

## ZWISCHENBERICHT FÜR DEN ZEITRAUM 01.01.2006 bis 31.12.2006

**Vorhaben: Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte**

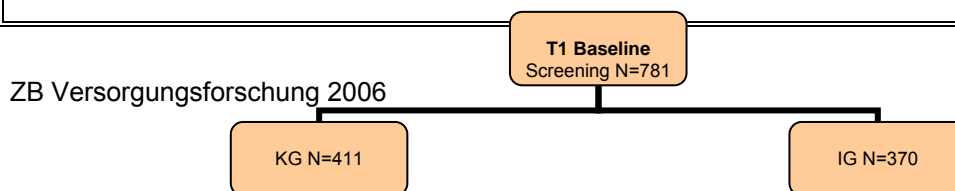
### Darstellung der wichtigsten wissenschaftlich-technischen Ergebnisse und anderer für das Vorhaben wesentlicher Ereignisse (z. B.: personelle Veränderungen)

Kooperationsvereinbarungen wurden mit 11 Einrichtungen der Interventionsgruppe und 15 Einrichtungen der Kontrollgruppen geschlossen. Die erste Screening-Untersuchung wurde in den Heimeinrichtungen seit Ende 2006 sukzessive eingeleitet und zeitnah ausgewertet. Neu aufgenommene Jugendliche wurden bis Dezember 2006 systematisch gescreent und bei positivem Screeningbefund ( $T \geq 60$ ) in die Studie eingeschlossen.

Entsprechend den Vorgaben des Studienprotokolls wurde von den Therapeuten (Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie) aus den insgesamt fünf Behandlungszentren eine aufsuchende, ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunde in allen Einrichtungen der Interventionsgruppe aufgebaut und auf die jeweiligen Gegebenheiten der Einrichtungen angepasst. Die Sprechstunden finden je nach Fallzahlen der Einrichtung im wöchentlichen oder 14-tägigen Rhythmus statt und sind insgesamt gut angenommen worden. Im Rahmen der Sprechstunden werden leitlinienbasierte psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlungen durchgeführt. In den Interventionsheimen wurden standardisierte, störungsspezifische Fortbildungsveranstaltungen für die Mitarbeiter durchgeführt, um sie in der Erkennung und im Umgang mit psychischen Symptomen zu schulen (Psychoedukation). Je nach Bedarf wurden spezifische Gruppentherapieangebote (z.B. soziales Kompetenztraining) mit Hilfe eines Mitarbeiters aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Interventionseinrichtungen installiert. Mit den Einrichtungen wurde außerdem eine Kriseninterventionsvereinbarung getroffen, die bei Selbst- oder Fremdgefährdung zunächst ein ambulantes Krisenmanagement außerhalb der regulären Sprechzeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrien vorsieht. Nur bei erfolgloser ambulanter Intervention sollte eine kurzfristige, auf ca. drei Tage begrenzte, stationäre Krisenintervention erfolgen, die von einer schnellstmöglichen Reintegration des Jugendlichen in die Einrichtung gefolgt sein soll.

Insgesamt wurden Daten von  $N=781$  Kindern und Jugendlichen erhoben, von denen 411 aus den Kontrolleinrichtungen stammen ( $M=14,1$  Jahre,  $SD=3,2$ , 66,9 % männlich) und 370 aus den Einrichtungen der Interventionsgruppe ( $M=14,6$  Jahre,  $SD=2,9$ , 71,9 % männlich). Die Kinder und Jugendlichen leben im Schnitt seit ca. zwei Jahren in den Einrichtungen (Kontrollgruppe:  $M=1,9$  Jahre,  $SD=2,2$ ; Interventionsgruppe:  $M=2,2$  Jahre,  $SD=2,3$ ).

