

BESCHREIBUNG DER MEDIZINISCHEN UND SOZIALEN VERSORGUNG

EINFÜHRUNG

- A. NEUROLOGIE**
- B. PSYCHIATRIE**
- C. PSYCHOTHERAPIE**
- D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE**

Übersicht der Anhänge zu Anlage 17 PNP

Anhang 1 zu Anlage 17:

Grundlagen der Schnittstellenkoordination

Anhang 2 zu Anlage 17:

Sozialer Dienst der AOK Baden-Württemberg/Patientenbegleitung der Bosch BKK

Anhang 3.1 zu Anlage 17:

Antrag auf Genehmigung durch Krankenkasse (GDK) – Modul C. PSYCHOTHERAPIE

Anhang 3.2 zu Anlage 17:

Antrag auf Genehmigung durch Krankenkasse (KJPY-GDK) – Modul D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Anhang 4 zu Anlage 17:

Transition – Modul D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Anhang 4.1 zu Anlage 17:

Arbeitshilfe Transition – Modul D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Anhang 5 zu Anlage 17:

Nicht-medikamentöse auf den Lebensstil bezogene Versorgung und Online-Coaches – Modul D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Anhang 6 zu Anlage 17:

Medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche – Modul D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Anhang 7 zu Anlage 17:

Medikamentöse Therapie – Modul D. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Inhaltsverzeichnis

Einführung	4
Bewertungsschritte	7
Ziele des Vertrags im Überblick	8
A. Neurologie	10
1.1 Allgemeiner Teil Versorgungswege	10
1.2 Spezielle Neurologie Versorgungswege	11
1.2.1 Zerebrovaskuläre Krankheiten	11
1.2.2 Multiple Sklerose	13
1.2.3 Epilepsie	16
1.2.4 Extrapyramidale Syndrome	17
1.2.5 Polyneuropathie	20
1.2.6 Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	22
1.2.7 Demenz	22
1.2.8. Neuropsychiatrischer Komplikationszuschlag für die Behandlung von neuropsychiatrischen Folgeerkrankungen	25
B. Psychiatrie	26
2.1 Allgemeiner Teil Versorgungswege	26
2.2 Spezielle Psychiatrie Versorgungswege	29
2.2.1 Schizophrenie Wahn, psychotische Störungen	29
2.2.2 Multiple Persönlichkeitsstörungen	31
2.2.3 Angststörungen	33
2.2.4 Zwangsgedanken und -handlungen gemischt	34
2.2.5 Affektive Störungen	36
2.2.6 Bipolare affektive Störungen	38
2.2.7 Posttraumatische Belastungsstörungen	40
2.2.8 Akute Belastungsreaktion	40
2.2.9 Verhaltensstörungen wie Pathologisches Spielen, Essstörungen wie Anorexia nervosa	42
2.2.10 Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung	44
2.2.11 Aufmerksamkeitsdefizit–Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	44
2.2.12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Substanzmissbrauch	46
C. Psychotherapie	50
3.1 Allgemeiner Teil	50
3.2 Psychotherapeutische Behandlung auf der Basis von Anl. 12 mit Anhängen ...	51
3.2.1 Affektive Störungen	51
3.2.2 Schizophrenie, schizotype, wahnhaft, vorübergehende akute psychotische und schizoaffektive Störungen	53
3.3.3 Alkoholsucht	54
3.3.4 AD(H)S und Störungen des Sozialverhaltens	56

D. Kinder- und Jugendpsychiatrie	63
Zusammenfassung	63
4.1 Einleitung	68
4.2 Inhalt	68
4.2.1 Grundlagen und Hintergründe des Facharztvertragsmoduls Kinder- und Jugendpsychiatrie (Anlage 12 und Anlage 17).....	68
4.2.2 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	73
4.2.3 Versorgungssituation in Baden-Württemberg und Deutschland	77
4.2.4 Besonderheiten und Möglichkeiten für eine Verbesserung der Versorgung gemäß Fachliteratur	79
4.3. Quellen Modul D. Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	85

Einführung

Wege aus der Krise

*“Probleme kann man niemals mit derselben Denkweise lösen, durch die sie entstanden sind.”
Albert Einstein*

Psychisch und neurologisch erkrankte Menschen sind je nach Schweregrad der Krankheit in ihrer Lebensführung und Lebensqualität körperlich, seelisch und sozial oft eingeschränkt. Im Verlauf der Erkrankung gelingt es häufig immer weniger, alltägliche Aufgaben zu bewältigen - Selbstzweifel, Ängste, Zukunftssorgen, Antriebsstörungen nehmen zu. Die Motivation zur Teilhabe am Leben vermindert sich, wenn die Krankheit fortschreitet und je länger die Krankheit unbehandelt oder fehlversorgt bleibt.

Versorgungsqualität und Lebensqualität fördern

Um die Versorgung der betroffenen Menschen hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten und des Behandlungsablaufs zu fördern, sind gemäß Leitlinien, Gesundheitsberichtserstattung und aktueller Fachliteratur mehrere Maßnahmenbündel von Nutzen für die Patienten:

- Eine differenzierte Diagnosestellung für die frühzeitige leitliniengemäße Zuordnung der Erkrankungen in die entsprechenden therapeutischen Versorgungsstufen,
- ein sektorenübergreifend gemeinsames Grundverständnis zu Art und Schwere der Symptome, abgebildet durch eine vereinfachte Dokumentation (1 Buchstabe, 4-5 Ziffern nach ICD-10 als Codes, ohne umständliche Fachbegriffe),
- eine medizinisch-pharmakologische und psychotherapeutische Versorgung, die leitlinien-, evidenzbasiert und patientenbezogen abgestimmt ist auf den Schweregrad der Erkrankung,
- erweiterte Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten medizinisch und psychotherapeutisch für eine flexible und individuelle Versorgung,
- eine leitlinienbezogene Information und Beratung des Patienten (*shared decision making*) und bei Bedarf der Angehörigen,
- Förderung und Honorierung der sprechenden Medizin,
- Förderung und Honorierung einer zugangs- und bedarfsgerechten Versorgung,
- Koordination und Kooperation von Hilfsangeboten zur Unterstützung der Teilhabe am Leben,
- vorausschauende Versorgung
 - als kontinuierliche Weiterbehandlung zur Rezidiv- und Rückfallprophylaxe,
 - zur frühzeitigen Einleitung von Hilfsmaßnahmen für die Teilhabe am Leben,
 - abgestimmt auf die individuelle Lebenssituation und Krankheitsphase,
- erweiterte Versorgungsangebote und psychosoziale Unterstützung auch für Kinder/Jugendliche.

(Quellen: www.g-ba.de; www.awmf.de; www.dimdi.de; www.svr-gesundheit.de; u.a.)

Zahlen & Fakten im Überblick

- zu den häufigsten chronischen psychischen und neurologischen Erkrankungen zählen bei jungen Menschen Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie, Verhaltens- und Ess-Störungen, Epilepsie und Multiple Sklerose; bei älteren Menschen darüber hinaus Schlaganfall, Parkinson, Demenz
- zudem sind etwa 3% der Bevölkerung in Deutschland alkoholabhängig
- 1,9 Millionen AOK-Versicherte mit Depressionen wurden deutschlandweit 2007 behandelt
- 33% dieser AOK-Versicherten wurden stationär behandelt
- am längsten dauert eine stationäre Behandlung wegen psychischer Erkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie mit durchschnittlich 41 Tagen
- Frauen sind von Depressionen fast doppelt so oft betroffen wie Männer
- etwa 16 Prozent der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre gehen auf seelische Erkrankungen zurück
- letztere sind damit nach Verletzungen und Vergiftungen mit wachsender Tendenz Ursache für Arbeitsausfall
- psychische Erkrankungen verursachen deutschlandweit direkte Krankheitskosten von etwa 27 Milliarden Euro pro Jahr
- daneben betragen die Gesamtkosten für alkoholbezogene Krankheiten ca. 24 Milliarden Euro, zu über zwei Dritteln sind Männer betroffen
- hinsichtlich neurologischer Erkrankungen ist die Multiple Sklerose eine der häufigsten mit Erkrankungsbeginn zwischen dem 20. und 45 Lebensjahr
- Schlaganfälle stehen in Deutschland in der Todesursachenstatistik auf Platz 2 nach Herz-, Kreislauferkrankungen und gehören zu den häufigsten Ursachen für Invalidität im höheren Lebensalter

(Quellen: WiDO 2009; www.gbe-bund.de; Gesundheitsberichtserstattung des Bundes Heft 40 RKI 2010; DIMDI HTA-Bericht 112, 2011; <http://portal.dimdi.de/de/hta/berichte>; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg; www.rp-stuttgart.de Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg Grundlagenpaper Suchtprävention 2010; Niebling et al. 2008; Herold u.a. 2011;)

Defizite der Versorgung

In den maßgeblichen Berichten des Gemeinsamen Bundesausschusses, des Sachverständigenrats sowie entsprechender Leitlinien werden für Deutschland insbesondere folgende Versorgungsdefizite dargestellt:

- unterschiedliche und auch undifferenzierte medizinische Diagnosestellungen und daraus abgeleitete Therapieformen
- zu lange Wartezeiten
- nicht adäquate Zuweisungen (Über- und Einweisungen)
- unzureichende Kommunikation und Kooperation zwischen den Behandlern
- mangelnde Therapieangebote
- unzureichende wohnortnahe Versorgung
- unzureichende Berücksichtigung des Lebensalltags (zum Beispiel Arbeitsumfeld, Familienstand usw.) und der Teilhabe am Leben

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- unzureichende Beratung zur Rückfallprophylaxe
- unzureichende kontinuierliche fachärztliche Begleitung bei komplexen Krankheitsbildern

(Quellen: www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm; www.g-ba.de; www.rki.de/; www.awmf.de; www.gesundheitsinformation.de; u.a.)

Verbesserung der Versorgung

Demgegenüber werden folgende Verbesserungsansätze realisiert:

- genaue Diagnosestellung für die weitere Beratung und Therapie
- sorgfältige differenzierte Erhebung der Diagnose nach Art und Schweregrad abgebildet als korrekte ICD-10-Schlüssel
- Einleitung einer evidenzbasierten rationalen Pharmakotherapie, die auf die individuelle Risikokonstellation des Patienten abgestimmt wird
- Wegfall aufwendiger und zeitraubender Zugangsverfahren, weil leitlinienkonforme Psychotherapie als Grundlage dient
- gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten und ggf. nach Bedarf/auf Wunsch mit den Angehörigen zum Beispiel
 - zur Psychotherapie
 - zur Pharmakotherapie (Dosierung, Dauer leitlinienbasiert)
 - zur Lebensweise
 - zur Lebensbewältigung
 - zur sozialen Unterstützung
 - zur Teilhabe am Leben
 - zur Rückfallprophylaxe
- erweiterte psychotherapeutische Therapieangebote
- Koordination der haus- und fachärztlichen Versorgung zur Diagnostik und Therapie
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- Honorierung der sprechenden Medizin
- Bereitschaft zur evidenzbasierten Fortbildung und Anwendung

(Quellen: www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm; www.g-ba.de; www.awmf.de; www.cochrane.org, www.cochrane.de/De/leucht.htm; www.ebm-netzwerk.de; www.drks.de; <http://clinicaltrials.gov>; www.bapk.de; www.bpe-online.de; u.a.)

Bewertungsschritte

1. Sichtung der Literatur

- Gesundheitsberichtserstattung u.a. wie o.g. und
www.rki.de/; www.g-ba.de;
www.igwig.de; www.dimdi.de; www.statistisches.Landesamt.de;
www.statistik.baden-wuerttemberg.de/; www.BzqA.de;
- Krankenhaus-Report 2007; Arzneiverordnungsreport 2010; Versorgungsreport 2011/WIdO u.a.
- Leitlinien neurologisch, psychiatrisch, psychotherapeutisch, hausärztlich u.a.
www.awmf.de; www.versorgungsleitlinien.de; www.degam.de
- Fachzeitschriften, -literatur

2. Routinedaten

- Vergleich der Versorgungsgegebenheiten anhand von Routinedaten zur stationären, ambulanten und Arzneimittelversorgung u.a. sowie zur Prävalenz und allgemeinen Krankheitsentwicklung der häufigsten Volkskrankheiten (WidO Berichterstattungen, Versorgungsreport 2011 u.a.).

3. Integrative Versorgungswege

- Strukturierte Aufteilung der Versorgung unter anderem in Ursache der Erkrankung, Häufigkeit, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten sowie Rückfallprophylaxe und vorausschauende Versorgung zur Minderung von Komplikationen aus medizinischer und sozialer Sicht.
- Interdisziplinäre Konsentierung innovativer Versorgungswege zum Abbau von Über-, Fehl- und Unterversorgung (Anlage 12).
- Grundlagen sind:
 - das biopsychosoziale Krankheitsverständnis
 - die Förderung der Teilhabe am Leben
 - die medizinische Information, Kommunikation und Beratung auf Basis überprüfbarer Beweise (evidence-based medicine)
 - die bedarfsgerechte Einleitung von Hilfsmaßnahmen
 - die vereinfachte und strukturierte Kommunikation und Dokumentation

Ziele des Vertrags im Überblick

Biopsychosoziales Krankheitsverständnis

Das Versorgungskonzept beruht auf einem biopsychosozialen Krankheitsverständnis: Körperliche, seelische und soziale Faktoren werden integrativ behandelt und die Teilhabe am Leben unterstützt.

Leitlinienorientierung

Die Versorgungsstruktur leitet sich ab

- aus den klinischen Leitlinien und der höchstmöglichen Evidenz,
- der Gesundheitsberichterstattung,
- der aktuellen Fachliteratur

und ist abgestimmt auf die ICD-10-bezogenen Diagnosekriterien.

Daraus ergibt sich die Grundlage für einen individuellen Versorgungsplan, um die Teilhabe am Leben zu fördern, Rückfälle und Komplikationen vorzubeugen oder frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden (Anlage 12).

Differenzierte Diagnostik

- Verbesserte leitlinienkonforme Diagnostik gemäß Kriterien nach ICD-10 auf der Basis von Beschwerden, Symptomen und Schweregrad.

Rationale Pharmakotherapie

- Evidenzbasierte, leitlinienbezogene Arzneimitteltherapie,
- Rationale Arzneimitteltherapie von HAUS- und FACHARZT.

