

Versorgungs-Infrastruktur der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland 2023

Renate Schepker
Tagung der AGJ
18.10.2023

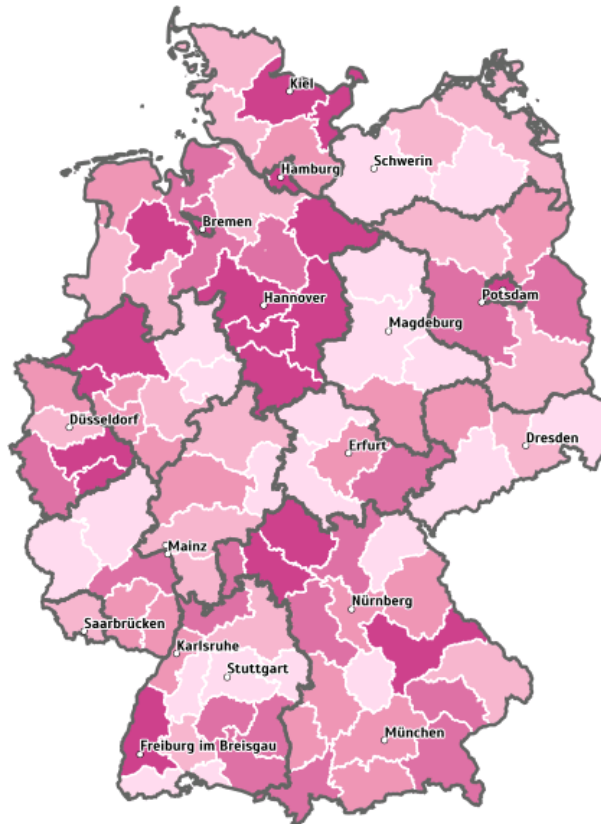
Mögliche Interessenkonflikte

- Keine Involviertheit mit der Pharmazeutischen Industrie auf irgendeiner Ebene
- Mitglied des Vorstands der DGKJP und fachpolitische Geschäftsführerin der DGKJP
- Teilnahme an etlichen Anhörungen zur Krankenhausfinanzierung, zur Versorgung, Dialogprojekte APK und BMFSFJ
- Mitgliedschaften in der BAG KJPP, der APK, dem BKJPP

Inverse care law

Kind.-Jug.-Psychiater, Versorgungsgrad in %, Raumordnungsregionen, 2019

- von 28,0 bis 77,0
- von 77,0 bis 108,2
- von 108,2 bis 116,0
- von 116,0 bis 142,4
- von 142,4 bis 386,0



Ambulant:

(Niederlassungsfreiheit bis 2014)

- Versorgungsquotient
(Behandlungsfälle : EW < 18J x1000)
- differiert zwischen Sachsen und Hamburg um x 6,7
- innerhalb der Großstädte sind „arme Stadtteile“ schlechter versorgt

Stationäre Versorgung Invers andersherum

Tab. 2 Versorgungsübersicht Deutschland nach Bundesländern

| Bundesländer | Einwohner:innen ^a [26] | Einwohner:innen 0–18 J ^a [26] | % 0–18 J ^a [26] | Anzahl Betten (KJP, 2020) [25] | BMZ pro Bundesland ^b |
|------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Baden-Württemberg | 11.124.642 | 2.011.109 | 18,08 | 647 | 0,06 |
| Bayern | 13.176.989 | 2.322.315 | 17,62 | 756 | 0,06 |
| Berlin | 3.677.472 | 647.080 | 17,60 | 267 | 0,07 |
| Brandenburg | 2.537.868 | 429.276 | 16,91 | 241 | 0,09 |
| Bremen | 676.463 | 119.921 | 17,73 | 50 | 0,07 |
| Hamburg | 1.853.935 | 332.008 | 17,91 | 197 | 0,11 |
| Hessen | 6.295.017 | 1.128.553 | 17,93 | 557 | 0,09 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 1.611.160 | 260.753 | 16,18 | 211 | 0,13 |
| Niedersachsen | 8.027.031 | 1.429.897 | 17,81 | 740 | 0,09 |
| Nordrhein-Westfalen | 17.924.591 | 3.213.978 | 17,93 | 1273 | 0,07 |
| Rheinland-Pfalz | 4.106.485 | 715.908 | 17,43 | 274 | 0,07 |
| Saarland | 982.348 | 156.178 | 15,90 | 60 | 0,06 |
| Sachsen | 4.043.002 | 682.489 | 16,88 | 371 | 0,09 |
| Sachsen-Anhalt | 2.169.253 | 341.793 | 15,76 | 354 | 0,16 |
| Schleswig-Holstein | 2.922.005 | 503.799 | 17,24 | 403 | 0,14 |
| Thüringen | 2.108.863 | 341.152 | 16,18 | 298 | 0,14 |
| <i>Deutschland</i> | <i>83.237.124</i> | <i>14.636.209</i> | <i>17,58</i> | <i>6699</i> | <i>0,08</i> |