Einen auffälligen/ positiven Screeningbefund hatten 83,7% der Jugendlichen aus der Kontrollgruppe ( $N=344$ ), die somit zur Weiterverfolgung in die Studie eingeschlossen wurden. In der Interventionsgruppe waren 311 Jugendliche auffällig in der Screeninguntersuchung. Diese wurden den behandelnden Therapeuten vorgestellt, die die Jugendlichen einer eingehenden kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung unterzogen und bei Vorliegen einer Diagnose nach Kapitel F der ICD-10 in die Studie einschlossen. Die Stichprobe der Interventionsgruppe besteht somit aus  $N=276$  Jugendlichen (74,6%). Die Rate an auffälligen Befunden in den Screeningfragebögen bestätigt die aus der Vorstudie bereits bekannten hohen Prävalenzzahlen in dieser Klientel. In dem nachstehenden Flussdiagramm sind die Fallzahlen zum besseren Überblick noch einmal graphisch dargestellt (Abb.1). Der zweite Messzeitpunkt war am 31.12.2006 noch nicht abgeschlossen, weshalb noch keine Aussage zu den Verlaufsdaten gemacht wird.



**Abb.1:** Flussdiagramm: Fallzahlen der Studie

Nach Vorbehandlungen befragt wird bei 52,9% der Jugendlichen aus der Kontrollgruppe (n=182) eine Behandlung wegen psychosozialer Probleme in den vergangenen zwölf Monaten vor Studienbeginn angegeben. Signifikant häufiger wurden die Jugendlichen aus der Interventionsgruppe behandelt, von denen 64,1% (n=177) sich im Vorjahr in psychologischer oder psychiatrischer Betreuung befanden ( $\chi^2=8,4$ ,  $df=2$ ,  $p=.015$ ). Nähere Informationen über die Art der Behandlung (Mehrfachnennungen möglich) liefert Tabelle 1.

**Tab.1:** Vorbehandlungen in beiden Gruppen

	Kontrollgruppe		Interventionsgruppe	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung	103	30,0%	124	44,9%
teilstationäre (tagesklinische) Behandlung in KJP	7	2,0%	9	3,3%
ambulante Kassenpsychotherapiesitzungen	57	16,6%	37	13,3%
psychologische Beratung in Beratungsstelle	39	11,4%	24	8,7%
psychologische Beratung durch den Fachdienst der Einrichtung	90	26,1%	84	30,5%

Auch hinsichtlich der jemals erfolgten stationären Behandlung in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie liegt eine Ungleichverteilung vor ( $\chi^2=17,06$ ,  $df=2$ ,  $p\leq.001$ ). Bei 26,5% der Jugendlichen aus der Kontrollgruppe (n=91) wurde mindestens ein stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalt angegeben. In der Interventionsgruppe liegt die Häufigkeit der stationären Vorbehandlung mit 39,9% der Jugendlichen (n=110) signifikant höher. Zur Häufigkeit stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Klinikbehandlungen während des Beobachtungszeitraumes können bis Ende 2006 noch keine Aussagen gemacht werden. Wegen der geringen Basishäufigkeit des Ereignisses erschien eine Zwischenauswertung auf Grundlage der unvollständigen Datenbasis aufgrund des nicht abgeschlossenen zweiten Messzeitpunktes nicht sinnvoll.

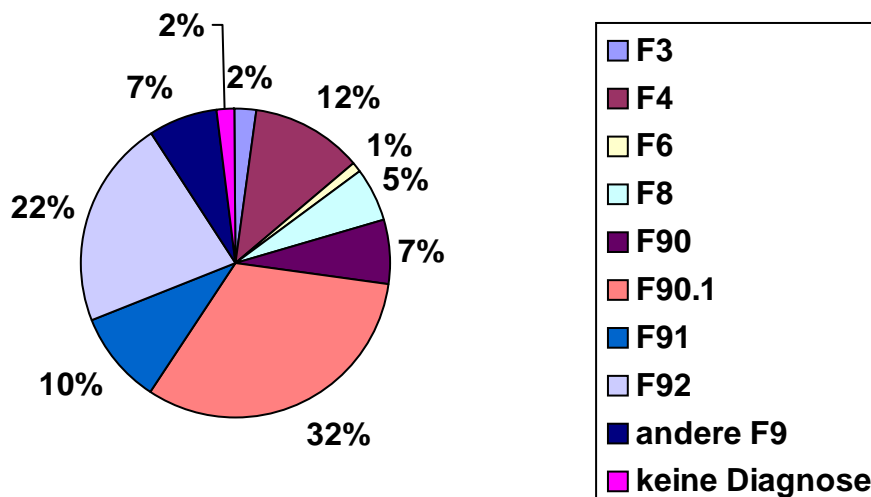
Die Ergebnisse der Auswertung des Screenings der psychischen Symptombelastung, gemessen mit dem Erzieherfragebogen CBCL4/18, sind in Tabelle 2 abgebildet.