Psychotherapie

- Leitlinienorientierter Einsatz von Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken auf der Basis ICD-10-bezogener Diagnosekriterien
- Kooperation mit dem FACH-, HAUSARZT abgestimmt auf den Schweregrad der Erkrankung

Koordination und Kooperation

- Bedarfsgerechte und erweiterte Zugänglichkeit von diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten
- Kontinuierlich vorausschauende Versorgung mit Gesprächs- und Beratungsleistungen und Koordination von Hilfeleistungen
- Interdisziplinäre Kooperation mit vereinfachter Dokumentation auf vertraulicher und vertrauensvoller Basis

Fortbildungen

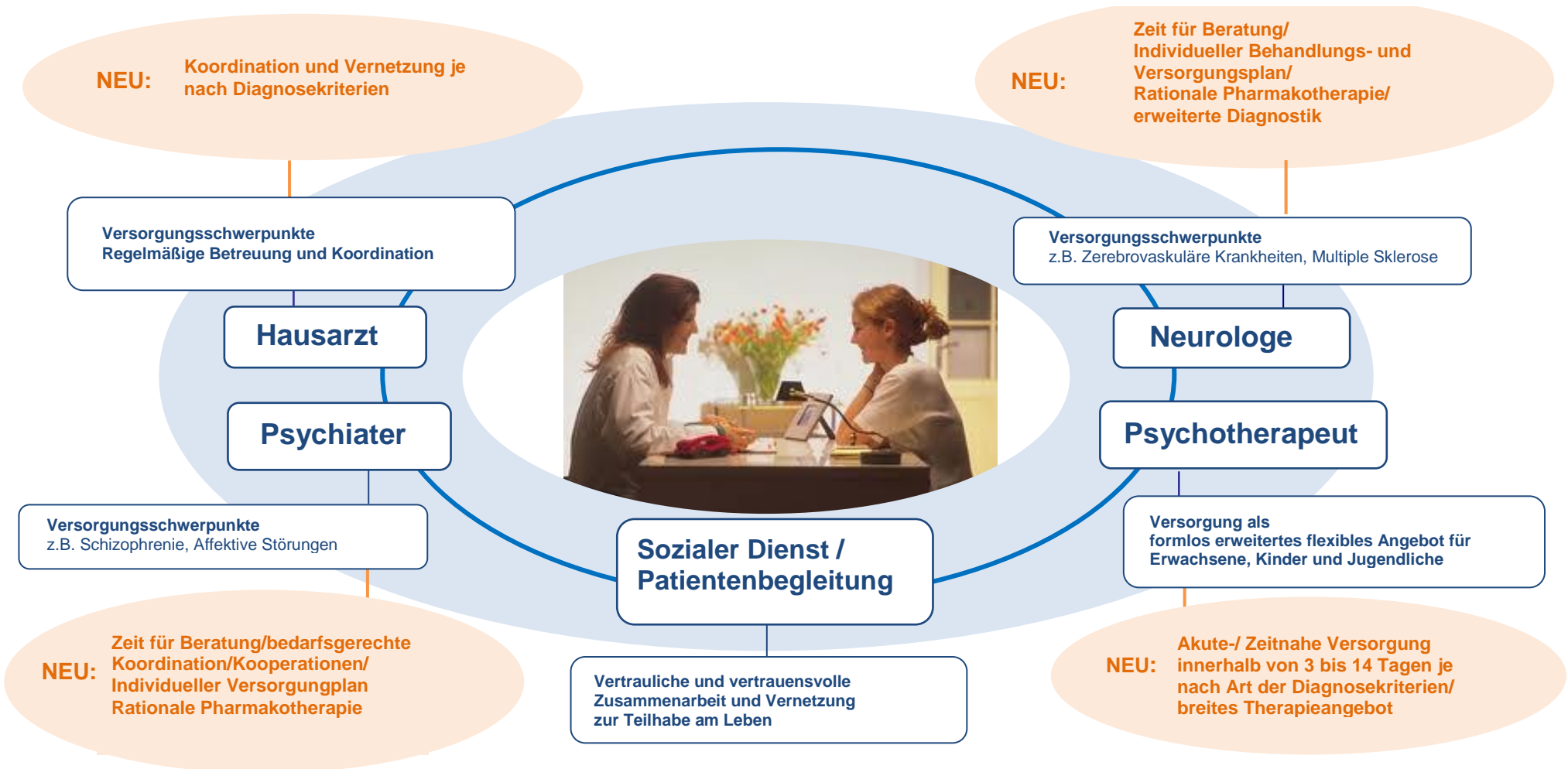
Diese gelten für Ärzte/Psychotherapeuten/ Praxispersonal.

Anlage 17

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Individuelle Versorgung: vorausschauend, zeitnah und leitlinienbezogen



Versorgungsschritte:

1. differenzierte Diagnosestellung auf der Basis der ICD-10-Diagnosekriterien und gemäß Leitlinien,
2. Leitlinienbezogene Behandlung abgestimmt auf den Schweregrad der Erkrankung und die individuelle Lebenslage,
3. interdisziplinäre Kooperation und Koordination zur Unterstützung der Teilhabe am Leben.

*<http://www.ksta.de/ks/images/mdsBild/1219315311519l.jpg>

A. Neurologie

1.1 Allgemeiner Teil Versorgungswege

Modul Hausarzt

Dokumentationsbogen „Hausarzt“ (Anlage zur Überweisung)

a) Basisdaten

- Kassenkopf, in Behandlung seit/letzte Konsultation
- hausärztliche Diagnosen
- Grund der Überweisung / Fragestellung

Wichtige medizinische Daten wie

- bekannte Vorbehandlung, Medikamente, Suchtmittel, auch Nikotin usw. (soweit bekannt), Begleiterkrankungen, die für eine Medikamentenauswahl von Bedeutung sind
- kardiale Erkrankungen, kardiovaskuläre Risiken, Übergewicht, chronische Erkrankungen (KHK, Diabetes, neurologische Erkrankungen), Unverträglichkeiten/Allergien (Antihistaminika, auch Selbstmedikation) usw.

b) Soziale Daten

- aktuelle berufliche Tätigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Kontaktpersonen (für Fremdanamnese), ggf. Betreuer
- ggf. Hinweise auf weitere, bereits vorliegende Befunde

Modul Neurologe

- Sensibilität (Oberflächen-, Tiefensensibilität)
- Schmerzwahrnehmung, Temperatursinn usw.)
- Nervendehnungszeichen
- Allgemeinzustand und Vegetativum (Atmung, Herz, Lunge, Blutdruck usw., Allgemeinzustand, Ernährungszustand, Gefäße, Wirbelsäule, vegetativ mit Testung der Vasomotorik usw.)

Apparative Diagnostik im Überblick

- Liquorpunktion, EEG, NLG (Nervenleitungsgeschwindigkeit bzw. Elektroneurographie, EMG bzw. Elektromyographie)
- Evozierte Potentiale, Biopsien
- Bildgebende Verfahren, Ultraschall usw. je nach Differentialdiagnostik

Therapie

- nicht-medikamentöse und medikamentöse Beratung und Betreuung auf der Basis aktueller Leitlinien und Fachliteratur und rechtlicher Grundlagen

Berichte und Befunde mit korrekter ICD-10-Kodierung an den Hausarzt

1.2. Spezielle Neurologie Versorgungswege

1.2.1 Zerebrovaskuläre Krankheiten

Diagnoseverschlüsselung

- Die Kriterien zur Abgrenzung einer TIA (zerebrale transitorische ischämische Attacke) von einem Schlaganfall sind die Zeitdauer bis zur kompletten Rückbildung und/oder der Nachweis eines korrelierenden Hirninfarktes in der Bildgebung.
- Solange der akute Schlaganfall behandelt wird; ist eine Schlüsselnummer I60-64* zu kodieren. Ergänzend sind die jeweils passenden ICD-Kodes für die bestehenden Defizite z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect zu verschlüsseln, sofern sie der Definition der Behandlungsdiagnose entsprechen.
- Liegt anamnestisch ein Schlaganfall mit gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen, die die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllen, vor, sind die neurologischen Ausfälle (z.B. Hemiplegie, Aphasie, Hemianopsie, Neglect) gemeinsam mit einer Schlüsselnummer aus I69.- **Folgen** einer zerebrovaskulären Krankheit zu verschlüsseln.
- Die Verschlüsselung einer zerebralen transitorischen Ischämie und verwandter Syndrome (ICD-Codes aus G 45) mit dem Zusatzkennzeichen „Gesichert“ setzt die Durchführung eines Computertomogramms zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

* (I60.- Subarachnoidalblutung, I61.- Intrazerebrale Blutung; I62.- sonstige nichttraumatische interakranielle Blutung; I63.- Hirninfarkt; I64 Schlaganfall nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet)

Ätiologie

- generalisierte Hirngefäßveränderungen durch Arteriosklerose meist bei arterieller Hypertonie als wichtigstem Risikofaktor, Diabetes mellitus, Nikotinabusus u.a.
 - Thromboembolien u.a.
 - bei einem Drittel unklar
 - etwa 85% ischämisch bedingt, 15% intrakranielle Blutungen
 - Stenosen-Lokation zu 90% im vorderen Stromgebiet der Arteria carotis
- TOAST-Kriterien: Ursache und Kriterien der Stenose I-V

Epidemiologie

- in Deutschland ereignen sich etwa 190.000 erstmalige und 66. 000 wiederholte Schlaganfälle pro Jahr
- Karotisstenose bei Männern über 65 Jahren zu 9%, bei Frauen 7%
- ist die dritthäufigste Todesursache in Deutschland

Diagnostik

im Akutfall sofortige Einweisung stationär möglichst in eine Stroke Unit („Time is brain“, „Competence is brain“) mit optimaler Dokumentation von

- Anamnese, Ereigniszeitpunkt, Begleitmedikation und vorausgegangenen Erkrankungen und Operationen bei plötzlichem Auftreten von Lähmungen, Seh-, Sprach-, Sprech-, Gang- oder/und Sensibilitätsstörungen
- erstmals akut einsetzende Kopfschmerzen, akuter Schwindel, Vigilanzminderung u.a. mit Uhrzeitangaben zum Zeitpunkt der letztmaligen Beschwerdefreiheit

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- sowie unter Versorgung des Patienten mit Oberkörper-Hochlagerung, Kanüle und ggf. Sauerstoff 4L/Min bei Zeichen der Hypoxämie (Sauerstoffsättigung unter 95%) u.a.

Je nach Phase und Schweregrad im Überblick individuell zu entscheiden abhängig von der Symptomatik, Anamnese, neurologischen Untersuchungen, Bildgebung, internistischen Untersuchungen wie EKG, Langzeit-EKG, RR, Echokardiographie, TEE, Labor usw., ggf. Ergänzung/Komplettierung der Diagnostik

- ggf. EEG, neurosonologische Diagnostik, Diagnostik von Schluckstörungen u.a.
- Erfassung von bleibenden funktionellen Defiziten
- ggf. neuropsychologische Testung
- ggf. Risikoanalyse (Essener Risikoscore z.B.)
- Auswertung erfolgt durch den Neurologen, Befunde und Empfehlungen werden dem Hausarzt übermittelt, insbesondere: risikoadaptierte Sekundärprophylaxe.

Therapie

Versorgungsplan:

Nichtmedikamentöse Therapie

wie z.B. je nach Lebenssituation und klinischem Bild

- Ergotherapie, Krankengymnastik
- symptomatische Behandlung von Schlaganfallfolgen wie bei
ggf. Dysphagie, Spastik, Epilepsie, neurokognitive Defizite und Depression
(Vermeidung und Behandlung von Komplikationen) u.a.
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Bei Schlaganfall-Folgen

- alltagsfunktionale Bewertung der Defizite je nach Alter und Komorbiditäten mit Möglichkeiten der Verbesserung der Prognose in Abhängigkeit von klinischen Untersuchungsbefunden, familiäre und berufliche Situation sowie Umfeld in jedem Alter, Abschätzung der Motivation und Prognose
- breite Unterstützung der Alltagsbewältigung
- Koordination zur medizinischen Rehabilitation (stationär wie ambulant)
- bei folgenden Indikationen G 81 und I69.0-4 gemäß hierarchischem Phasenmodell in Absprache zwischen Haus- und Facharzt (Phasen A-F mit Zielen, Kostenträger wie AOK, BKK, LVA, BfA, ggf. spezielle Formulare)
- zu Heilmitteln wie Krankengymnastik, Ergotherapie einzeln oder Gruppe, Logopädie, Sporttherapie, außerdem Sozialer Dienst und Angebote AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- zu Hilfsmitteln wie Inkontinenzhilfsmittel, sonstige wie Badehilfen
Rollstühle nach Funktionsdiagnostik auch in Absprache mit AOK / Bosch BKK u.a.
- ggf. Pflegeversicherung (auch ggf. Beratung Sozialer Dienst AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK), häusliche Krankenpflege
- Rehabilitationssport
- ggf. hypothesengeleitete, neuropsychologische Diagnostik und Behandlung in Abstimmung mit dem Neurologen
- ggf. Psychotherapie in Kooperation mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten
- Koordination weiterer fachärztlicher diagnostischer Abklärung in Abstimmung mit dem Hausarzt
- Beratung zur Rationalen Pharmakotherapie (cave Multimedikation, Sturzneigung, Depressionen reaktiv usw.)
- Prävention nach einem Schlaganfall im Verlauf mit konsequenter Therapie, Blutdruckeinstellung, Gewicht, Nikotinkarenz, Ausdauertraining, usw. (ggf. ARRIBA-HAUSARZT zur Primär- und Sekundärprävention) in Abstimmung mit dem HAUSARZT

Befunddokumentation mit aktueller Kodierung (Schlaganfall mit oder ohne Folgen, usw.) an Hausarzt mit Unterstützung der nicht-medikamentösen und medikamentösen Therapie

Medikation

- Bei geringem Rezidivrisiko Acetylsalicylsäure bei ischämischen Insulten auf Dauer
- bei Unverträglichkeiten oder weiteren Gefäßerkrankungen oder erhöhtem Rezidivrisiko stattdessen. ADP-Antagonist oder Aggrenox,
- bei rezidivierenden kardialen Embolien Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten oder den neuen oralen Antikoagulantien
- gegen Spastik gezielte Therapie
- ggf. antidepressive Medikation durch Neurologen und Psychiater in Abstimmung mit dem Hausarzt u.a.

www.kompetenznetz-schlaganfall.de;
www.schlaganfall-hilfe.de

1.2.2. Multiple Sklerose

Diagnoseverschlüsselung

Die Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata) ist mit G35.- zu verschlüsseln. Aktuell vorhandene Manifestationen sind zusätzlich zu verschlüsseln bei gesicherter Behandlungsdiagnose, z.B. als

- G35.11 G MS mit vorherrschend schubförmigem Verlauf mit Angaben einer akuten Exazerbation oder Progression
- H48.1* G B Retrobulbäre Neuritis bei andernorts klassifizierten Krankheiten
- G82.11 G Spastische Paraparese und Paraplegie

Ätiologie

- letztlich nicht geklärt, Autoimmungenese

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Verlauf sehr unterschiedlich: schubförmig, schubförmig progredient, chronisch progredient, auch klinisch stumm möglich
- im Verlauf der Erkrankung treten ggf. Sehstörungen, Paresen, Sensibilitätsstörungen, Koordinations-, Blasen-, Mast-, neuropsychologische Störungen, Fatigue u.a. auf

Epidemiologie

- etwa 120.000 Patienten in Deutschland
- Auftreten zwischen dem 20.-40. Lebensjahr, in Deutschland etwa doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen

Diagnostik

- spezielle Diagnostik je nach neurologischer oder/und psychiatrischer Symptome einschließlich der Sehstörungen bzw. je nach Störungen vielfacher Art vegetativ, zerebellär, kognitiv, psychisch, auch Schmerzen
- Liquorpunktion (Elektrophorese)
- evozierte Potentiale EP mit gutem diagnostischem Aussagewert
- Bildgebung, hier ggf. auch Bewertung im Verlauf
- Diagnostikkriterien nach McDonald 2001 bzw. Revision 2005
- Vegetative Diagnostik (Blase, Sexualität usw.)
- Ausschluss zerebellärer, psychischer, kognitiver Störungen u.a.
- neuropsychologische Testungen, z.B. MUSIC-Test, FACES-SYMBOL-Test
- ggf. Abklärung Verdacht auf Depression u.a.

Dokumentation EDSS Expanded Disability Status Scale:
Bewertung der Behinderung nach Kurtzke von 1 bis 10,
ggf. weitere Skalen.

Therapie

Versorgungsplan:

Nicht-medikamentös

- Zeit für Mitteilung der Diagnose, sozialmedizinische Beratung
- Beratung zur Lebensplanung, Lebensstil einschließlich Beratung zu Bewegung wie Gehen, Schwimmen, usw., Impfungen, Schwangerschaft usw. nach Leitlinien DGN und Empfehlungen des Kompetenznetzwerkes MS, Ergotherapie u.a. abgestimmt auf die individuelle Lebenssituation
- ggf. Pflegeversicherung (auch ggf. Beratung Sozialer Dienst AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK), häusliche Krankenpflege
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Kooperation mit Psychotherapeuten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Medikation

Zeit für Beratung erforderlich

- zur individuellen risikostratifizierten Therapie der Grunderkrankung jeweils abhängig von der klinischen Verlaufsform
 - aa Immunmodulatorische Behandlung (Basistherapie)
 - ab Eskalationstherapie mit besonderem Aufwand (vgl. Anlage 2, Qualitätsanforderungen)
- Schubbehandlung, als Infusionsbehandlung mit hochdosiertem Cortison i.V. (Qualitätsanforderungen Anlage 2)
- Indikationsstellung beim Facharzt, Absprache mit dem Hausarzt
- ggf. Monitoring von Diabetes, Osteoporose (unter besonderer Berücksichtigung des Lebensalters in Abstimmung mit dem Hausarzt)
- Symptomatische Behandlung
- Somatische Ausschlussdiagnostik, z.B. auch kardiologisch LVEF (wegen Mitoxanton)
- Monitoring
 - regelmäßiger Laborkontrollen (Leber, Kreatinin, Blutbild, ggf. weitere Parameter wie AP usw.), incl. Prüfung auf Neutralisierung der Antikörper
- im Verlauf Erfassung der funktionellen Defizite
- ggf. weitere Behandlung einer depressiven Symptomatik z.B. beim Psychiater in Abstimmung mit dem Hausarzt, ggf. Ehe- und Familienberatung u.a.
- ggf. Hilfsmittel wie Orthesen, Physiotherapie, SPK, PEG-Sonde usw.

