European Psychiatry 24 (2009) 483–489

EUROPEAN
PSYCHIATRY

Original article

Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes

T. Besier*, J.M. Fegert, L. Goldbeck

Department of Child & Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, University Hospital Ulm, Steinbohrstr. 5, 89075 Ulm, Germany

Received 10 September 2008; received in revised form 24 February 2009; accepted 26 February 2009

Available online 23 June 2009

Abstract

Objective: Adolescents in residential care are a high-risk population for psychiatric disorders. Due to limited access to outpatient treatment, crises often result in psychiatric hospitalizations. These crises are often accompanied by termination of supportive relationships, which increases the risk for further problems. To minimize hospitalizations and to stabilize the psychological state of these adolescents, we developed and evaluated a home-treatment intervention program based on psychiatric liaison-services and compared it to standard medical care (SMC).

Methods: The intervention was applied in 11 German residential group homes ($N = 288$, $M = 14.1$ years, $SD = 2.7$), while adolescents from 15 institutions ($N = 336$, $M = 13.6$ years, $SD = 3.0$) served as a comparison group (CG) (SMC). The frequency and duration of psychiatric inpatient treatment episodes were documented and caregiver-reported behavioural symptoms were assessed at baseline and at 6 and 12 months postintervention.

Results: In both groups, less than 10% of the adolescents were admitted to psychiatric wards. Compared to SMC, hospitalizations were of shorter duration in the intervention group (IG) (1.30 vs 2.47 days per lead within 12 months, $p < .001$). In both groups, behavioural problems decreased overtime.

Conclusions: Applying a home-treatment intervention program to children in residential care helps to stabilize the developmental course of this high-risk population by shortening psychiatric inpatient treatment.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Residential group homes; Psychiatric liaison-service; Home-treatment; Inpatient treatment; Behavioural problems

1. Introduction

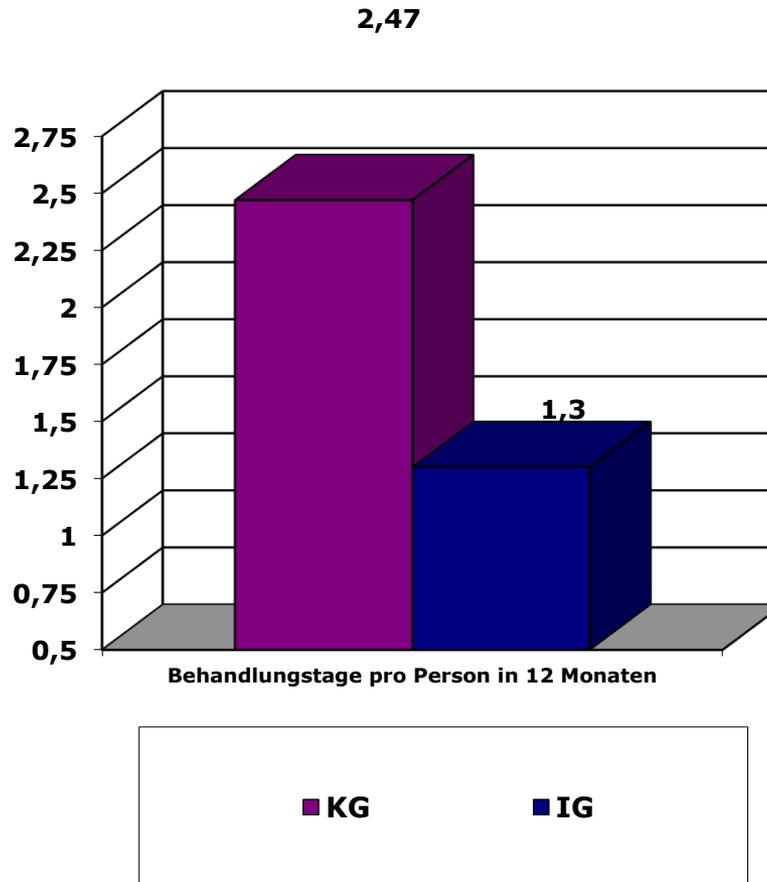
In Germany, more than 60,000 children currently live in youth welfare residential institutions (eg, residential group homes). In these homes, an average of eight children and adolescents live together with group caregivers, (eg, social workers), who provide 24-hour care. Children and adolescents in the child welfare system are at high-risk for psychiatric disorders, a finding that has consistently been shown in several, mostly Anglo-American, studies [5,11,12,14,22,24]. A German epidemiological study [27,28] replicated these findings, showing that two-thirds of the residential care population had at least one psychiatric diagnosis; disruptive behaviour disorders were the most common.