**Tab.2:** Ergebnisse der CBCL-Gesamtskalen zum ersten Messzeitpunkt

	Gruppe	N	M	SD
Skala internalisierende Verhaltensstörung (INT-T Wert)	KG	339	63,73	9,0
	IG	266	63,52	9,7
Skala externalisierende Verhaltensstörung (EXT-T Wert)	KG	339	67,13	9,4
	IG	266	69,25	9,8
Gesamtskala (GES-T Wert)	KG	339	68,01	7,5
	IG	266	69,16	8,1

Beim Gruppenvergleich zeigt sich ein signifikanter Mittelwertsunterschied lediglich auf der Skala der externalisierenden Verhaltensstörungen ( $t(603)=-2,7, p=.007$ ).

In der Interventionsgruppe konnte nach auffälligem Screeningbefund in den Sprechstunden eine Verifizierung der erhöhten psychischen Symptombelastung durch eine leitlinienorientierte kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik erfolgen. Folgende Diagnosen (N=259) wurden vergeben:



**Abb.2:** Diagnosen nach ICD-10 in der Interventionsgruppe

Offensichtlich ist ein deutliches Übergewicht an disruptiven Verhaltensstörungen mit oder ohne zusätzliche hyperkinetische Symptomatik (insgesamt 43,2% der vergebenen Diagnosen auf Achse I des Multiaxialen Klassifikationssystems der ICD-10); 22% der Kinder erhalten die Kombinationsdiagnose einer Störung des Sozialverhaltens mit emotionaler Störung, die eine sehr komplexe Behandlung nötig macht.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass die beiden Gruppen hinsichtlich der psychischen Belastung (vor allem in Hinblick auf externalisierende Verhaltensstörungen) und des Inanspruchnahmeverhaltens psychosozialer Interventionen nicht vergleichbar sind. Dies gilt es bei der späteren Auswertung und Ergebnisinterpretation zu berücksichtigen.

Die angestrebte Fallzahl von je 200 Probanden entsprechend dem Studienplan wurde zum ersten Messzeitpunkt (Screening) deutlich überschritten, um der antizipierten, wohlbekannten Fluktuation in beiden Gruppen Rechnung zu tragen. Die bereits vorliegenden Abmeldungen im Verlauf des ersten Beobachtungshalbjahres verdeutlichen dies und haben uns dazu veranlasst, noch bis Ende 2006 neu aufgenommene Kinder und Jugendliche in die Studie einzuschließen. Die Verlaufsmessungen sechs

und zwölf Monate nach der ersten Screeninguntersuchung werden in allen teilnehmenden Einrichtungen durchgeführt. Abschluss der Erhebungen wird im Juli 2007 sein. Der Stand Ende 2006 kann dahingehend zusammengefasst werden, dass das Projekt erfolgreich und inhaltlich wie geplant, mit einer dreimonatigen Verzögerung, durchgeführt wird. Von den teilnehmenden Studienzentren und Einrichtungen ist eine sehr positive Resonanz zu verzeichnen.

Die Bekanntmachung des Interventionsmodells in Fachkreisen wurde fortgesetzt. Im Rahmen der ersten Sitzung des wissenschaftlichen Projektbeirates, welche Ende Januar 2006 in Ulm stattfand, kam es zu intensiven interdisziplinäre Diskussion mit verschiedenen bedeutenden Vertretern aus Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, niedergelassenen Fachärzten sowie Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen. Hier wurden die Projektkonzeption, Implementierungsstandards und versorgungspolitische Probleme diskutiert. Wir erhielten wertvolle Anregungen in Bezug auf die Wichtigkeit der Erfassung der Strukturqualität der Einrichtungen, sowie der Integration von Zufriedenheitsbefragungen, dem wir durch die Ausgabe eines standardisierten Fragebogens am Ende der Studienlaufzeit Rechnung tragen wollen.