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V. Hannover

www.dmsg.de

<http://www.kompetenznetz-multiplesklerose.de/>

1.2.3.Epilepsie

Diagnoseverschlüsselung

Epilepsien werden mit ICD-Kodes aus G40 Epilepsie und G41 Status epilepticus verschlüsselt. Die Kodierung setzt eine spezifische Diagnostik zur Sicherung der Diagnose voraus. Klassifikation gemäß Internationale Liga gegen Epilepsie fokal oder generalisiert

- ein einzelner Krampfanfall ohne Hinweis auf Epilepsie wird mit R56.8 sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe kodiert
- Fieberkrämpfe werden mit R56.0 verschlüsselt, dissoziative Krampfanfälle mit F44.5

Ätiologie

- endogen/genetisch, kryptogenetisch oder exogen wie Hirntumore, Schlaganfall usw.
- Einteilung nach Alter in Früh- und Spät-Epilepsie
- besonders aufwändige Anamnese, ggf. wiederholt, auch in Rücksprache mit Angehörigen (Fremdanamnese)

Epidemiologie

- 600.000 Patienten in Deutschland, Lebenszeitprävalenz 2-5% (einschl. vereinzelter Krämpfe)

Diagnostik

- Stufen-Diagnostik
- EEG
- ggf. Schlafentzugs-EEG
- ggf. Video-Langzeit-EEG
- Labor einschl. Kontrollen
- Bildgebung (Überweisung, ggf. MRT)

Therapie

Versorgungsplan:

Nicht-medikamentös

ggf. auch Schnittstelle zum Kardiologen, Internisten in Abstimmung mit dem Hausarzt, z.B. zum Ausschluss von kardialen Ursachen von Synkopen, endokrinologischen Ursachen, Schnittstelle zum Psychiater bei Verdacht auf dissoziative Anfälle.

- Zeit für Mitteilung der Diagnose, sozialmedizinische Beratung, Beratung zur Lebensplanung, Lebensstil einschließlich Beratung zu Verhütung, Schwangerschaft (EURAP-Register) und Kinderwunsch, Fahrtauglichkeit, Freizeitverhalten, Vermeidung von Auslösern, Gefährdungsbeurteilung im Beruf, Langzeitwirkungen usw. hier besonders wichtig bei der Erstdiagnose auch auf Basis der Leitlinien der DGN und der Deutsche Sektion der internationalen Liga gegen die Epilepsie
- Anfallskalender, Protokoll
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Kooperation mit Psychotherapeuten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Sozialmedizinische Empfehlungen: Beruf, Reisen, Impfungen usw.
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausföhrung in Anhang 2 zu Anlage 17

Medikation

- Anfallsfreiheit:
- Einleitung einer Monotherapie
- Überprüfung der Wirksamkeit
- Umstellung auf zweite Monotherapie, ggf. Kombinationstherapie
- bei Pharmakotherapieresistenz Hinzuziehung einer epileptologischen Schwerpunktpraxis
- ggf. Klärung operativer Behandlungsmöglichkeiten
- Nachbetreuung (VAGUS-Stimulatoren und ähnliche in Schwerpunktpraxen, Qualitätsanforderungen in Anlage 2)
- ggf. weitere Behandlung einer depressiven Symptomatik z.B. beim Psychiater in Abstimmung mit dem Hausarzt, ggf. Ehe- und Familienberatung u.a.
- Monitoring
Labor (Wirkspiegel, Leber, Kreatinin, Blutbild, ggf. weitere Parameter wie AP)
EEG

Dt. Epilepsievereinigung

www.epilepsie.sh

Informationszentrum Epilepsie

www.izepilepsie.de

1.2.4.Extrapyramidale Syndrome

Diagnoseverschlüsselung

Chorea Huntington G10 und degenerative Basalganglienerkrankungen G23

Ätiologie

- autosomal-dominant Huntington
- minor entzündlich (rheumatisches Fieber u.a.) – Ausheilung ohne Residuen, bei einem Drittel spätes Rezidiv
- Chorea gravidarum

Epidemiologie

- Huntington etwa 8000 Patienten in Deutschland

Diagnostik

- klinisch und apparativ EEG, Bildgebung, Labor (Gennachweis)

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Therapie

- Versorgungsplan
- kausale Therapie nicht möglich
- Huntington Medikation Tiaprid u.a.
- bei minor Antibiose usw.

Sozialmedizinische Betreuung im Vordergrund

Selbsthilfegruppen Deutsche Huntington-Hilfe

www.huntington-hilfe.de

Atypische Parkinsonsyndrome

Bedarf nach einer besonders aufwändigen differentialdiagnostischen Abklärung und individuellen therapeutischen Strategie sowie auch sozialmedizinisch intensiver Begleitung und Betreuung (s. Parkinson als Vorlage)

Dystonien

Ätiologie

- sporadische und genetische Formen, auch symptomatische Formen nach Durchblutungsstörungen, Entzündungen, Raumforderungen

Diagnostik

- typische Bewegungsmuster
- Differentialdiagnostik z.B. bei Medikation wie Neuroleptika, psychogen,
- ggf. Bildgebung
- Gentests möglich

Therapie

Versorgungsplan:

Nicht-medikamentös

- KG, Ergotherapie, Beratung zum Lebensstil wie v.a. zu Bewegungsübungen
- sozialmedizinische Betreuung, ggf. Logopädie usw.
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Medikation

- funktionelle Denervierung durch Injektion von Botulinumtoxin alle 3-5 Monate
- Bei Torsionsdystonien Medikation wie Anticholinergika

Selbsthilfegruppe Bundesverband Torticollis e.V.,

Dt. Dystonie Gesellschaft e.V.

<http://www.bvts.de/>

Selbsthilfegruppe Deutsche Parkinson Vereinigung

<http://www.parkinson-vereinigung.de/>

Deutsche Parkinson Selbsthilfe

<http://www.parkinson-selbsthilfe.de/>

Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen

- Diagnostik, Therapie und Versorgungsplan in Anlehnung an das Vorgehen bei Parkinson-Syndrom

Parkinsonsyndrom

Ätiologie

- Über 80% primär idiopathisch, seltenere symptomatische Formen
- seltene erbliche Formen Morbus Parkinson bei (5%)
- Multisystemerkrankungen
- auch Parkinsonoid medikamentös induziert, v.a. Neuroleptika

Epidemiologie

- Prävalenz etwa 0,2%
- 250.000 Patienten in Deutschland
- Häufigkeitsgipfel über 65. Lebensjahr, über 1%, Häufigkeit steigt mit zunehmendem Lebensalter
- zwangsläufig progredienter Krankheitsverlauf u.a. mit ständiger Therapieanpassung

Diagnostik

- u.a. nach Trauma, Hirntumoren, Durchblutungsstörungen
- Arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom
- arzneimittelinduzierte Dystonie G24.0
- malignes Neuroleptikasyndrom G21.0
- oft halbseitig beginnend, 4 Kardinalsymptome:
 - Rigor (erhöhter Tonus für Beuge- und Streckmuskulatur)
 - Tremor (Zittern)
 - Akinese (trotz grüner Ampel nicht laufen können u.a.)
- Posturale Instabilität (Gangunsicherheit)
- nichtmotorische Symptome:
- Vegetative, sensorische, psychische Symptome

Stadieneinteilung nach Hoehn und Jahr

- Anamnese und Fremdanamnese, Klinik

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- EEG unauffällig, ebenso Liquorpunktion
- Bildgebung, ggf. EMG, Sonographie
- Differentialdiagnostik (Tremor bei Alkohol, Nikotin, Medikamenten usw.).
- bei Immobilisation Komplikationen und Komorbiditäten wie Osteoporose, Embolien, Gelenkversteifungen, Pneumonien usw., Schluckstörungen, Risiko einer Demenz 2-3mal höher u.a.

Therapie

Versorgungsplan:

Nicht-medikamentös

- Zeit für Mitteilung der Diagnose, sozialmedizinische Beratung, Beratung zur Lebensplanung, Lebensstil einschließlich Bewegungsübungen, Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Selbsthilfe usw., Rücksprache mit den Angehörigen
- ggf. Pflegeversicherung (auch ggf. Beratung Sozialer Dienst AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK), häusliche Krankenpflege
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Kooperation mit Psychotherapeuten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK/Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK/ der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Medikation

- L-Dopa oder/und Dopa-Agonisten langsam ein- und ausschleichend
- MAO-B-Hemmer, COMT Hemmer, Amantadin, Anticholinergika
- Antidepressiva ggf.
- Therapiekontrolle Webster-Rating-Scale 0-10

Selbsthilfegruppen Dt. Parkinson Vereinigung

Kompetenznetz Parkinson

<http://www.parkinson-selbsthilfe.de/>

1.2.5.Polyneuropathie

Diagnoseverschlüsselung

- je nach Krankheitsursache z.B. Guillain-Barré-Syndrom G61.0 usw.

Ätiologie

- genetisch bedingt u.a., ggf. metabolisch, paraneoplastisch, exogen wie Gifte, Medikamente, Systemerkrankungen wie Kollagenosen, Infektionskrankheiten usw.
- zu 30% D.m., auch Alkoholismus 25% der Fälle

Diagnostik

- Sensibilitätsstörungen, motorisch, vegetativ chronisch progrediente Entwicklung

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- klinisch, Vibrationsempfindung
- Labor, NLG, EMG, ggf. Nerven-, Muskelbiopsie usw.
- ggf. Liquoruntersuchung

Therapie

Versorgungsplan:

Nicht-medikamentös

- Behandlung der Grunderkrankung, Ausschaltung der Noxen
- Physiotherapie
- Beratung wie vorgenannt sozialmedizinisch usw. je nach Ursache.
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Medikation

- falls möglich ursächliche Therapie, ggf. Alpha-Liponsäure als Infusion und oral, auch Vitamin B usw.
- Symptomatische Behandlung von Reizerscheinungen und Schmerzen usw.
- Schnittstellen-Betreuung je nach Ursache mit Hausarzt gemeinsam z.B. bei Alkohol, Diabetes usw.

Selbsthilfegruppen

Gesprächskreis für Menschen mit Polyneuropathie

Heischstraße 7

24143 Kiel

Selbsthilfegruppe SHG - Polyneuropathie

Friedenstraße 4

45964 Gladbeck

1.2.6. Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks

Diagnostik

- je nach Ursache

Therapie

Versorgungsplan:

Nicht-medikamentös

- Umfassende Beratung und Betreuung auch sozialmedizinisch, psychosomatisch
- unter Berücksichtigung schwer beeinflussbarer chronischer Schmerzsyndrome, symptomatisch vielseitig mit Pflege, Rehabilitation, Hilfsmittel, Blasentraining, Ergotherapie usw.
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Medikamentös

- spezielle Medikation je nach Anlass und Ursache

Selbsthilfegruppen

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V.,

<http://www.bsk-ev.org/>

Förderungsgemeinschaft der Querschnittsgelähmten

<http://www.fgg.de/>

1.2.7. Demenz

Diagnoseverschlüsselung

- Demenzerkrankungen sind mit einem ICD-10 Kode aus F00-03 zu verschlüsseln auf der Basis von Gedächtnisstörungen, weiteren kognitiven Störungen und dadurch bedingter Beeinträchtigungen der Alltagsfähigkeiten seit mehr als 6 Monaten bestehend. Die Demenz ist abzugrenzen von anderen kognitiven Störungen wie Intelligenzminderungen (F70-79), affektiven Störungen (F30-39) und iatrogenen Störungen infolge Medikation.
- Die Diagnose F03 nicht näher bezeichnete Demenz ist den Fällen vorbehalten, in denen sich keinerlei Hinweise auf die Ätiologie ergeben. Die Verschlüsselung für eine organisch bedingte psychische Störung mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt voraus, dass die Diagnose durch psychopathologische Befunde, valide Testverfahren und klinische Untersuchungen hinreichend gesichert ist.
- Grundsätzlich gilt, dass die Diagnose Morbus Alzheimer am Ende einer Ausschlussdiagnostik anderer behandelbarer Demenzformen steht.

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Bei der Alzheimer-Demenz ist immer ein ICD-Kode aus F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit gemeinsam mit einem Kode aus G30.- Alzheimer-Krankheit zu verschlüsseln.

Ätiologie

- neurodegenerativ (Morbus Alzheimer 60% aller Demenzformen, fronto-temporale Demenzen, Lewy Körperchen Demenz)
- vaskulär (Schlaganfall-Folgen, Binswanger-Krankheit als Multiinfarktdemenz 20% aller Demenzformen)
- Systemerkrankungen des ZNS (Parkinson-Syndrom, multisystemdegenerative Erkrankungen)
- infektiös (HIV u.a.)
- mechanisch (Schädel-Hirn-Trauma)
- Spätmanifestationen von Stoffwechselstörungen (M. Wilson)
- toxisch (alkoholisch u.a.)
- symptomatisch bei intrazerebralen Raumforderungen, Hydrozephalus u.a.
- genetische Disposition
- Menschen mit einer Depression haben ein doppelt erhöhtes Risiko, später eine Demenz zu entwickeln

Epidemiologie

- doppelt so viele Frauen wie Männer sind bisher betroffen, in Deutschland über eine Million Menschen bei steigender Tendenz in einer Gesellschaft des längeren Lebens (www.svr-gesundheit.de)
- die Klinik zeigt Störungen des Gedächtnisses, intellektuellen Abbau mit Verlangsamung, der Konzentration, der Orientierung, des Verhaltens mit Depressionen und Ängsten, fehlendes Krankheitsbewusstsein, neurologische Symptome

Diagnostik z.B.

- Ausführliche Eigen- und Fremdanamnese unter besonderer Berücksichtigung der Medikamentenanamnese und Komorbiditäten erforderlich
- Testverfahren kognitiv Mini-Mental-Status-Test (9-Fragenkomplexe zur Orientierung, Aufnahmefähigkeit, Aufmerksamkeit, Kurzzeitgedächtnis, Sprache usw.), Uhren-Zeichen-Test, DemTect u.a.
- Bildgebung, Labor (internistische Erkrankungen oft dazu), Liquorpunktion z.B. Alzheimer Proteine für Früherkennung und Verlaufskontrolle.

Therapie

Versorgungsplan:

Nichtmedikamentös

- kognitives Training (Gedächtnistraining), soziotherapeutische Maßnahmen, Förderung sozialer und Bewegungs-Aktivitäten
- Beratung der Patienten und Angehörigen zeitgerecht (Orientierungshilfe z.B. durch Farbmarkierungen im Alltag, geregelter verlässlicher Tagesablauf personell, zeitlich und örtlich)
- ggf. Beratung durch sozialpsychiatrische Dienste

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Vernetzung mit dem Hausarzt zur zeitgerechten Abklärung, Diagnostik und Therapie
- Pflegeberatung (auch ggf. Beratung Sozialer Dienst AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK), häusliche Krankenpflege
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK/BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Medikamentös

- symptomatisch wie Memantin, Cholinesterasehemmern
- ggf. Medikamenteneinnahmeplan

Selbsthilfe Deutsche Alzheimer Gesellschaft

<http://www.deutsche-alzheimer.de/>

Kompetenznetz Demenzen e. V.