Although childhood psychiatric disorders are associated with extensive use of health services [23] in the normal population, adolescents living in residential care settings are often lacking adequate and continuous outpatient treatment [6,13]. Access to existing services is sometimes difficult due to limited personnel and time resources in the residential care institutions as well as the fear of further stigmatization [5]. This is especially true in Germany, where unlike in the US, special mental health services such as psychopharmacologic treatment and counseling for these vulnerable children and adolescents are of limited availability. In many cases, the delayed and often insufficient treatment provided leads to chronicization of existing disorders, further increasing psychosocial and developmental adversity.

Children and adolescents from a residential context are overrepresented in psychiatric inpatient populations. Moreover, states of escalation and crisis, mostly due to (auto-) aggression, suicidality and disruptive behaviours, often lead to psychiatric inpatient treatment episodes. The effectiveness of psychiatric

* Corresponding author. Tel.: +49 731 500 61639.
E-mail address: tarja.besier@uniklinik-ulm.de (T. Besier).

Zentrales Ergebnis: aufsuchende Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kinderheim reduziert notwendige stationäre Behandlungstage fast um die Hälfte



Originalarbeit

Behandelt zu Hause Gesund werden

Hometreatment in Verzahnung mit Klinikelementen, Chancen und Herausforderungen

Isabel Boege, Nicole Copus und Renate Schepker

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters,
Weissenau, ZfP Südwürttemberg, Ravensburg

Zusammenfassung. *Fragestellung:* Evaluation zweier Behandlungsformen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit Indikation zur stationären Behandlung: (1) verkürzter stationärer Aufenthalt mit sich anschließender Hometreatmentbehandlung verzahnt mit Klinikelementen aus dem stationären Spektrum (BeZuHG = Behandelt zu Hause gesund werden) (2) stationäre Regelbehandlung (TAU). *Methodik:* 100 konsekutiv stationär aufgenommene Kinder und Jugendliche wurden in die Studie eingeschlossen und in die Interventionsgruppe (BeZuHG) oder die Kontrollgruppe (stationäre Behandlung) randomisiert. Soziodemographische Daten, ICD-10 und DSM-IV Diagnose, Fragebögen zum psychosozialen Funktionsniveau, Schwere der Symptomatik und Ausmaß der Beeinträchtigung vor und nach der Behandlung wurden erhoben und in Bezug auf Machbarkeit, Outcome, Kontaktfrequenz und Akzeptanz der Familien für beide Behandlungsformen evaluiert. *Ergebnisse:* Patienten der BeZuHG-Behandlung zeigten gleich gute Behandlungsergebnisse wie stationär behandelte Patienten bei gleichzeitig signifikanter Reduktion der stationären Verweildauer in der BeZuHG-Gruppe. Eine Akzeptanz des BeZuHG-Settings war von den Familien gegeben, eine bessere Einbindung der Eltern in die Behandlung war möglich. *Schlussfolgerungen:* Sektorenübergreifende Konzepte sollten regelhaft in das Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen integriert werden. Weitere Evaluation ist erforderlich, die Stabilität des Behandlungsergebnisses muss in einem 1-Jahres-Follow-up überprüft werden.

Schlüsselwörter: Hometreatment, sektorenübergreifende Versorgung, Versorgungsforschung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, aufsuchende Behandlung

Abstract. *Effectiveness of hometreatment in light of clinical elements, chances, and limitations*

Objective: The main objective was to evaluate two models of care for children and adolescents requiring hospitalization due to severe mental illness. Model 1: early discharge followed by a newly established home treatment service enhanced by clinical elements according to need (BeZuHG); Model 2: admission to an inpatient unit (TAU). *Methods:* 100 children and adolescents admitted to inpatient care were randomized to either a control group (regular inpatient stay) or an intervention group (BeZuHG group). Sociodemographic data, ICD-10 and DSM-IV diagnoses, health and social functioning, psychopathology, clinical impairment, and service use were assessed pre- and posttreatment regarding effectiveness, outcome, contact time, and acceptance within the families. *Results:* Clinical outcome in BeZuHG treatment was as effective as inpatient care. There was a good acceptance within the families, family resources enhanced treatment outcome, and a significant reduction in length of inpatient stay could be shown. *Conclusions:* The BeZuHG model should be a regular option in child and adolescent psychiatric care. Further rigorous evaluation of the model is required: A 1-year follow-up investigating the stability of the shown effects is planned.