Bei dem Bundestreffen der Arbeitsgemeinschaft Institutsambulanz der leitenden Ärzte kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken (BAG KJPP) im Juni 2006 war das Projekt ein Schwerpunktthema und stieß auf sehr positive Resonanz. Viele Vertreter der Institutsambulanzen äußerten eine hohe Bereitschaft zur Umsetzung ähnlicher Behandlungsansätze, wenngleich die bislang ungeklärte Refinanzierung solch intensiver Behandlungen zu großen Diskussionen führte.

Darüber hinaus wurde das Projekt im Herbst 2006 bei einem Symposium des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Niedersachsen/Bremen in seiner Konzeption vorgestellt.

---

**Förderkennzeichen: 01GL0508**

---

**Haben sich die Aussichten für das Erreichen der Vorhabensziele geändert?  
Wenn ja, welche Probleme sind entstanden?**

---

Angestrebt wird eine möglichst vollständige Verfolgung aller Probanden der Studie, mit Follow-up Untersuchungen nach sechs und zwölf Monaten. Wie erwartet kommt es zu einer hohen Fluktuation in allen beteiligten Einrichtungen, so dass die angestrebte Fallzahl von je 200 Probanden trotz deutlicher Mehrrekrutierung zum ersten Messzeitpunkt möglicherweise beim letzten Messzeitpunkt nur annähernd erreicht wird. Einbußen durch organisatorische Mängel versuchen wir durch ein sehr intensives Monitoring und regelmäßigen Kontakt zu den teilnehmenden Einrichtungen zu vermeiden. Die Gründe für Dropouts und Abmeldungen von Probanden sollen exakt dokumentiert und in die statistische Auswertung einbezogen werden. Besonders kritisch sollten dabei die Abbrüche aufgrund von ausagierendem Verhalten der Jugendlichen beleuchtet werden, auch im Hinblick auf Grenzen des Interventionsprogramms.

---

**Haben sich die Vorhabensziele geändert? Wenn ja, warum?**

---

Nein, es bestand kein Anlass für die Änderung der Vorhabensziele. Neben der Implementierung und Überprüfung der Machbarkeit eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogrammes ist das Hauptziel der Studie (wie im Studienprotokoll festgelegt) die Beantwortung der Frage, ob durch die intensive ambulante Behandlung stationäre Behandlungsaufenthalte, z.B. zur Krisenintervention bei ausagierenden Verhaltensstörungen, eingespart werden können.

---

**Sind inzwischen Ergebnisse anderer Arbeitsgruppen bekannt geworden, die für das Vorhaben von Bedeutung sind? Wenn ja, welche?**

---

Nach unserem Kenntnisstand sind keine anderen Arbeitsgruppen, sei es national oder international, mit einem ähnlichen Thema befasst.