<http://www.kompetenznetz-demenzen.de/>

www.bag-geriatrie.de;

www.dggeriatrie.de;

www.kcgeriatrie.de;

Zur besonderen Versorgung und Beratung werden folgende Diagnosen noch aufgenommen wegen erhöhtem Versorgungsaufwand auch zu ersehen in Anlage 12 Anh. 2:

- F00.0 –F04 neben der neurologischen Klassifikation zur Demenz
- G44.0 Clusterkopfschmerz
- G44.3 chronischer posttraumatischer Kopfschmerz
- G95.80 Syringomyelie und Syringobulbie
- G95.81 Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen motorischen Neurons
- G95.84 Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie und
- G95.85 Deafferentierungsschmerz bei Schädigungen des Rückenmarks
- I62.1 Nichttraumatische extradurale Blutung und
- I63.0-I69.8 Hirninfarkt bei erhöhtem chronischem Versorgungsbedarf
- M48.00-.08 Spinalkanalstenosen, wenn neurologisch chronisch versorgungsbedürftig
- N31.0-.80 Blasenstörungen, wenn chronisch versorgungsbedürftig
- Q03.8-07.8 Angeborene Fehlbildungen bei erhöhtem chronischen Versorgungsbedarf

1.2.8. Neuropsychiatrischer Komplikationszuschlag für die Behandlung von neuropsychiatrischen Folgeerkrankungen

Gemäß Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie wurden in den Zusatzpauschalen des Moduls A Neurologie spezielle Versorgungswege (Anlage 12 und Anlage 17) vereinbart zu

1. Zerebrovaskulären Krankheiten (Diagnosen gemäß NP2a1)
2. Multiple Sklerose (Diagnosen gemäß NP2b1)
3. Epilepsie (Diagnosen gemäß NP2bc1)
4. Parkinson und extrapyramidale Syndrome (Diagnosen gemäß NP2bd1)
5. Demenz (Diagnosen gemäß NP2be1)

Neuropsychiatrische Störungen, Folgeerkrankungen bzw. Beschwerdebilder treten gehäuft zu den unter 1. bis 5. genannten neurologischen Versorgungsschwerpunkten* auf als

- Schizophrenie, Wahn, psychotische Störungen (gemäß Diagnosen PYP2a)
- Persönlichkeitsstörungen (gemäß Diagnosen PYP2b)
- Affektive Störungen (gemäß Diagnosen PYP2d)
- Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06.0 bis F06.7)

Insbesondere organisch begründete psychiatrische Störungen sind nachzuweisen

- Depressionen bei Multipler Sklerose, Parkinson und Demenz
- Depressionen auch mit Manie oder v.a. Manie bei Multipler Sklerose
- Depressionen bei Epilepsie
- Schizophrenie, Wahn, psychotische Störungen bei Epilepsie

Wenn die psychiatrischen Störungen primär im Kontext der o.g. neurologischen Erkrankungen als Folgeerkrankung zu sehen sind - und nicht unabhängig zuvor bereits vor der Erstdiagnose auftraten - ist die medikamentöse Behandlung oder nicht-medikamentöse Betreuung (z.B. Rehabilitation bei Multipler Sklerose) zunächst vorrangig durch den Neurologen verantwortlich zu gewährleisten .

Der Neurologe ist auch zuständig für die Überweisung zur weiteren multimodal psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gemäß den üblichen Kriterien bzw. gemäß Vertrag (siehe auch DGN-Leitlinien).

*(Als Ursache von Psychosen usw. können ggf. auch Nebeneffekte der medikamentösen Behandlung in Betracht kommen.)

Quellen

z.B. EbM-Guidelines Evidenzbasierte Medizin für Klinik & Praxis, Deutscher Ärzteverlag 2015

Leitlinien DGN 2012 und f.

B. Psychiatrie

2.1 Allgemeiner Teil Versorgungswege

Modul Hausarzt

Dokumentationsbogen „Hausarzt“ (Anlage zur Überweisung)

Vor Überweisung eines Patienten zur psychotherapeutischen oder psychiatrischen Diagnostik oder/und Behandlung ist eine mögliche somatische Ursache auszuschließen.

a) Basisdaten

- Kassenkopf, in Behandlung seit; letzte Konsultation
- Hausärztliche Diagnosen
- Grund der Überweisung / Fragestellung

Wichtige medizinische Daten

- bekannte Vorbehandlung, Medikamente, Suchtmittel, auch Nikotin (soweit bekannt)
- Begleiterkrankungen, die für eine Medikamentenauswahl von Bedeutung sind
- kardiale Erkrankungen, kardiovaskuläre Risiken, Übergewicht, chronische Erkrankungen (KHK, Diabetes, neurologische Erkrankungen), Unverträglichkeiten/Allergien (Antihistaminika, auch Selbstmedikation) usw.

b) Soziale Daten

- aktuelle berufliche Tätigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Kontaktpersonen (für Fremdanamnese),
- ggf. Betreuer

ggf. Hinweise auf weitere, bereits vorliegende Befunde

Modul Psychiatrie

Anamnese

- Beginn mit unstrukturierter Anamneseerhebung hin zu gezielter strukturierter Anamneseerhebung wie z.B.: Beginn der Beschwerden, frühere Anamnese bzw. Vorerkrankungen
- Familienanamnese
- Risikofaktoren wie Alkohol, Nikotin, Drogen
- seelische und somatische Komorbiditäten
- Allergien
- vegetative Funktionen (Miktion, Schlaf usw.) u.a.

Medikation

auch Wechselwirkungen, Verträglichkeit usw.

Soziale Anamnese

- Beruf, Hobbys, Selbst- und Fremdversorgung
- Familienstand, Sozialer Status
- Berentung, finanzielle Belastungen, sonstige soziale Belastungen usw.

Fremdanamnese**Psychopathologischer Befund**

- Bewusstsein quantitativ und qualitativ (Bewusstseinseinengung, -verschiebung, -trübung)
- Aufmerksamkeit, Konzentration und Auffassung
- Gedächtnis (z.B. Kategorien Merkfähigkeit, Kurz- und Langzeitgedächtnis), spezielle Formen (u.a. Konfabulationen, Paramnesien = Trugerinnerungen, Hypermnésie = überdeutliche Erinnerung, Amnesie) usw.
- Orientierung (Zeit, Ort, Situation)
- Denken (formal: z.B. weitschweifig bei Demenz, zerfahren bei Schizophrenie, ideenflüchtig bei Manie, grübelnd bei Depression u.a.; inhaltlich: z.B. Wahn)
- Wahrnehmung
- Ich-Funktionen (z.B. Gedankeneingebung)
- Stimmung und Affekt (z.B. Affektinkontinenz, Ambivalenz)
- Ängste (Phobien, Panik usw.)
- Zwangssymptome
- Intentionalität und Antrieb
- Suizidalität
- Krankheits- und Behandlungseinsicht
- Äußere Erscheinung und Verhalten usw.

Vegetative Erhebung**Apparative Diagnostik**

- ggf. EEG, psychologische Testverfahren wie z.B. BDI /SCL90 u.a.

Diagnoseweg über Symptom zum Syndrom zur Diagnose gemäß ICD-10**Grundlagen der Versorgung je nach Schwere der Erkrankung im Überblick**

- ggf. Erstellung eines individuellen Versorgungsplans nach abgeschlossener Diagnostik zur Medikation, zum Lebensstil, zur Alltagsbewältigung, zur Teilhabe am Leben
- ggf. bedarfsgerechte Kooperationen und Vernetzung
- ggf. weiterer nicht-medikamentöser Maßnahmen in Abstimmung mit dem Hausarzt

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Therapie

- nicht-medikamentöse und medikamentöse Beratung und Betreuung auf der Basis aktueller Leitlinien und Fachliteratur und rechtlicher Grundlagen

Berichte und Befunde mit korrekter Kodierung der Diagnosen an Hausarzt

2.2. Spezielle Psychiatrie Versorgungswege

2.2.1 Schizophrenie Wahn, psychotische Störungen

Diagnoseverschlüsselung

- erforderlich für die Diagnose ist mindestens ein eindeutiges Symptom aus den Leitsymptomen ICD-10 F20 der Gruppe 1-4 oder mindestens 2 Symptome der Gruppen 5-8, die während eines Monats oder länger vorhanden gewesen sein müssen
- hierzu werden die Diagnosen gemäß Anlage 12 Anhang 2 aufgenommen

Ätiologie

- Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell auf neurobiologischer, psychologischer und sozialer Basis (Vulnerabilität im Sinne von Disposition, genetische und umweltbedingte Einflüsse)
- etwa 20% der Betroffenen remittieren vollständig, bei etwa 80% kommt es zu Teilremissionen mit unterschiedlich Symptompersistenz bis hin zu kognitiven und sozialen Beeinträchtigungen von unterschiedlicher Qualität
- der Anteil schwerer progredienter Verläufe liegt bei etwa 5-10%

Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz 0,5 – 1,6% der Bevölkerung
- Manifestationsalter oft bis 30. Lebensjahr, selten Spätschizophrenie
- Neuerkrankungen 0,1 pro 1.000 pro Jahr

Diagnostik

- Früherkennung der Diagnose bei den meist jungen Menschen erforderlich für die Lebensplanung
- Prüfen der Ich-Funktionen, der Wahrnehmung, der Affektivität, des Antriebs und der Psychomotorik, Störungen des Denkens, Zwangssymptome
- Plussymptome: Wahn, Halluzination, formale und inhaltliche Denkstörungen, psychomotorische Symptome
- Minussymptome 6xA: wie Apathie, Aufmerksamkeitsstörung, Affektverflachung, Alogie (Sprachverarmung), Anhedonie (Unfähigkeit zur Freude), Asozialität, kognitive Störungen, Antriebsstörungen, emotionale Störungen u.a.

Komorbiditäten

- z.B. ggf. Alkoholismus gehäuft auch ursächlich, Drogenkonsum, Medikamentenabusus,
- weitere psychische Komorbiditäten evtl. wie Zwangsstörungen, Angststörungen usw.
- ggf. Tests zur Differenzierung von Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende Versorgung als regelmäßige Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12.

Stationäre Therapie bei ausgeprägt produktiven Syndromen oder Selbst- bzw. Fremdgefährdung**Nicht-medikamentös**

- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten angepasst an die individuelle Lebenssituation z.B. Soziotherapie, Beschäftigungstherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege, zur Leistungen der Wiedereingliederungshilfe, Koordination der beruflichen Wiedereingliederung
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Unterstützung des Bedarfs der Familien nach professioneller Unterstützung, insbesondere nach Gesprächen mit Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös**Rationale Pharmakotherapie** s. gesonderte Anlagen im Vertrag

- Monitoring gemäß S3 Praxis-Leitlinie
 - Körpergewicht (BMI): z.B. 1x zu Beginn, 3x im Quartal; dann vierteljährlich
 - Hüftumfang: Beginn, z.B. 1x zu Beginn, 3x im Quartal; dann vierteljährlich
 - Blutdruck: Beginn, z.B. 1x zu Beginn, 3x im Quartal; dann vierteljährlich
 - auch in Abstimmung mit dem Hausarzt
- Monitoring der Psychopharmakotherapie
z.B. Erfragen, Überprüfung und Besprechung der Compliance, von Nebenwirkungen, der Anleitung zur Einnahme von Medikamenten, Erstellung und Ausdruck eines Einnahmeplanes

Labor

- Durchführung: z.B. 1x zu Beginn, 3x im Quartal, halbjährlich Kontrollen von Blutbild; Leberwerte, evtl. Elektrolyte, Kreatinin, Nüchtern- Blutzucker- und Nüchternblutfette, (z.B. bei Clozapin 18 Wochen wöchentlich, dann monatliche Blutbild Kontrollen, nach Absetzen);
- Veranlassung von EKG Kontrollen beim Hausarzt zu Beginn, nach einem Monat, dann halbjährlich
- ggf. EEG, z.B. bei Clozapin nach drei Monaten, dann halbjährlich
- ggf. Medikamentenspiegelbestimmung bei Behandlungsresistenz oder unvollständiger Remission

Krisenintervention

- Bei akuter Dekompensation engmaschige Kontrollen ggf. täglich
- ggf. zudem Telefonmonitoring

Behandlungsfrequenz bei unvollständiger Remission oder Behandlungsresistenz oder Komorbidität

Definition **Behandlungsresistenz**: fehlende oder unbefriedigende Verbesserung der Ziel-symptome trotz Behandlung in empfohlener Dosierung und Dauer jeweils zwischen 6 und 8 Wochen mit mind. 2 Antipsychotika/ Antidepressiva usw.

- neben einer persistierenden Positiv- oder Negativsymptomatik sollten auch kognitive Dysfunktionen mit starker Beeinträchtigung, affektiver Symptome, bizarres Verhalten, Suizidalität, ein niedriges Funktionsniveau im Arbeits- und sozialen Bereich und eine niedrige Lebensqualität berücksichtigt werden
- über 12 Monate bis zu zweimal monatlich je 10-20 Minuten zur Sicherung der Behandlungscompliance, als fortlaufender diagnostisch-therapeutischer Prozess
- zum Monitoring der Medikation und eventuell auftretender Nebenwirkungen, zur Früherkennung sozialer Probleme, zur Koordinierung von Unterstützungsmaßnahmen, zur Schulung des Patienten im Umgang mit den Beschwerden zur Verbesserung der Lebensqualität

Je nach Grad der Beschwerden und sozialer Einbindung Weiterführung in niederfrequenter psychiatrisch supportiver Behandlung z.B. 1-2x/Quartal als Langzeittherapie

oder

Fortsetzung der oben genannten Behandlungsintensität bei schlechter sozialer Einbindung, mangelnder sozialer Unterstützung, unzuverlässiger Compliance zur Verhinderung einer Verschlechterung und stationärer Einweisung, bei Auftreten von Nebenwirkungen.

www.fetz.org (Checkliste zum Psychoseerisiko)

www.kompetenznetz-schizophrenie.de

2.2.2. Multiple Persönlichkeitsstörungen

Diagnoseverschlüsselung

- diese ist von ätiologischen Modellen unabhängig zugeordnet nach F60-61
- wenn eindeutig keine hirnrorganischen Ursachen vorliegen sind hierzu mindestens 3 von 6 möglichen Kriterien zu erfüllen wie andauernd auffällige Verhaltensmuster mit großen Einschränkungen mehrerer Funktionsbereiche und der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit u.a. (International Personality Disorder Examination IPDE nach Mombour et al. 1996, das die ICD-10- und DSM-IV-Kriterien einbezieht)

Ätiologie

- v.a. schwerste sexuelle Gewalt seit frühester Kindheit bzw. lebensbedrohlicher Gefährdung

Epidemiologie

- die Diagnosezuordnung ist erst ab der Adoleszenz möglich, zumal die Abgrenzung zwischen akzentuierter und pathologischer Persönlichkeitsstörung schwierig ist insbesondere auch bei belastendem sozialen Umfeld

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- keine Unterschiede in den globalen Prävalenzen zwischen den verschiedenen Kulturen

Diagnostik

- Abklärung von Komorbidität und Suizidalität und Konfliktbereichen, ggf. Minderung der Leistungsfähigkeit, Leidensdruck
- ggf. Testpsychologie
- Ausschluss organischer Ursachen wie bei allen psychischen Erkrankungen eingangs in Abstimmung mit dem Hausarzt
- ggf. Fremdanamnese
- biografische Anamnese zur diagnostischen Verifizierung

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende regelmäßige Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten bzw. bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ ICD F60.30 und F60.31 gemäß Anlage 12 und Anlage 12 Anhang 2.

Nicht-medikamentös

- auf der Basis einer stabilen Arzt- bzw. Therapeut-Patienten-Beziehung mit „Behandlungsvertrag“ (in Abstimmung mit dem Hausarzt für die Umsetzung) ohne konfrontierendes Verhalten als wertschätzend-akzeptierendes Vorgehen
- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- Kooperation mit Psychotherapeut
- Behandlung evtl. Komorbiditäten wie Depressionen usw.
- Aufrechterhaltung der Berufstätigkeit und der sozialen Integration
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

- z.B. Antipsychotika und je nach Hauptbeschwerden pragmatisches individuelles Vorgehen abgestimmt auf die Lebenssituation

Telefonmonitoring

- bei z.B. medizinischer Ersteinstellung und Umstellung, bei krisenhaften Zuspitzungen
- Erstellung eines medikamentösen Behandlungsplanes mit Aufklärung über die Krankheit, die Medikation und die Nebenwirkungen

www.blumenwiesen.org/borderline.html;
www.blumenwiesen.org/dissoziation.html
<http://www.borderline-plattform.de/>
www.borderline-selbsthilfe.de
www.borderline-netzwerk.info
<http://psychosoziale-gesundheit.net/>

2.2.3. Angststörungen

Diagnoseverschlüsselung

Je nach Arzt der Störung z.B.

- F40.00 Agoraphobie ohne Angabe einer Panikstörung
- F40.01 mit Panikstörung
- F41.1 generalisierte Angststörung
- F40.1 soziale Phobie

Die Kriterien sind spezifisch als nicht vorhersehbar auftretende Panikattacken u.a. in Situationen ohne objektive Gefahr definiert oder als generalisierte Angst ohne Bezug zu bestimmten Situationen oder als Angst z.B. „prüfend beobachtet“ zu werden usw.