Keywords: hometreatment, service development, duration of inpatient stay, community programs, child and adolescent mental health

Einleitung

Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter sind häufig und gehen mit erheblichen Beeinträchtigungen nicht nur für die Betroffenen sondern auch für die Familie sowie die Schule und das soziale Umfeld einher. Dabei wird die Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter auf ca. 10 % bis 20 % geschätzt (Ihle & Esser, 2002; Barkmann, Marutt, Forouher & Schulte-Markwort,

2002; Petermann, 2005; Ravens-Sieberer et al., 2008), die Persistenzrate von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen liegt innerhalb von 2–5 Jahren bei über 50 %.

Während es in der Erwachsenenpsychiatrie in den letzten Jahrzehnten ein hohes Interesse gab, psychiatrische Patienten nicht mehr primär stationär, sondern ambulant in der Gemeinde zu behandeln mit dem Ziel schnellst möglicher psychosozialer Wiedereingliederung, fand aufsuchende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in



Jörg M. Fegert
Tanja Besier

Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem

Zusammenarbeit der Systeme nach
der KICK-Reform

1	Einleitung	989
1.1	Vorbemerkung.....	989
1.2	Einführung in den Themenbereich der (drohenden) seelischen Behinderung	991
2	Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Kinder mit psychischen Störungen und traumatischen Belastungen in der stationären Jugendhilfe.....	998
3	§ 35a SGB VII Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung – Präzisierung der ärztlichen Rolle und Bedeutung der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung ..	1010
3.1	Ärztliche Rolle im Verfahren.....	1010
3.2	Teilhabebeeinträchtigung.....	1014
3.3	Begriffsdefinitionen von Teilhabe nach der WHO	1015
3.4	Instrumente zur Erfassung von Aspekten der Teilhabebeeinträchtigung.....	1019
3.5	Praxis der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung.....	1020
3.6	Anforderungen an eine vereinheitlichte Feststellung.....	1022

13. Kinder- und Jugendbericht

Erster Kinder- und Jugendbericht, der explizit den Auftrag hat, die Lebensbedingungen von Kindern mit Behinderung in den Blick zu nehmen.

Entscheidung der Kommission:

- Lebenslage von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen als Querschnittsthema = keine Institutionenperspektive sondern personenzentriert
- Kinder und Jugendliche mit Behinderungen sind in erster Linie Kinder und Jugendliche mit Bedürfnissen, Problemen, Entwicklungsaufgaben etc. wie alle anderen Kinder und Jugendliche auch und sie brauchen einen behinderungsbedingten Nachteilsausgleich , damit sie in der Gesellschaft bleiben können (Inklusion)

13. Kinder- und Jugendbericht

... ausgewählte zentrale Erkenntnisse zur Kritik der Versorgung von Kindern mit (seelischer) Behinderung:

- Der Hilfebedarf wird häufig aus einer Angebots- und Institutionenlogik heraus formuliert und nicht vom Bedarf des Kindes oder Jugendlichen.
- Die Praxis der Leistungsträger ist durch Abgrenzungen und Zuständigkeitsverweise zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe (und auch Krankenkassen) geprägt. Komplexeleistungen und Mischfinanzierungen spielen kaum eine Rolle.
- Es entstehen an den Schnittstellen der Systeme „Verschiebebahnhöfe“ und bisweilen „schwarze Löcher“.

- **Aufgeschoben ist nicht aufgehoben**, 2 Jahre Verlängerung und Weitergeltung der PsychPV sind ein Erfolg aber keine Lösung
- **Verbindliche Strukturqualitätsgarantien** sind gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit hohem Beziehungs- und Betreuungsanteil unerlässlich
 - GBA Arbeitsgruppe muss KJP Expertise einbeziehen
- **Modelle** und eine wirklich sektorübergreifende moderne vielfältige **Behandlungskette** sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgversprechend
- Vorschlag der APK : **Expertenkommission** mit besonderer Berücksichtigung der KJP wird nachdrücklich unterstützt um den vom BMG gewünschten strukturierten Dialog zu moderieren
- Modelle müssen in der KJP andere Rahmenbedingungen und Partner berücksichtigen:
 - Jugendhilfe, Schule, Familien
- UN-Behindertenrechtskonvention führt zu breiter **Inklusionsdebatte**
- Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung muss Inklusionsbemühungen unterstützen können
- Mit inhaltlichen Reformen und Verbesserungen kann nicht gewartet werden, bis die „Währungsreform“ erfolgt ist
- Jetzt geht es um **moderne „Serviceentwicklung“**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

**dgkjp Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.**

Geschäftsstelle Berlin
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin

www.dgkjp.de