### **Fortschreibung des Verwertungsplans**

- 1) Die Bekanntmachung des Modellprogramms in Fachkreisen soll fortgesetzt werden. Wissenschaftliche Publikationen für die entsprechende Fachpresse sind in Planung und eine Manuskripteinreichung gegen Ende der Projektlaufzeit ist realistisch. Im Rahmen des Kongresses der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Aachen im März 2007 soll die Präsentation des Projekts und erster Ergebnisse zum Verlauf in einem Symposium zu neuen Entwicklungen in der Jugendhilfe erfolgen. Zum Ende der Projektlaufzeit sind eine zweite wissenschaftliche Beiratsitzung stattfinden, die mit einer Tagung mit Workshopcharakter für Vertreter von Jugendhilfe, Krankenkassen und Kinder- und Jugendpsychiatrie verknüpft werden soll. Hier soll eine Bekanntmachung der Ergebnisse des Projektes erfolgen und es sollen Implementierungsaspekte angesprochen und diskutiert werden. Der Fokus soll dabei auf die Standards zur Schnittstellenorganisation und –koordination sowie auf die notwendigen Voraussetzungen eines flächendeckenden Versorgungsmodells gelegt werden.
- 2) Wirtschaftliche Überlegungen und mangelnde ambulante Versorgungsangebote vor allem in ländlichen Regionen – wo Jugendhilfeeinrichtungen häufig angesiedelt sind - spielen bei der flächendeckenden Implementierung des Versorgungsmodells eine entscheidende Rolle. Erste Rückmeldungen aus der Praxis zeigen, dass die Refinanzierung von solch intensiven Behandlungsprogrammen derzeit nicht gewährleistet ist. Der gegenüber einer Komm-Struktur einer üblichen Kassenarzt- oder Kassenpsychotherapiepraxis erhöhte Aufwand einer aufsuchenden Behandlung, die sozialpsychiatrische Orientierung, die multimodale therapeutische Vorgehensweise und die Einbeziehung des Jugendhilfeumfeldes in die Behandlung bedeuten einen erheblichen Mehraufwand für die Leistungserbringer, der durch die regulären Abrechnungsmöglichkeiten mit den Krankenkassen nicht abgedeckt wird. Kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen sind größtenteils unterfinanziert – mit großen regionalen Unterschieden im Vergleich zwischen den Bundesländern – und können sich deswegen nur eingeschränkt oder gar nicht die aufsuchende Arbeit in der Jugendhilfe leisten. Von Vertretern einzelner Kassen (Beispiel Baden-Württemberg) wird sogar in Frage gestellt, ob aufsuchende Behandlungen in Institutionen mit den geltenden Rahmenverträgen für psychiatrische Institutsambulanzen vereinbar sind. Das EBM-System für niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und die Abrechnungsmöglichkeiten für niedergelassene Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten enthalten bisher zu wenige Anreize für eine aufsuchende ambulante Behandlung von Risikopatienten. Auch niedergelassene Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Sozialpsychiatrie-Zulassung berichten von unzureichender Vergütung ihrer Tätigkeit im Rahmen unseres Versorgungsmodells. Der Mangel an niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und an niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in vielen vor allem ländlichen Regionen Deutschlands erschwert darüber hinaus die flächendeckende Verbreitung des Versorgungsmodells. Unvertretbar lange Wartezeiten auf eine fachgerechte Diagnostik und Behandlung führen zur Chronifizierung und Verschlimmerung der psychischen Störungen dieser ohnehin schon schwer belasteten Hochrisikogruppe. Aus den genannten Gründen ist davon auszugehen, dass weiterhin stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen für die Zielgruppe unseres Versorgungsmodells teilweise leichter zugänglich sind als kostengünstigere ambulante Behandlungen. Die Stabilisierung stationärer Behandlungserfolge kann jedoch nur durch eine intensive ambulante Nachbetreuung gelingen, die jedoch in vielen Regionen nicht gewährleistet ist.
- 3.) In Zukunft sind verstärkte Anstrengungen zum Ausbau ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung und eine nach Schwierigkeitsgrad und Aufwand differenzierte Vergütung für aufsuchende ambulante Behandlung erforderlich, um die Chancen für die Verbreitung unseres absehbar erfolgreichen und in Kosten-Nutzen-Relation hocheffizienten Behandlungsprogramms zu verbessern. Deswegen planen wir die Nutzung von Fachverbänden und Berufsverbänden sowie die Einbeziehung der Krankenkassen in die weiteren Überlegungen zur Implementierung. Im Rahmen der ersten Planungen zur Abschlussveranstaltung

(inzwischen auf November 2007 terminiert) wurde auch über die Zusammenstellung von Implementierungsaspekten im Sinne einer gemeinsamen Erklärung zu benötigten Versorgungsstandards und Rahmenbedingungen gesprochen. Diese könnte als Grundlage zu einer Diskussion der Voraussetzungen für eine flächendeckende Implementierung eines solchen Modellprojekts mit Vertretern von Bund und Ländern sowie den Spitzenverbänden der Jugendhilfe und der Krankenkassen dienen. In diesem Rahmen wurde auch die Notwendigkeit von Fortbildungsveranstaltungen für die politischen Vertreter (Jugendhilfeausschüsse) auf Landesebene zeitnah zum Projektabschluss konstatiert. Wir werden uns um die Umsetzung all dieser Punkte bemühen und frühzeitig mit der Planung der Abschlussveranstaltungen beginnen.

**Förderkennzeichen: 01GL0508**

**Liste eigener Publikationen von Vorhabensergebnissen  
(bitte Sonderdrucke gemäß Zuwendungsbescheid beifügen)**

Schmid, M., Goldbeck, L. und Fegert, J.M. (2006). Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe – (k)eine Aufgabe für niedergelassene Verhaltenstherapeuten? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 38, 95-119

Schmid, M., Nützel, J., Fegert, J.M., Goldbeck, L. (2006). Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 55:544-558.