Ätiologie

- multifaktoriell genetisch, neurobiologisch und psychosozial bedingt, Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell

Epidemiologie

- etwa 5% der Bevölkerung je nach Art der Angststörung, Frauen sind häufiger betroffen, häufiger Beginn im dritten Lebensjahrzehnt

Diagnostik

- allgemeine psychiatrische Diagnostik unter Berücksichtigung einer breiten Differentialdiagnostik zu unterschiedlichen Formen der Angst (über Wochen bestehende frei-flottierende Angst, Befürchtungen bei Panik, plötzlich heftige Angst bei Phobien, unangemessene Angst vor Situationen oder Objekten, die ungefährlich sind und vermieden werden. Es treten diverse körperliche Beschwerden und eine vegetative Übererregbarkeit auf)
- Klärung von psychischen Komorbiditäten, häufig mit Depressionen, Sucht, Zwang, somatische Erkrankungen, Differentialdiagnostik
- Fremdanamnese
- Biografische Anamnese (z.B. bei Traumatisierung)
- Ausschluss körperlicher Erkrankungen in Abstimmung mit dem Hausarzt

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende regelmäßige Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12 und Anlage 12 Anhang 2.

Nicht-medikamentös

- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- Kooperation mit Psychotherapeut
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

- Antidepressiva, die frühestens 6 Monate nach Auftreten der letzten Symptome abzusetzen sind
- ggf. Antikonvulsiva usw. u.a.

www.panik-attacken.de

www.angsterkrankungen.de

www.qwdg.de

2.2.4. Zwangsgedanken und -handlungen gemischt**Ätiologie**

- vielschichtig: diskutiert werden lerntheoretische, neurobiologische u.a. Ansätze

Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz von etwa 2% von subklinischen Formen, 0,5-0,7 an klinischen Formen

Diagnostik

- allgemeine psychiatrische Diagnostik unter Berücksichtigung einer Differentialdiagnostik zu unterschiedlichen Formen der Zwangsstörung, (Wasch- und Kontrollzwänge, Putzzwänge, Grübelzwänge), mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, Angst und Unruhe bei dem Versuch, die Zwangshandlung zu unterdrücken. Erfassung des zeitlichen Ausmaßes der Zwangshandlungen, der Vermeidung und des Sicherheitsverhaltens (kein Anfassen von Kliniken, kein Besuch öffentlicher Toiletten)
- Klärung von psychischen Komorbiditäten, häufig mit Depressionen, sozialer Phobie und zwanghafter o. dependenter Persönlichkeitsstörung
- Ggf. Testung Hamburger Zwangsinventar Kurzform HZI-K von Klepsch et al.
- Ausschluss möglicher organischer Ursachen der körperlichen Beschwerden, gegebenenfalls mit Hausarzt

Fremdanamnese zur Klärung der Einbindung der Angehörigen in die Zwangshandlungen

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Biographische Anamnese zur Klärung eventuell vorhandener Traumatisierungen

Verlauf

- Am häufigsten chronischer Verlauf mit schwankender Symptomatik und Verbesserungstendenzen
- am zweithäufigsten ein intermittierender Verlauf
- sehr selten ein progredient sich verschlechternder Verlauf

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende Versorgung mit regelmäßiger Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12.

Nicht-medikamentös

- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausföhrung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös z.B.

- Antidepressiva (SSRI), hoch dosiert, (maximal tolerierte therapeutische Dosis), über einen Zeitraum von mind. 12 Wochen, Clomipramin, Augmentationsstrategien bei Non Response: mit –Neuroleptika: Quetiapin, Risperidon oder Haloperidol, letzteres in niedriger Dosierung als Mittel der letzten Wahl
- Monitoring der Psychopharmakotherapie
- Erfragen, Überprüfen und Besprechen der Compliance, der Nebenwirkungen, der Wechselwirkungen, Anleitung zur Einnahme der Medikamente, Erstellung und Ausdruck eines Einnahmeplanes
- Monitoring Labor
- Durchführung je nach Krankheitsbild und Medikation, ggf. Medikamentenspiegelbestimmung bei Behandlungsresistenz oder unvollständiger Remission auch in Abstimmung mit dem Hausarzt

www.zwaenge.de

2.2.5. Affektive Störungen

Diagnoseverschlüsselung

- die differentialdiagnostische Abgrenzung der affektiven Erkrankungen von Diagnosen aus der ICD-Gruppe F40-F48 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen ist zu berücksichtigen
- eine einmalig auftretende manische Episode ist ein ICD-Code aus F30.-
- Treten im Verlauf weitere manische, hypomanische und depressive Episoden auf, entspricht dies F31.- bipolare affektive Störungen
- eine depressive Episode entspricht je nach Schweregrad und Ausprägung usw. z.B. einem Code aus F32.- depressive Episode
- je nach Anzahl der Haupt- und Zusatzsymptome wird die depressive Episode nach einer Mindestdauer von 2 Wochen als leicht F32.1, mittelgradig F32.2. oder schwer F32.3 eingeordnet
- wiederholt auftretende depressive Episoden sind mit F33.- rezidivierende depressive Störung zu kodieren mit den Schweregraden auf der Basis der Anzahl der Symptome und von bipolaren Störungen abzugrenzen
- fluktuierende Stimmungsstörungen werden mit F34.- anhaltende affektive Störung verschlüsselt, dabei ist F34.1 Dysthymia den chronisch depressiven Verstimmungen vorbehalten, die sowohl nach Schweregrad als auch Dauer nicht die Definition einer depressiven Episode nach F32.- erfüllen.
- kurze rezidivierende depressive Episoden sind mit F38.1 andere affektive Störungen zu verschlüsseln. Davon abzugrenzen ist F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Ätiologie

- multifaktoriell bedingt (Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell)
- altersbedingt unterschiedlich: bei Älteren oft eher im Kontext von Komorbidität, bei jungen Menschen in der Adoleszenz eher bei belastenden Umweltfaktoren, Traumata, mangelndem Selbstwertgefühl usw., betrifft überwiegend Frauen v.a., bei Männern eher Sucht- bzw. Alkoholprobleme z.B.

Epidemiologie

- die Prävalenz ist abhängig vom Schweregrad und schwer abzuschätzen wegen bisher weitestgehend unspezifischer Diagnoseverschlüsselung
- die Prävalenz schwankt je nach Alter/Region usw. zwischen 5-15%
- junge Menschen haben einen besonders hohen Versorgungsbedarf, weil sie am häufigsten und längsten stationär aufgenommen werden
- Depressionen sind die psychischen Erkrankungen mit einem wesentlich erhöhten Suizidrisiko
- ältere Menschen häufiger bei chronischen somatischen Erkrankungen und Multimedikation betroffen, Jüngere eher im Kontext Sucht, insgesamt häufiger bei psychosozialen Belastungen wie Tod des Partners, Arbeitslosigkeit, Scheidung usw.

Diagnostik

- Früherkennung in der hausärztlichen Versorgung meist auf der Basis z.B. des 2-Fragen-Tests „fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, be-

drückt oder hoffnungslos“ und „hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun“

- differenzierte Diagnosestellung mit leitlinienkonformer Diagnostik gemäß Kriterien nach ICD-10 auf der Basis von Haupt- und Zusatzsymptomen in die Schweregrade leicht, mittel, schwer
- ggf. WHO-5-Fragebogen oder Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D u.a., klinische Bestätigung durch die Erfassung der ICD-10-Kriterien s.o.
- das Erfragen von Suizidgedanken ist erforderlich und kann den Patienten frühzeitig entlasten
- akute Suizidalität ist ein Einweisungsgrund in die stationäre Behandlung

Definition einer Episode nach ICD-10

- depressiv mindestens 2 Wochen, mindestens 4 Symptome erforderlich u.a.
- hypomanisch mindestens 4 Tage, mindestens 3 weitere Symptome bei abgrenzbarer Periode mit deutlich gehobener oder gereizter Stimmung u.a.
- manisch mindestens 1 Woche und mindestens 3 weitere Symptome u.a.

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende Versorgung mit regelmäßiger Wiedervorstellung mit psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten bzw. bis zu 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten gemäß Anlage 12 als fortlaufender diagnostisch-therapeutischer Prozess.

Nicht-medikamentös

- leitlinienkonforme Versorgung je nach Schweregrad und Risikofaktoren, z.B. mit Beratung zur Alltagsbewältigung und zum Lebensstil v.a. mit Motivation zu körperlicher Aktivität usw. je nach individueller Lebenssituation
- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- ggf. Suchtentwöhnung
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- Kooperation mit dem Psychotherapeut
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

- leitlinienkonform und gemäß Rationaler Pharmakotherapie als Akuttherapie, Erhaltungstherapie, Langzeit- bzw. Rezidivprophylaxe, bei leichten Depressionen auch Johanniskraut
- Antidepressiva einschleichend (bei Älteren vorsichtig aufdosiert), sorgfältige Beachtung von Komorbiditäten, Geschlecht, Alter usw.
- bei mittelgradigen Depressionen gilt die Psychotherapie oder Medikation als gleichwertig und wird je nach Wunsch des Patienten eingesetzt (NVL)
- bei schwerer depressiver Episode medikamentöse Therapie **und** Psychotherapie
- Monitoring der pharmakologischen Behandlung
- Telefonmonitoring bei z.B. medikamentöser Ersteinstellung, Umstellung

Die Medikation sollte bei Patienten mit 2 oder mehr depressiven Episoden und funktionellen Einschränkungen mindestens 2 Jahre lang mit der gleichen Dosis erfolgen wie sie sich in der Akutbehandlung bewährt hat.

Selbsthilfegruppen Kompetenznetz Depression/Suizidalität

www.kompetenznetz-depression.de

Netzwerk Depression

www.buendnis-depression.de

<http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Berus/Klinik/> (Mobbing am Arbeitsplatz und Krankheit mit depressiven Symptomen, Angststörungen usw.)

Selbsthilfegruppe für Angehörige

www.aqus-selbsthilfe.de

2.2.6. Bipolare affektive Störungen

Diagnoseverschlüsselung

Die differentialdiagnostische Abgrenzung der affektiven Erkrankungen von Diagnosen aus der ICD-Gruppe F40 – F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen ist zu berücksichtigen. Eine einmalig auftretende manische Episode ist mit einem ICD-Code aus F30 Manische Episode zu verschlüsseln. Treten im Verlauf weitere manische, hypomanische und depressive Episoden auf, dann ist eine Schlüsselnummer aus F31.- Bipolare affektive Störung zu kodieren.

Ätiologie

- es wird eine Kombination aus genetischen, neurobiologischen und psychosozialen Faktoren als pathogenetisch relevant diskutiert

Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz 1-5% mit Erstmanifestation im jungen Erwachsenenalter, häufig wiederkehrenden Krankheitsschüben und erheblicher psychosozialer Beeinträchtigung und Suizidalität

Diagnostik

- möglichst frühzeitige und genaue Verlaufsexploration unter Berücksichtigung depressiver und hypomanischer Symptome
- Erfassung häufiger psychischer und physischer Komorbiditäten

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Differentialdiagnostische Überlegungen (ADHS/Borderline)

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende Versorgung mit regelmäßiger Wiedervorstellung mit psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten bzw. bis zu 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten gemäß Anlage 12 als fortlaufender diagnostisch-therapeutischer Prozess: Dieser geht auf die Alltagsstruktur ein, dient der Erkennung der Symptome, fördert die Problemlösung im Hier und Jetzt, informiert über medizinische und sonstige Behandlungen, unterstützt den Patienten in einer angemessenen Krankheitsbewältigung, Aufbau eines individuellen Krisennetzes.

Nicht-medikamentös

- leitlinienkonforme Versorgung je nach Risikofaktoren, z.B. mit Beratung zur Alltagsbewältigung und zum Lebensstil v.a. mit Motivation zu körperlicher Aktivität usw. je nach individueller Lebenssituation
- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- ggf. Suchtentwöhnung
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- umfassende koordinierende und/oder kooperierende Betreuung und Versorgung je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12 abgestimmt auf die individuelle Lebenssituation in Abstimmung mit dem Hausarzt
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

- leitlinienkonform und gemäß Rationaler Pharmakotherapie
- Monitoring der pharmakologischen Behandlung
- Telefonmonitoring bei z.B. medikamentöser Ersteinstellung, Umstellung

<http://www.dqbs.de/>

Selbsthilfegruppen BSNe Bipolar Selbsthilfenetzwerk

<http://www.vpug.de/linkliste/bipolar-selbsthilfe-netzwerk>

Dt. Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

www.dqbs.de

Selbsthilfegruppen Horizonte e.V.

www.verein-horizonte.de

BSNe Bipolar Selbsthilfe Netzwerk e.V., Selbsthilfegruppe für Angehörige

www.agus-selbsthilfe.de

2.2.7. Posttraumatische Belastungsstörungen

Diagnoseverschlüsselung

Kriterium ist u.a. verzögert und wiederholt auftretende unausweichliche Erinnerung (Flashback) an ein Trauma mit emotionalem Rückzug u.a. innerhalb von 6 Monaten danach F 43.1.

Ätiologie

- belastendes, einschneidendes Erlebnis, Trauma

Epidemiologie

- schwer einschätzbar, weil nur etwa jeder 20. Patient in ärztliche Behandlung kommt.

Diagnostik

- zeitnah diagnostische Interviews bei psychischen Störungen DIPS oder andere (Suizidalität erhöht)

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende Versorgung mit regelmäßiger Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12.

Nicht-medikamentös

- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

ggf. z.B. Serotoninwiederaufnahmehemmer je nach Risikokonstellation.

www.awmf.de Leitlinie posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1

Selbsthilfegruppe für psychosoziale Gesundheit

www.psychosoziale-gesundheit.net

2.2.8. Akute Belastungsreaktion

Diagnoseverschlüsselung

Akute, sich innerhalb von wenigen Minuten bis drei Stunden entwickelnde Reaktion bei einem vorher psychisch unauffälligen Menschen auf ein Ereignis von außerordentlicher Schwere F 43.0

Ätiologie

- Zusammenspiel einer außergewöhnlichen physischen oder psychischen Belastung mit einer individuellen Vulnerabilität und zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen

Epidemiologie

- Häufiges Auftreten, in jedem Alter möglich

Diagnostik

- Auftreten von Betäubung, Bewusstseinsminderung, eingeschränkter Aufmerksamkeit, eine Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten
- ggf. Desorientiertheit, sozialer Rückzug, Unruhe oder Überaktivität, zusammen mit vegetativen Reaktionen wie Tachykardie, Schwitzen mit Beginn der Beschwerden innerhalb von Minuten bis wenigen Stunden nach dem Ereignis mit Rückgang innerhalb von Stunden oder bis zu drei Tagen nach dem Ereignis
- Es kann eine teilweise oder vollständige Amnesie für das Ereignis auftreten, ggf. Fremdanamnese

Therapie**Versorgungsplan:**

Ggf. vorausschauende regelmäßige Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12, vor allem zur Vermeidung einer Chronifizierung der Beschwerden mit Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung PTSD.

Nicht-medikamentös

Ruhe, Sicherheit herstellen und vermitteln, eine vertraute Bezugsperson zur Verfügung stellen, darüber informieren, dass es sich um eine normale Reaktion handelt, die mit dem Ereignis in Verbindung steht. Abwartend beobachtendes Verhalten

- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

Sollte sehr zurückhaltend erfolgen, keine Benzodiazepine, ggf. Pregabalin.

2.2.9. Verhaltensstörungen wie Pathologisches Spielen, Essstörungen wie Anorexia nervosa

Diagnoseverschlüsselung

- Diagnose Anorexia nervosa bei einem Body-Mass-Index unter 17,5 usw. F 50.0 z.B.
- Pathologisches Glücksspielen F63.0 bei Impulsen zu spezifischen Handlungen, so dass kein Widerstand geleistet werden kann, obwohl dies versucht wird, vorausgehende Anspannung mit Drang und Euphorie nach der Umsetzung von Glücksspiel, Wiederholungsdrang trotz psychosozialer Komplikationen

Ätiologie

- Diathese-Stress-Ansatz als interaktives Zusammenwirken verschiedener Faktoren entwicklungsphasenabhängig, Identitäts-, Autonomiekrise u.a.

Epidemiologie

- Spiel-, Mediensucht Männer bis zu viermal häufiger betroffen
- Essstörungen: Frauen zehnmal häufiger betroffen als Männer („Frauen internalisieren, Männer externalisieren“)
- höchste Inzidenz der Anorexia nervosa bei Frauen im Alter von 14-18 Jahren

Diagnostik

Früherkennung auch hier zentral für den Verlauf zur Vermeidung von Chronifizierung, Klärung von Komorbiditäten und evtl. Differenzierung von Primär- und Sekundärerkrankung.