^aPer 31.12.2021

^bOhne TK-Plätze

Hochschwelligkeit -

ins KJPP System* kommt man über

- Schulsozialarbeiter:innen, Vertrauenslehrer:innen,
Erzieher:innen

- Beratungsstellen (Sucht, SM, Familie.....)

Jugendamtsmitarbeiter:innen, Vormünder:innen

- Kinderärzte, Hausärzte

- Polizei und Jugendgerichtshilfe

- Selbstmelder

mit Überweisung außer im **Notfall** (immer möglich!)

Immer mit **Einverständnis** von beiden **Sorgeberechtigten**

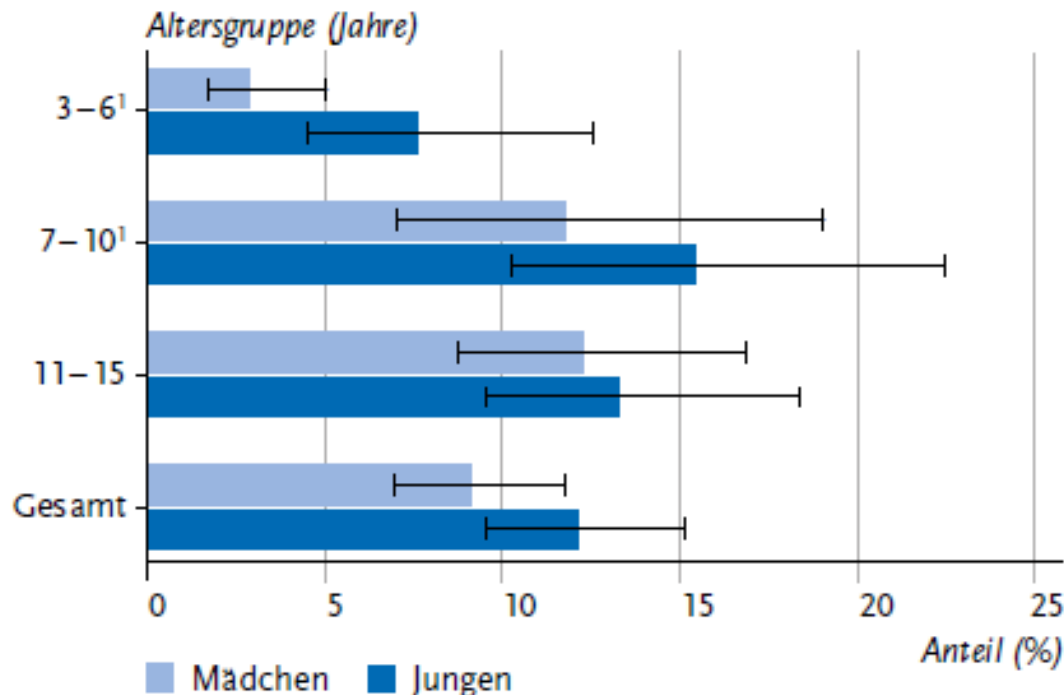
Nur ab 16 Jahren auch ohne die Eltern (amb. Psychotherapie, PIA)

Achtung: **Kinderpsychotherapeuten 5 x mehr als Kinderpsychiater in der Niederlassung! Zuweisung ähnlich wie KJPP**

* außer: ÖGD, Jugendhilfe-Konsil, Kinderklinik-Konsil

RKI-Befragung von Eltern

(bevölkerungsrepräsentativ) zur psychischen
Gesundheit ihrer Kinder



¹ Die Werte sind aufgrund geringer Fallzahlen mit hoher statistischer Unsicherheit behaftet und müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden.