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende Versorgung mit regelmäßiger Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12.

Nicht-medikamentös

- multimodales Vorgehen je nach Lebenssituation mit Förderung der Autonomie und Identität bei Anorexie
- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

- unter Vorbehalt, weil multimodale individuelle beratende Betreuung im Vordergrund
- ggf. Serotoninwiederaufnahmehemmer bei Impulskontrollstörungen

Selbsthilfegruppen ANAD e.V.

Beratungszentrum bei Essstörungen Dick und Dünn e.V.

www.absolver.de

www.mybmi.de

<http://www.magersucht.de/>

Fachstelle Glücksspielsucht

<http://www.gluecksspielsucht.de/>

http://caritas.erzbistum-koeln.de/neuss_cv/sucht_hilfe/gluecksspiel/index.html

www.onlinesucht.de

<http://www.dg-sucht.de/cms/>

2.2.10. Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung

Diagnoseverschlüsselung F 70.-F 73.0-2

Ätiologie

Je nach Definition, Vorkommen von Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung durch einen Mangel an Alltagsfertigkeiten, kognitiven und geistigen Fähigkeiten und dadurch bedingt Überforderung und Angst

Diagnostik

Intelligenztests zur Quantifizierung der Intelligenzminderung

Therapie

Versorgungsplan

Wiedervorstellung ggf. in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12.

Nicht-medikamentös

- Pädagogische Hilfen, Anleitung der Angehörigen
- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK/BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- Ggf. Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

Die Behandlung richtet sich nach der zugrundeliegenden Symptomatik

2.2.11. Aufmerksamkeitsdefizit–Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Diagnoseverschlüsselung nach Interview, Fragebögen zur Erhebung der Symptome und Dokumentation, z.B. Wender Utah Rating Scale (Retz-Jungin et al. 2002), Selbstbeurteilungsskala u.a. s.u.

Ätiologie

- Verschiedene Modelle/Risikofaktoren werden diskutiert, auch eine genetische Disposition (Zwillingsstudien)

Epidemiologie

- Eine im Kindesalter beginnende, in ca. 30 % der Fälle bis ins Erwachsenenalter reichende Störung der Aufmerksamkeit, mit Hyper-/Hypoaktivität und Impulskontrollstörung einhergehende Erkrankung

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- ca. 1-2 % der Erwachsenen sind betroffen, im Kindesalter mit Betonung des männlichen Geschlechts, bei Erwachsenen eher ausgeglichen

Diagnostik

- Ausführliche Anamnese plus Kindheitsanamnese, ggf. Fremdanamnese
- Fragebögen zur Erkennung wie Wender-Utah-Rating Scale zur Beurteilung der Beschwerden: Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität obligatorisch für die Diagnose u.a.
- Für die Beurteilung der aktuellen Symptomatik: Conners- Skalen oder Homburger ADHS Skalen für Erwachsene (Hase) o.a.
- Verhaltensbeobachtungen bei Kindern, auch unter Hinzuziehung der Lehrer
- Evtl. testpsychologische Untersuchungen wie Intelligenztest
- Körperliche Untersuchungen
- Evtl. EEG/cCT/MRT zum Ausschluss organischer Störungen oder einer frühkindlichen Hirnschädigung
- Klärung einer möglichen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen, wie Depressionen, Suchterkrankungen
- Klärung evtl. vorhandener sozialer /beruflicher Schwierigkeiten u.a.

Therapie

Versorgungsplan:

Vorausschauende Versorgung mit regelmäßiger Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12.

Nicht-medikamentös

- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Beruf, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausföhrung in Anhang 2 zu Anlage 17
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie

Medikamentös

- Ggf. Methylphenidat in retardierter /unretardierter Form
- Atomoxetin oder bei Erwachsenen alternativ Bupropion u.a.
- Behandlung komorbider Erkrankungen

www.ads-ev.de;
www.awmf.de

2.2.12. Psychische und Verhaltensstörungen durch Substanzmissbrauch

Diagnoseverschlüsselung

- der Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen kann ein breites Spektrum psychischer Störungen hervorrufen.
- das klinische Erscheinungsbild wird in der vierten Stelle verschlüsselt, z.B. F10.2 Abhängigkeitssyndrom bzw. -abhängigkeit
- ein Abhängigkeitssyndrom (.2) besteht, wenn drei oder mehr der folgenden Symptome gleichzeitig aufgetreten sind:
 - starker Wunsch oder Zwang die Substanz aufzunehmen
 - verminderte Kontrolle bei Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
 - körperliches Entzugssyndrom bei Absetzen oder Reduktion der Substanz
 - Nachweis einer Toleranz
 - fortschreitende Vernachlässigung anderer Aktivitäten zu Gunsten des Konsums
 - persistierender Konsum trotz manifester Gesundheitsschäden

Ätiologie

- multifaktorielle Ursache mit gehäuften familiärem Auftreten, der Begriff Sucht stammt aus dem Mittelhochdeutschen „Siechtum“
- ggf. genetisch auch bei Mangel an Dopamin-D2-Rezeptoren im Gehirn

Epidemiologie

Alkohol

- ca. 3% der Bevölkerung sind abhängig
- primäre Alkoholabhängigkeit (80% der Fälle) bei angstbedingter Persönlichkeitsstörung, soziales Umfeld, Stress
- sekundäre Alkoholabhängigkeit bei bestehenden psychiatrischen Erkrankungen
- je nach Schweregrad dreimal so viele Männer wie Frauen
- Beginn oft in mittlerem Alter (500.000 Jugendliche und Kinder gelten als alkoholgefährdet in Deutschland)
- Lebenszeitverkürzung um mindestens 15 Jahre
- Frauen auch öfter tablettensüchtig komorbid
- Kinder haben ein vierfach erhöhtes Risiko selber auch abhängig zu werden
- 15% Suizid

Psychostimulantienabhängigkeit

- etwa 500.000 Menschen haben Erfahrungen mit Drogen wie Ecstasy (3600 neu registrierte Erstkonsumenten/J., steigend – Kokain, Amphetamine doppelt so hoch), Beginn 15.-25. Lebensjahr

Diagnostik

- Früherkennung/Information ab Schulalter und Prävention bedeutsam

- Offenlegung der meist schambesetzten Situation
- gemäß Abhängigkeitskriterien nach ICD-Kodierung sind mindestens 3 Kriterien zu erfüllen wie starker Wunsch, vegetativer Entzug, Kontrollverlust usw.
- Komplikationen sind schizophrene Psychosen, Halluzinationen, Delir, Depressionen, Hirninfarkt, usw., körperliche und seelische Symptome gastrointestinal, Lebererkrankungen, ggf. epileptische Anfälle, Karzinome, Hypertonus, Kardiomyopathie, Stoffwechselfolgen, Ängste, Demenz u.a.
- CAGE-Test bei Verdacht auf Alkoholismus, AUDIT-C-Test als Kurztest
- Labor, Klinik
- die Anamnese/Aufklärung alkoholkranker Patienten ist besonders aufwändig und sorgfältig im Gespräch durchzuführen und zu dokumentieren.

Therapie**Versorgungsplan:**

Vorausschauende Versorgung mit regelmäßiger Wiedervorstellung in der fachärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher psychiatrisch supportiver Gesprächsbehandlung bis zu 12x pro Quartal mindestens 25 Minuten oder 6x pro Quartal mindestens 50 Minuten je nach Schweregrad der Erkrankung gemäß Anlage 12.

Nicht-medikamentös

- multidisziplinär, Schaffung einer Behandlungsmotivation, Koordination und ggf. Einleitung von Entgiftung, ggf. auch ambulant, und Entwöhnung. Regelmäßige Wiedervorstellung, je nach Ausprägungsgrad der Sucht, Rehabilitation, Nachsorge, FORD-Modell, Konflikt- und Stressbewältigung, Entspannungstraining, Suchthilfe, Beratung zum Lebensstil, jeweils auch in Abstimmung mit dem Hausarzt (Ernährungsberatung wegen evtl. Vitaminmangel, Organschäden usw.), Aufklärung unter Einbeziehung des sozialen Umfelds ggf.
- F--.0 akute Intoxikation: ausnüchtern, entgiften (situativ ambulant/stationär in Abstimmung mit dem Hausarzt)
- F--.1 schädlicher Gebrauch: Entwöhnung, Voraussetzung zur ambulanten Entgiftung prüfen und ggf. durchführen in Abstimmung mit dem Hausarzt, ggf. Neurologen und Psychotherapeuten gemäß Anlage Psychotherapie
- F--.2 Abhängigkeitssyndrom: ggf. Voraussetzung zur ambulanten Entgiftung prüfen und ggf. durchführen in Abstimmung mit dem Hausarzt, ggf. Neurologen und Psychotherapeuten gemäß Anlage 12 Psychotherapie, Weiterleitung Koordination weiterführender Behandlungsmaßnahmen wie Entwöhnungsbehandlung, Rehabilitationsmaßnahmen, Koordination einer Kooperation mit der Suchtberatung,
- F--.3 Entzugssyndrom: Je nach Ausprägungsgrad ambulante Entgiftung mit oder ohne Medikamente
- F--.4 Entzugssyndrom mit Delir z.B. Delir tremens: Stationäre Aufnahme
- F--.5 Psychotische Störung z.B. alkoholische Paranoia, Eifersuchtswahn: In der Regel stationäre Aufnahme
- F--.6 Amnestisches Syndrom, z.B. Korsakow-Syndrom: In Abstimmung mit dem Hausarzt gezielte Versorgung unter Berücksichtigung des häuslichen Umfelds und Koordination von ambulanten Pflegemaßnahmen und Angehörigenberatung
- F--.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung: Psychotherapie und Medikation, symptomatische Behandlung

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- ggf. Kooperation mit dem Psychotherapeuten
- ggf. Einbeziehung und/oder Anleitung der Angehörigen/Familie
- ggf. Vernetzung/Nutzung der AOK / Bosch BKK-Gesundheits- und Beratungsangebote
- Beratung zum Lebensstil und zur Alltagsgestaltung, Hobbys, ggf. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie usw.
- frühzeitige vertrauensvolle und vertrauliche Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17
- Motivation zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch umfassende Kooperation und Koordination von Unterstützungsangeboten

Medikamentös

- Rückfallprophylaxe ggf. Anticravingsubstanzen ggf. Acamprosat (und Naltrexon mehr als drei Monate) in den ersten Monaten, ggf. als Dauerbehandlung für ca. 1 Jahr insbesondere mit begleitender Psychotherapie und psychosozialen Maßnahmen beginnend nach der Entgiftung
- Therapie evtl. Komorbiditäten wie Depressionen, ggf. auch sedierendes Antidepressivum bei Schlafstörungen (letztere sind Risikofaktor für Alkoholrückfälle)

Selbsthilfegruppen

Anonyme Alkoholiker

<http://www.anonyme-alkoholiker.de/>

Deutscher Guttemplerorden e.V.

<http://www.bagso.de/>

Kreuzbund e.V.

<http://www.kreuzbund.de/kreuzbund-startseite.html>

Blaues Kreuz e.V.

<http://www.blaues-kreuz.de/>

www.dhs.de;

www.al-anon.de

www.bw-suchtweb.de

<http://www.narcotics-anonymous.de/>

www.prevnet.de;

Giftzentralen des Landes;

Medikamentenabhängigkeit www.bundesaerztekammer.de

Ergänzende Diagnoseanmerkungen mit besonders erhöhtem Versorgungsbedarf auch gemäß vorgenannter Betreuung und auf der Grundlage entsprechender Leitlinien bei differenzierter Verschlüsselung (.8 und .9 Diagnosen sollten vermieden werden, weil in der Regel zu unspezifisch für die Einleitung einer leitlinienbezogenen Versorgung):

- F10.-19.9 Psychische und Verhaltensstörungen durch Substanzmissbrauch
- F23, F23.8 akute schizophrene/psychotische Symptome je nach Ausprägung, ggf. stationäre Einweisung erforderlich
- F 32.1 PYE1 als Übergang von 2 Monaten gemäß leitlinienentsprechender Förderung der Versorgung mit Pharmakotherapie o d e r Psychotherapie
- F43.0 PYE1 kann im 1. Quartal mit P1 abgerechnet werden bis zum Beginn einer

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Psychotherapie

- F63.0 Pathologisches Glücksspielen ggf. Betreuung in Spezialambulanzen, v.a. bei jungen Menschen
- F84.5 ein schneller Zugang zur Psychotherapie ist anzustreben
- F90.0 ADHS besonders sorgfältige Diagnosestellung und Klassifikation gemäß ICD-10 bei Symptomen entsprechend der Wender-Utah-Kriterien, Testpsychologie fachärztlich (neuropsychologisch z.B. Wisconsin Card Sorting Test, Continuous Performance Test, IQ mit HAWIE-R u.a.), somatische Differentialdiagnostik beachten, Medikation Methylphenidat auch im Erwachsenenalter (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung zu beachten) /Psychotherapie/Gesprächsbehandlung/vermehrte Bewegungsmöglichkeiten
- www.bv-ah.nanugruppe.de
- www.ads-ev.de

Links Grundlagen

www.awmf.de; www.dimdi.de; www.svr-gesundheit.de;

C. Psychotherapie

3.1 Allgemeiner Teil

Modul Hausarzt

Dokumentationsbogen „Hausarzt“ (Anlage zur Überweisung)

Vor Überweisung eines Patienten zur psychotherapeutischen oder psychiatrischen Diagnostik oder/und Behandlung ist eine mögliche somatische Ursache auszuschließen.

a) Basisdaten

- Kassenkopf
- Grund der Überweisung / Fragestellung

b) Wichtige medizinische Daten wie

- Somatische Diagnosen
- Bekannte relevante Vorbehandlungen
- Vorliegende Befunde und veranlasste Untersuchungen
- Medikamentenplan

Diagnostik

- Screeningverfahren, Fragebögen, psychometrische, standardisierte und projektive Tests.
- Interaktionsdiagnostik.
- Maßgeschneiderte Verlaufskontrolle.
- Differentialdiagnostik
- ggfs. Fremdanamnese
- Bei Verdacht auf relevante somatische Erkrankungen soll der Pat. zum Hausarzt für die weitere Abklärung gehen (Bericht an Hausarzt)
- Festlegung der Diagnose(n) und des Schweregrads.
- Abklärung, ob eine psychiatrische Medikation erfolgen soll (Bericht an Mitbehandler)
- Abklärung, ob Eigen- oder Fremdgefährdung (Bericht an Mitbehandler)
- Abklärung, ob stationäre Intervention notwendig ist (Bericht an Hausarzt).
- Feststellen, ob eine Indikation für Psychotherapie vorliegt bzw. welche alternativen Behandlungsmöglichkeiten, auch ergänzend sinnvoll sind (Bericht an Hausarzt)
- Biographische Anamnese, Psychodynamik, Verhaltensanalyse, psychopathologischer Befund.

Berichte und Befunde mit korrekter Kodierung stets an Hausarzt wie auch im Folgenden.

3.2 Psychotherapeutische Behandlung auf der Basis von Anlage 12 mit Anhängen

In diesem Abschnitt wird nach einem allgemeinen Teil die Behandlung ausgewählter Krankheiten näher beschrieben. Die im Vertrag festgelegten Zuordnungen von Therapiemodulen und Diagnose sind der Anlage 12 und Anhang 2 zu Anlage 12 zu entnehmen.

Um die Therapiehoheit des Behandlers und die Einmaligkeit des Patienten in seinen Lebensbedingungen zu unterstreichen, haben wir darauf geachtet, eine möglichst freie, dem einzelnen Patienten und dennoch leitlinienkonforme Behandlungsplanung darzustellen.

Erläuterungen zur Versorgung an ausgewählten Beispielthemen

3.2.1 Affektive Störungen

Diagnoseverschlüsselung

- **F32 Depressive Episode**
 - F32.0 Leichte depressive Episode
 - F32.1 Mittelgradige depressive Episode
 - F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
 - F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- **F33 Rezidivierende depressive Störung**
 - F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
 - F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenw. mittelgradige Episode
 - F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenw. schwere Episode ohne psychotische Symptome
 - F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenw. schwere Episode mit psychotischen Symptomen
 - F33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenw. remittiert
- **F34 Anhaltende affektive Störungen**
 - F34.0 Zylothymia
 - F34.1 Dysthymia
- **F30 Manische Episode**
 - F30.0 Hypomanie
 - F30.1 Manie ohne psychotische Symptome
 - F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen
- **F31 Bipolare affektive Störung**
 - F31.0 Bipolare aff. Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
 - F31.1 Bipolare aff. Störung, gegenw. manische Episode oder psychot. Sympt.
 - F31.2 Bipolare aff. Störung, gegenw. manische Episode mit psychot. Sympt.
 - F31.3 Bipolare aff. Störung, gegenw. mittelgradige oder leichte depr. Episode

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- F31.4 Bipolare aff. Störung, gegenw. schwere depr. Episode oder psychot. Sympt.
- F31.5 Bipolare aff. Störung, gegenw. schwere depr. Episode mit psychot. Sympt.
- F31.6 Bipolare aff. Störung, gegenw. gemischte Episode
- F31.7 Bipolare aff. Störung, gegenw. remittiert

Ätiologie

- Im Rahmen des Diathese-Stress Modells lassen sich folgende Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung affektiver Störungen festhalten:

Vulnerabilität

negative Lebensereignisse (Life-Events, daily Hassels), genetische Faktoren usw.

Auslöser

akute psychosoziale Belastung, Distress, Überaktivität der Stresshormonachse, neurochemische Dysfunktionen (z.B. Serotonin, Neuroadrenalin) usw.

Eingangsdiagnostik am Beispiel der depressiven Störungen

Der differentialdiagnostischen Klassifikation depressiver Störungen im Kontext der affektiven Störungen liegt ein mehrstufiger klinischer Entscheidungsprozess zugrunde (RKI, Heft 51):

1. Erfüllen Art und Anzahl der depressiven Symptome die Schwellenkriterien für eine depressive Episode?
2. Ist die Episode leicht-, mittel- oder schwergradig ausgeprägt (anhand der Ausprägung und Anzahl der Symptome gemäß ICD-Kriterien)?
3. Liegt eine rezidivierende Depression oder eine Depression im Rahmen einer bipolaren Störung vor? (Gab es früher schon einmal im Lebensverlauf derartige Episoden? = rezidivierende depressive Störung; traten früher schon einmal manische oder hypomane Episoden auf? = bipolare Störung)
4. Wurde die Depression durch Substanzen (= Substanzinduzierte Depression) oder einen körperlichen Faktor ausgelöst? Siehe auch S3 Leitlinie auch für Patienten.

Erfassungsinstrumente, wie z.B.: SKID, BDI, HAM-D, SCL 90, BL, HADS-D und maßgeschneiderte differentialdiagnostische Tests usw.

Verlaufsdiagnostik

Durch entsprechende Verlaufssensible Erfassungsinstrumente, wie z.B. (BDI, HAM-D, SCL 90, BL, Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D) usw.)

Behandlungsplan

- Hier liegen unterschiedliche Ansatzpunkte, je nach Verfahren bzw. Methode (Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, systemische Therapie, Schematherapie, Interpersonelle Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie).
- Ab einer schweren Depression ist eine parallele medikamentöse Therapie gemäß Leitlinie indiziert.
- Bei Manie und bipolaren Störungen ist eine parallele medikamentöse Therapie ebenso indiziert.

3.2.2 Schizophrenie, schizotype, wahnhaft, vorübergehende akute psychotische und schizoaffektive Störungen

Diagnoseverschlüsselung

- **F20 Schizophrenie**
 - F20.0 Paranoide Schizophrenie
 - F20.1 Hebephrene Schizophrenie
 - F20.2 Katatone Schizophrenie
 - F20.3 Undifferenzierte Schizophrenie
 - F20.4 Postschizophrene Depression
 - F20.5 Schizophrenes Residuum
 - F20.6 Schizophrenia simplex
- **F21 Schizotype Störungen**
- **F22 Anhaltende wahnhaft Störungen**
- **F23 Vorübergehende akute psychotische Störungen**
 - F23.0 Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
 - F23.1 Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
 - F23.2 Akute schizophreniforme psychotische Störungen
- **F25 Schizoaffektive Störungen**
 - F25.0 Schizoaffektive Störungen gegenwärtig manisch
 - F25.1 Schizoaffektive Störungen gegenwärtig depressiv
 - F25.2 gemischte schizoaffektive Störungen

Ätiologie

Im Rahmen des Diathese-Stress Modells lassen sich folgende Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung affektiver Störungen festhalten:

Vulnerabilität

negative Lebensereignisse (Life-Events, daily Hassles), genetische Faktoren usw.

Auslöser

akute psychosoziale Belastung, Distress, Überaktivität der Stresshormonachse, neurochemische Dysfunktionen usw.

Eingangsdiagnostik am Beispiel der Schizophrenie

- Gemäß ICD-10 wird die Diagnose Schizophrenie gestellt, wenn über einen Monat oder länger mindestens eines der oben beschriebenen Symptome aus den Bereichen Ich-Störungen, Wahn und Stimmenhören oder zwei Symptome aus den Bereichen andere Halluzinationen, formale Denkstörungen, Psychomotorik oder Negativsymptome auftreten. Vor einer solchen Diagnosestellung muss durch klinische und apparative Untersuchungen ausgeschlossen werden, dass die Symptomatik auf hirnräumliche Veränderungen (Entzündungen, Tumore, Traumata, degenerative Erkrankungen), auf Stoffwechsel- oder hormonelle Störungen, auf medikamentös bedingte Störungen oder auf Drogenkonsum beruhen, die ebenfalls psychotische Symptome hervorrufen können. Die zur Diagnosestellung benötigten Informationen liefern die psychopathologische Exploration des Patienten, seine eigene Anamnese sowie die

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Fremdanamnese seiner Angehörigen. Auf der Grundlage dieser gesamten diagnostischen und differentialdiagnostischen Informationen kann die Diagnose einer Schizophrenie heute mit hoher Sicherheit gestellt werden. (RKI Heft 50).

- Gemäß Kodierrichtlinien bedarf eine gesicherte Diagnose in diesem Bereich eine Diagnosestellung durch einen Psychiater, Nervenarzt oder Psychotherapeuten.
- Erfassungsinstrumente, wie z.B.: SKID, ICDL, IMPS, BPRS, GAS, BDI, SCL 90 R und maßgeschneiderte differentialdiagnostische Tests usw.

Verlaufsdagnostik

Durch entsprechende verlaufssensible Erfassungsinstrumente, wie z.B. (BDI, Verlaufsbögen nach Hahlweg usw.)

Behandlungsplan

- Hier liegen unterschiedliche Ansatzpunkte, je nach Verfahren bzw. Methode (Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, systemische Therapie).
- **Eine parallele psychiatrisch begleitete, medikamentöse Therapie ist gemäß Leitlinie indiziert.**

3.3.3 Alkoholsucht

Diagnoseverschlüsselung

- **F10.0Alkohol**
- F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation
- F10.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch
- F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
- F10.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
- F10.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir
- F10.5 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung
- F10.6 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom
- F10.7 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung

Ätiologie

Im Rahmen des Diathese-Stress Modells lassen sich folgende Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung affektiver Störungen festhalten:

Vulnerabilität negative Modelle usw.

Auslöser akute psychosoziale Belastung, Distress usw.

Eingangsdagnostik

- Jüngere Studien [42, 43, 44, 45] verwendeten für die Erfassung von Alkoholabhängigkeit und –missbrauch das internationale Diagnosesystem DSMIV, das die Störungen Alkoholabhängigkeit und -missbrauch unterscheidet (vgl. [46]). Für persönliche Interviews liegt mit dem M-CIDI [47] eine validierte Operationalisierung der DSM-IV und ICD-10-Kriterien vor, die in den regionalen Studien in München [42] und Lübeck [45] eingesetzt wurde.
- Weniger aufwändig als die Durchführung von diagnostischen Interviews ist der Einsatz von Screening-Verfahren. Weit verbreitet sind der Michigan Alcoholism Screening-Test (MAST [48]) oder der Kurzfragebogen CAGE [49].

- Mit dem Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs- Screening-Test, das die Items des MAST und CAGE kombiniert, steht im deutschen Sprachraum eine sensitive Diagnostik von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch zur Verfügung (LAST [50]). Andere Entwicklungen wie der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) zielen eher auf die Identifikation von Personen mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum ab (RKI Heft 40).
- Erfassungsinstrumente, wie z.B.: SKID, BDI, **LAST** (Lübecker Alkoholismus Screening Test), **CAGE** und maßgeschneiderte differentialdiagnostische Tests usw.

Verlaufsdiagnostik

Durch entsprechende Verlaufssensible Erfassungsinstrumente.

Behandlungsplan

Hier liegen unterschiedliche Ansatzpunkte, je nach Verfahren bzw. Methode (Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, systemische Therapie, Schematherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie).

Besonderheiten und spezielle Interventionsprinzipien in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen:

- Gerade in der Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen spielen der jeweilige Entwicklungsstand und das soziale Umfeld eine wichtige Rolle. Einige kindliche Symptome sind zunächst als normale Verhaltensweisen und Anpassungsversuche an den Reifungsprozess und als Entwicklungsübergänge zu bewerten. Erst die Dauer und der Ausprägungsgrad von Symptomen und deren entwicklungsbehindernde Auswirkungen machen sie zu krankheitswertigen Erscheinungen. So ist Wissen sowohl über regelhafte Entwicklungsprozesse als auch über die Entwicklungspsychopathologie und beides im Kontext unterschiedlicher psychosozialer Umstände notwendig. Die genaue Kenntnis des aktuellen kognitiven wie emotionalen Entwicklungsstandes ist also für die Differentialdiagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung.
- Das soziale Umfeld von Kindern und Jugendlichen, ihre Familie, ihre Peer-Gruppe, ihre Kindergarten- oder Schulsituation haben bei Kindern und Jugendlichen Auswirkungen auf Aufrechterhaltung wie auch auf Beeinträchtigungen ihrer psychische Gesundheit sowie auf die Bewältigungsprozesse von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen.
- Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen berücksichtigt also neben den störungsspezifischen Bedingungen immer auch den individuellen Entwicklungsstand als auch den jeweiligen psychosozialen Kontext.
- Daher kommen neben den in der psychotherapeutischen Behandlung von Erwachsenen bekannten therapeutischen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen deren jeweiligen Entwicklungsstand und ihrer psychosozialen Situation angemessene Interventionsmethoden zum Einsatz.
- Weil Therapieentscheidungen bei jüngeren Kindern nicht von ihnen selbst, sondern von den Bezugspersonen gemeinsam mit dem jeweiligen Psychotherapeuten getroffen werden, nimmt der Psychotherapeut sowohl in der Beziehungsgestaltung als auch in der Erarbeitung eines altersentsprechenden Störungsverständnisses durch das Kind als auch im Therapieprozess selbst eine aktivere Rolle als in der Behandlung von Erwachsenen ein, welche er sowohl der Kommunikationsfähigkeit des jeweiligen Kindes als auch dem Störungsverständnis der kindlichen Bezugspersonen als auch den störungsspezifischen Anforderungen anpassen und kontrollieren muss. Aufgrund des Entwicklungsalters finden gerade bei jüngeren Kindern nicht nur verbale sondern auch spieltherapeutische Interventionen statt.

- Die regelhafte Einbeziehung der Bezugspersonen ist nicht nur der altersentsprechenden Abhängigkeit von Kindern und Jugendlichen und deren noch nicht vollständig gegebener Selbständigkeit und Entscheidungsfähigkeit geschuldet.
- Eltern und andere wichtige Bezugspersonen stellen mit ihrem jeweiligen Bindungsverhalten dem jeweiligen Kind oder Jugendlichen gegenüber und ihrem Störungs- und Behandlungskonzept sowie ihren alltäglichen Interaktionsmustern sowohl eine mögliche störungsaufrechterhaltende als auch eine potentielle störungsverringende Ressource da. Diese Ressource positiv im Sinne der Behandlungsziele und der Störungsbewältigung nutzbar zu machen, ist ein wichtiges Element in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen.
- Bei der Bewältigung von altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben ist darüber hinaus häufig auch eine Interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig, welche oft auch über die Grenzen des Gesundheitswesens hinaus reicht (z.B. gemeinsame Hilfeplangespräche mit dem Jugendamt im Rahmen von Jugendhilfemaßnahmen und Maßnahmen der Hilfe zur Erziehung), vgl. auch Schnittstelle Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 12 und Ausführung in Anhang 2 zu Anlage 17).

3.3.4 AD(H)S und Störungen des Sozialverhaltens

Diagnoseverschlüsselung

- **F90 Hyperkinetische Störungen**
- F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- F90.8 Sonstige hyperkinetische Störungen
- F90.9 Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet
- **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
- F91.8 Sonstige Störungen des Sozialverhaltens
- F91.9 Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnet

Ätiologie

Im Rahmen des Diathese-Stress Modells lassen sich folgende Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung affektiver Störungen festhalten:

Vulnerabilität

negative Modelle, teilweise genetische Faktoren, Sauerstoffmangel bei der Geburt, Deprivation, Bindungsstörung usw.

Auslöser

Verschiedenste Stressoren.

Eingangsdiagnostik

Im Allgemeinen sollen folgende diagnostische Instrumente verwendet werden

- Klinisches Urteil
- Fremdurteil von Lehrern, Eltern oder anderen Bezugspersonen
- Selbsturteil von Kindern und Jugendlichen
- Verhaltensbeobachtung
- Projektive Verfahren usw.

Weitergehende Diagnostik (falls notwendig): Entwicklungs-, Intelligenz-, Leistungs-, neuropsychologische Diagnostik.

Diagnostik psychosozialer Beziehungen

Fragebögen

- a) als Basisverfahren zur Erfassung eines breiten Spektrums psychischer Auffälligkeiten (z.B. CBCL, TRF, YSR, VBV-EL, VBV-ER) und
- b) zur differenzierteren störungsspezifischen Diagnostik (z.B. DIKJ, EAS, HSQ-D, DISYPS-KJ II, SDQ) usw.

Verlaufsdiagnostik

Durch entsprechende verlaufssensible Erfassungsinstrumente.

Behandlungsplan

Hier liegen unterschiedliche multimodale Ansatzpunkte, je nach Verfahren bzw. Methode (Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, systemische Therapie, Schematherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie).

Links

Leitlinien

www.uni-duesseldorf.de, www.awmf.de, aus hogrefe usw.

Angst

<http://www.paniknetz.de/>

<http://www.christoph-dornier-stiftung.de>

www.psychologie.tu-dresden.de

<http://www.panik-attacken.de/>

<http://www.panikattacken.at/>

Depression

Kompetenznetz Depression und Suizidalität

www.kompetenznetz-depression.de

Deutsches Bündnis gegen Depression

www.buendnis-depression.de

<http://www.deutsche-depressionshilfe.de>

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

PT bei Kindern und Jugendlichen

<http://www.psychologie-online.ch/add>

<http://www.mentalhealth.com/dis/p20-ch01.html>

<http://www.kinderpsychiatrie.de/hyperkinetisch.htm>

<http://www.bkjpp.de/linksads.htm>

<http://www.psychologie-online.ch/add/add/addmemo.htm>

<http://www.psychologie-online.ch/add/add/downloadarea.htm>

Homepage der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie

<http://www.kinderheilkunde.org/dgkjp.html>

Homepage des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

<http://www.kinderheilkunde.org/bvkjd.html>

Homepage der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e. V.

<http://www.kinderheilkunde.org/dgkj.html>

Homepage der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

<http://www.dgppn.de/>

Kinder- und Jugendpsychiatrische Einrichtung in Deutschland

<http://www.dgkjp.de/kjp-verz-liste.htm>

Schizophrenie

<http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de>

<http://www.psychosenetz.de/>

<http://www.selbsthilfeschizophrenie.de/>

Sucht

<http://www.sucht.de/>

<http://www.dhs.de>

Biofeedback

<http://www.dqfbf.de/index.php/bioundneurofeedback/wissenschaft>

Verbände und Fachgesellschaften

<http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/>

<http://www.dgsf.org/>

<http://www.dft-online.de/>

<http://www.dqvt.de/>

<http://www.dpv-psa.de/>

<http://www.verhaltenstherapie.de/>

<http://www.gnp.de/>

<http://www.vakjp.de/>

<http://www.dgsf.org/>

<http://www.igst.org/>

weitere auf: <http://www.lpk-bw.de/links.html>

Literatur

Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J et al. (1989) The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. World Health Organization: Division of Mental Health Genf

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Barkley RA (2003) Attention deficit/hyperactivity disorder. In: Mash EJ, Barkley RA (eds) Child psychopathology. Guilford Press, New York, pp 75–143.