Die teilnehmenden Eltern gaben für durchschnittlich **10,6%** der Kinder in der Altersgruppe der 3- bis 15-Jährigen einen **erhöhten medizinischen, psychosozialen oder pädagogischen Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf** an

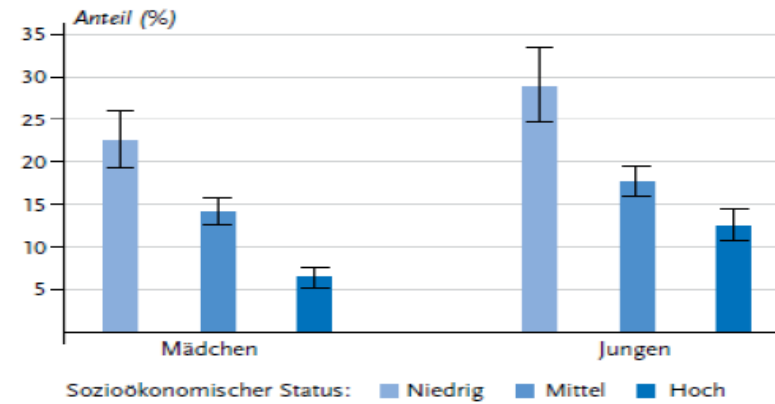
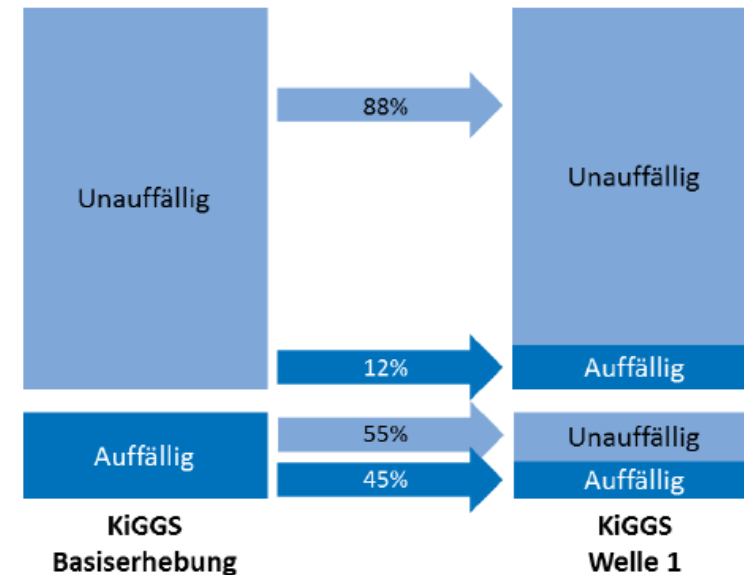
Benachteiligte Kinder haben schlechtere Chancen – auch gesundheitlich

Je höher SES der Familie, umso geringer ist der Anteil der Kinder/Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten

- doppeltes Risiko bei Alleinerziehenden (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 Symptome – niedriger vs. hoher SES:

- Hyperaktivität x 3,2
- Dissozialität x 4,7
- Ängste x 1,7



Folie von M. Kölch

KBV-Statistik

Daten der ambulanten kassenärztlichen und –
psychotherapeutischen Versorgung 2019 vs. 2020

Gesicherte F-Diagnosen nahmen zu an

| | |
|----------------------|---------------------------|
| Phobische Störungen | (3.Q +7,4 %; 4.Q +13,5 %) |
| Angststörungen | (3.Q +6,8 %; 4.Q +10,4 %) |
| Depressive Episode | (3.Q +2 %; 4.Q +4,5 %) |
| Rezid. Depr. Störung | (3.Q + 2,8 %; 4.Q +5 %) |

Suchtstörungen und Störungen des Sozialverhaltens nahmen ab.

(Inanspruchnahmeeffekt? Versorgungseffekt?)

(Berg, Nervenheilkunde 41: 335–339, 2022)

Aktuelle Entwicklungen

- Zunahme von Schulabbrüchen nicht objektiviert (bundesweit 6,2%; Anstieg auch vor-pandemisch); Schulvermeidung steigt „gefühl“ an
- Zunahme von gefährlichem Drogenkonsum bei Jugendlichen → Zunahme von Psychose-Manifestationen
- Abbau von Inklusionsplätzen in Kindergärten → drohende Chronifizierung von Entwicklungsstörungen
- Personalprobleme in der Jugendhilfe – und in Kliniken
- Mangel an Inobhutnahmeplätzen
- Steigende Kriseninterventionen vollstationär, sinkende Verweildauern

(komm. Röhren)

„Mehr“ in allen
Systemen erhöht
automatisch den Bedarf
in der Kinder- und
Jugendpsychiatrie

Ziele Umbau (mehr denn Ausbau)

(siehe auch aktuelles Papier der Regierungskommission zu den P-Fächern)



Südwürttemberg

- **Behandlungsquote und Haltequote heben**
- viele kommen nicht in vollstationäre Behandlung, wären ambulant gar nicht zu behandeln oder brechen Behandlung ab – Behandlungsverzögerung in D liegt bei bis zu 6;8 Jahren
- **Zwang vermeiden**
- Schulabsentisten wären oft nur mit Unterbringungsbeschluss nach § 1631b BGB behandelbar – StäB oder intensiv ambulant als Alternative
- **Transferprobleme reduzieren**
durch unmittelbare Lernschritte im häuslichen und schulischen Umfeld
- **Einzelkontakte in Behandlerkontinuität intensivieren**
- **Elternengagement intensivieren**
- **Verweildauer vollstationär für Therapien verkürzen**
- **Ressourceneinsparung / bzw. bessere -allokation**

Aufsuchende Behandlung!

„Konsiliardienst“ in Jugendhilfeeinrichtungen

- Nach „Ulmer Modell“ bei allen großen Trägern
- Regelmäßige aufsuchende Sprechstunden, Elternberatung, Team-Beratungen; Gruppentherapie
- durch niedergelassene Kinder-/Jugendpsychiater:innen oder durch PIAs an Kliniken
- Kooperation mit psychiatrischer Familienpflege
- Über individuelle und institutionelle Krisenvereinbarungen werden Krisenaufnahmen reduziert; stationäre Behandlungen gezielt indiziert
- Haltefähigkeit in Jugendhilfeeinrichtungen verbessert

Einzelprojekt-Ideen

- KiTa-Paten-Projekt der Stiftung Achtung Kinderseele; Beratung von KiTas ehrenamtlich durch Kinderpsychiater
- Freie „Bürgersprechstunden“ am Gesundheitsamt durch Kinder- und Jugendpsychiater (einz. Kommunen NRW)
- Gruppensitzungen Jugendlicher mit Psycholog:innen aus (Erziehungs-/Familien-)beratungsstellen in Jugendzentren
- Gemeinsame Gruppen von Jugendamt und Kinderpsychiatrie z.B. für Kinder psychisch kranker Eltern
- KJPP-Sprechstunden an Schulen: eher gescheitert durch Stigmatisierungsfurcht (Projekt CCSchool, Innofonds)

Take home

Vernetzte Versorgung tut not!

Vor allem sektorenübergreifend und sektorenunabhängig
Kooperationsgebot in SGB V inexistent – muss her
Übergänge zwischen Sektoren und Schnittstellen aufheben
- in enger Kooperation mit Jugendhilfe