Baumgaertel A, Wolraich M, Dietrich W (1995) Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorder in a German elementary school sample. *J Am Academy Child Adolesc Psychiatry* 34:629–638.

Beck A (1970) Depression. Cases and treatment. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

Beck A (1974) The development of depression. A cognitive model. In: Friedman R, Katz M (Hrsg) The psychology of depression: Contemporary theory and research. Winston-Wiley, New York, S 3–28

Bornisch T, Wittchen HU (1998) Suicidal ideation and suicide attempts. The role of comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance-use disorder. In: DeLeo D, Schmidtke A, Diekstra RFW (hrsg) Suicide prevention. A holistic approach. Kluwer Academic Publishers, London, S 15–26

Bruhl B, Dopfner M, Lehmkuhl G (2009) Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) – Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien. *Kindheit Entwicklung* 9:115–125

Bundesärztekammer (2005) Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Alkohol. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln

Curtis GC, Magee WJ, Eaton WW et al. (1998) Specific fears and phobias: epidemiology and classification. *Br J Psychiatry* 173: 212–217

Degona M, Angst J (1993) The Zurich Study. Social phobia and agoraphobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 243: 95–102

Emrick CD (1974) A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and interrelationship of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 35: 523–549

Emrick CD (1975) A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 36: 88–108

European Alliance Against Depression (2009) www.eaad.net/deu/index.php (Stand: 17.03.2010)

Ewing JA (1984) Detecting alcoholism – the CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association* 252: 1905–1907

Feuerlein W, Kufner H (1989) A prospective multicenter study on inpatient treatment for alcoholics: 18- and 48-months follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). *European Archives of Psychiatry and Neurological Science* 239: 144–157

Gilg T (1995) Diagnose von Alkoholmissbrauch und Alkoholismus, biologische und biochemische Alkoholismusmarker bzw. -parameter. In: Soyka M (Hrsg) Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie, Chapman & Hall Weinheim, S 79–104

Hegerl U, Wittmann M, Arensman E et al. (2008) The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry* 9: 51–58

Hegerl U, Althaus D, Pfeiffer-Gerschel T (2006) Früherkennung und Awareness. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektive. Springer, Berlin, Heidelberg, S 371–386

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Hoyer J, Margraf J (Hrsg) (2002) Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren. Springer Verlag, Berlin

Hox J, Gils G, Klugkist L (1998) Treatment of alcohol and drug dependency. Meta-Analysis. Final report. Beleids Onderzoek en Advies Utrecht

Huss M (2004) Was wird aus Kindern mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung? Vom Zappelphilipp zum ausgewachsenen Chaoten. MMW Fortschr Med 146:36–39

Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychologische Rundschau 53: 159–169

Jacobi F, Schneider S, Barnow S (2003) Die Angst vor der Angst. Angststörungen: Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. In: Barnow S, Freiberger HJ, Fischer W et al. (Hrsg) Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung, 2. Korrigierte und erweiterte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, S 115–141

Klingberg S, Wittorf A, Bechdorf A, Herrlich J, Kircher T, König HH, Müller B, Sartory G, Wagner M, Wiedemann G, Wölwer W, Buchkremer G (2009). Psychotherapieforschung zur Kognitiven Verhaltenstherapie bei Positiv-Symptomen psychotischer Störungen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 59, 141-148.

Konnopka A, Klingberg S, Wittorf A, Köning HH (2009). Die Kosten der Schizophrenie in Deutschland: ein systematischer Literaturüberblick. Psychiatrische Praxis, 36, 211-218.

Klingberg S, Buchkremer G (2009). Neue Entwicklungen in der Psychotherapie schizophrener Psychosen. Nervenarzt, 80, 22-30.

Klingberg S, Wittorf A, Sickinger S, Wittorf A, Buchkremer G (2008). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von Positiv-Symptomatik psychotischer Störungen - Hintergrund und Therapiekonzeption der POSITIVE-Studie. Nervenheilkunde, 27, 1014-1020.

Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR (1998) Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. Clin Psychol Rev 18: 765–794

Ruhmland M, Margraf J (2001a) Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. Verhaltenstherapie 11: 27–40

Ruhmland M, Margraf J (2001b) Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. Verhaltenstherapie 11: 41–53

Ruhmland M, Margraf J (2001c) Effektivität psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangstörung: Meta-Analysen auf Störungsebene. Verhaltenstherapie 11: 14–26

Rumpf HJ, Hapke U, Hill A et al. (1997) Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 5: 894–898

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. Addiction 88: 791–804

Seiffge-Krenke I (2007) Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56: 185–205

Selzer ML (1971) The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. American Journal of Psychiatry 127: 1653–1658

Sus HM (1995) Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau 46: 248–266

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Wienberg G (2002) Versorgungsstrukturen von Menschen mit Alkoholproblemen in Deutschland – eine Analyse aus Public Health Perspektive. In: Mann K (Hrsg) Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen, Pabst Lengerich, S 17–45

Wittchen HU, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 44: 993–1000

Wittchen HU, Müller N, Pfister H et al. (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys Psychische Störungen. Gesundheitswesen 61: S216–S222

Wittchen HU, Beloch E, Garczynski E et al. (1995) Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI, Paper-pencil 2.2, 2/95). Max-Planck-Institut für Psychiatrie München

Wittorf A, Buchkremer G, Klingberg S (2008). Kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung persistierender psychotischer Symptome. Neuro aktuell, 22, 36-39

Auszüge weiterer Quellen fachübergreifend:

<http://bmg.bund.de>;

<http://www.g-ba.de>

<http://gbe-bund.de>

<http://dimdi.de>

<http://eur-lex.europa.eu>

<http://gesundheitsinformation.de>

<http://patienten-information.de>

<http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de>

<http://www.hogrefe.de>

www.springer.de

www.thieme.de

www.elsevier.de

www.herold-innere-medizin.de

www.beltz-verlag.de

<http://dnb.d-nb.de>

<http://www.leitlinien.de>

Arzt Handbuch (2009): Rationale Pharmakotherapie - Wirtschaftliche und evidenzbasierte Arzneiverordnung für die Praxis, Verlag Urban & Vogel GmbH, Springer Science + Business Media. Realisierung MED.KOMM

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011): Psychische und Verhaltensstörungen Kapitel V F00-F99

Döpfner M, Lehmkuhl G, Petermann F (fortlaufende Reihe): Leitfaden Kinder- und Jugend-Psychotherapie

Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): AG Versorgungsorientierung/Priorisierung Modellprojekt Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression

Günster C, Klose J, Schmacke N (2011): Versorgungs-Report 2011 Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen

Hacke W (2010): Neurologie, Springer Medizin Verlag Heidelberg

Härter M, Schneider F, Gaebel W et al (2003): Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis, Z ärztl Fortbil Quallsich 97, Supplement IV

Herold G (2011): Innere Medizin by Gerd Herold, Köln

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Klingelhöfer J, Berthele A (2009): Klinikleitfaden Neurologie, Urban & Fischer München

Korczak D, Steinhäuser G, Dietl M (2011): Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Medizinwissen DIMDI HTA-Bericht 112, Köln

Korczak D, Kister C, Huber B (2010): Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms, DIMDI HTA-Bericht 278, Köln

Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Donner-Banzhoff N (2007): Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis, Deutscher Ärzteverlag

Laux G, Möller HJ (2011): Psychiatrie und Psychotherapie, Georg Thieme Verlag Stuttgart New York

Leitlinien zur Diagnostik von psychischen Störungen im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter (2007): Deutscher Ärzte-Verlag

Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (fortlaufende Reihe)

National Clinical Practice Guideline Number 82 (2009): Schizophrenia, National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence

Payk ThR (2007): Psychiatrie und Psychotherapie, Georg Thieme Verlag Stuttgart New York

Psychotherapeutenjournal (2009): Leitlinien in der Psychotherapie, Ausschuss Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung der Psychotherapeutenkammer Berlin

Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50:871-878

Robert Koch Institut Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes Heft 51 Depressive Erkrankungen u.a.

Schauder P, Berthold H, Eckel H, Ollenschläger G (2006): Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker, Deutscher Ärzteverlag

Schneider F, Niebling W (2008): Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis, Springer Verlag Heidelberg

Schwartz FW (2006): Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen, Urban & Fischer Verlag München

Sikorksi C, Lupp M, Riedel-Heller S (2010): Bewertung der Wirksamkeit innovativer Versorgungsansätze zur Depressionsbehandlung auf der Basis eines systematischen Literaturrecherche, Universität Leipzig Medizinische Fakultät Selbständige Abteilung für Sozialmedizin

SVR-G Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

WIdO-Reihe im Kompart-Verlag (2011): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung
Neue Konzepte für Stadt und Land

World Health Organization (2004): Prevention of mental disorders (u.a. WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden Selbsterkennung Depression, Version 1998)

WHO (2008): Primary health Care. Now More Than Ever, Genf

Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ) (2009): Leitlinien-Clearingbericht „Depression“. Berlin

D. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Evidenz basierte Medizin (EbM)

ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz

für die Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.

EbM beinhaltet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.

(David Sackett)

Zusammenfassung

In einer **Gesellschaft des längeren Lebens von Geburt an** hat eine gute psychische Gesundheit eine hohe Bedeutung persönlich wie auch als gesamtgesellschaftliches Ziel (Sachverständigenratsgutachten 2009, Robert Koch-Institut Gesundheitsbericht 2015).

Gerade bei Kindern und Jugendlichen gilt es, diese zu schützen und Risikofaktoren zu erkennen und zu mindern präventiv, um damit auch möglichen nachhaltig belastenden Fehlentwicklungen für die individuelle Lebensperspektive vorzubeugen.

Prävention und Gesundheitsförderung als biopsychosoziales Modell bedeutet, in der Gesundheitsversorgung auch **soziale und seelische Aspekte** im Zusammenhang zu berücksichtigen (Hurrelmann et al. Hrsg. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Auflage 2014, Verlag Hans Huber).

Krankheitsprävention in Richtung von **Schutzfaktoren zu fördern und Risikofaktoren zu mindern** hat auch in einer Gesellschaft des längeren Lebens eine sehr hohe Bedeutung und sollte dafür **Ressourcen, Werthaltungen und Selbstmanagementstrategien** berücksichtigen und einbeziehen (Hurrelmann, 2014).

Diese sind bei Kindern und Jugendlichen in der Entwicklung und werden aus der Umgebung heraus erlernt als Gesundheitsverhalten: bei psychischen Belastungen und Störungen spielt dabei die **Rückfallprophylaxe** auch eine hohe Rolle, z.B. bei Depressionen, Psychosen und Suchterkrankungen (Hurrelmann, 2014).

Das Erlernen und Anwenden erfolgreicher Bewältigungsreaktionen als sog. Relapse-Prevention-Modell gilt vor allem auch bei sog. Hochrisikosituationen wie zum Beispiel bei negativen emotionalen Zuständen wie Angst, Ärger, negativen sozialen Situationen. Diese können in Situationen wie zum Beispiel bei Konflikten oder sozialem Druck (zum Beispiel Freunde trinken Alkohol usw.) auftreten.

Gesundheitsförderung umfasst die **Stärkung von Ressourcen** auf individueller Ebene wie auch zu den sozialen Rahmenbedingungen und kombiniert verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionsmaßnahmen (Hurrelmann, 2014).

Kinder und Jugendliche erlernen im Rahmen ihrer Sozialisation grundlegende Verhaltensmuster unter anderem auch den Umgang mit der eigenen Gesundheit, was sich ein Leben lang für sie auswirken kann, wie zum Beispiel ein ungünstiger frühzeitiger Umgang mit schädigenden Einflussfaktoren wie Alkohol- und Tabakkonsum (Hurrelmann, 2014).

Daher sind die familiären Ressourcen besonders bedeutsam, das heißt vor allem die soziale Unterstützung, der Rückhalt durch die Eltern und ein positives Familienklima.

Zum Beispiel kann das Risiko eines Aufmerksamkeits-Defizits-Syndroms unter vielem anderen auch durch Rauchverzicht in der Schwangerschaft, intensivere Beschäftigung mit dem Kind, gute Tagesstrukturierung, klare Regelungen und ungeteilte Aufmerksamkeit weniger in der absoluten Zeit als besonders in der jeweiligen Zeit der Zuwendung, vermindert werden.

Durch gute Bewegungsgewohnheiten mit regelmäßiger körperlicher Aktivität, Begrenzung passiver Freizeitaktivitäten wie Computerspiele lassen sich zudem auch seelische und körperliche Gesundheitsförderung und Prävention stärken als Schutzfaktoren (Hurrelmann, 2014).

Der Prozentsatz psychisch auffällig eingeschätzter Kinder und Jugendlichen liegt bei etwa 10 - 20 Prozent, bei den unter 10jährigen bestehen bei bis zu 10 Prozent Hinweise auf Depressionen, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens usw..

In einer Gesellschaft des längeren Lebens von Geburt an treten chronische Erkrankungen auch natürlich häufiger auf, psychisch und physisch.

Viele (lebens-) bedrohliche Erkrankungen wie Keuchhusten, Windpocken, Masern, Röteln, Scharlach, Mumps können mittlerweile durch Impfungen großteils vermieden werden zum Wohl und Schutz der Kinder und Jugendlichen.

In Deutschland leiden gleichwohl etwa 1,5 Millionen Kinder an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen einschließlich Ess-Störungen, v.a. auch an Adipositas auch mit über 6% der 3-17-Jährigen (Hurrelmann, 2014).

Ein Anstieg riskanter Verhaltensweisen im Jugendalter wird auf neurobiologische Veränderungen im Gehirn wissenschaftlich zurückgeführt, weil die sog. Erregungssuche ansteigt, der (natürliche) Wunsch nach Unabhängigkeit von den Eltern und der Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen mit entsprechendem Gruppendruck auch bei gleichzeitiger Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechterrolle.

Bei bereits frühzeitig bestehenden Belastungen, Risikofaktoren und auch entsprechender persönlicher Prädisposition können sog. Kompetenzdefizite wachsen und zunehmend zu Misserfolgserlebnissen führen und damit eine Spirale negativer Verhaltensweisen fördern (Hurrelmann, 2014).

Das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung ist daher ebenso bedeutsam wie auch die Kontextfaktoren aus dem Lebensumfeld wie der Schule, Freizeitaktivitäten, Einfluss Gleichaltriger usw..

Kombinierte Interventionsstrategien wie o.g. mit multiprofessioneller Unterstützung, und nicht nur sehr kurz angelegt, zeigen die effektivsten Ergebnisse wie auch u.a. Gruppenarbeit, Elterntraining.

Die Stärkung von Stressbewältigungsfähigkeiten ist daher in der Familie besonders wichtig sowohl zur Primär-, Sekundär- als auch Tertiär- bzw. auch Quartär-Prävention.

Daher werden gemäß aktuellem Stand der Versorgungsforschungsliteratur, der Gesundheitsberichtserstattung, der Fachliteratur und weiterer evidenzbasierter Quellen wie Leitlinien folgende Ziele mit diesem Versorgungskonstrukt angestrebt und differenziert abgebildet in den vertraglichen Vereinbarungen (Anlagen 12, 17 und Anhänge):

1. Förderung multiprofessioneller und multimodaler bzw. **psychosozialer Abstimmung und Vernetzung** durch **strukturierte indikationsbezogene Versorgungswege** zwischen Haus- und FachärztInnen, PsychotherapeutInnen und Hilfesystemen wie Jugendhilfe, SozialpädagogInnen (sog. „collaborative care model“) -
 - Grundlage ist der sog. PNP-Vertrag mit der darin aufgeführten Koordination und Kooperation zu Diagnostik, Verfahren und Methoden und weiteren Behandlungsmaßnahmen zur Stärkung der **Teilhabe am Leben**
 - einschließlich von **altersgerechten Gesundheitsangeboten** zur Bewegung, Ernährung usw. durch die AOK Baden-Württemberg sowie zu rasch einleitbaren **rehabilitativen Maßnahmen**.
2. **Förderung von Schutzfaktoren** und Minderung von Risikofaktoren - wie z.B. soziale Belastungen und damit einhergehende soziale Verhaltensauffälligkeiten - konkret auch durch sog. **aufsuchende Hilfe im Lebensumfeld** durch ÄrztInnen wie auch durch sozialpsychiatrisch ausgebildete ExpertInnen in den jeweiligen Facharztpraxen bzw. auch von dort delegiert.
3. **Wissensvermittlung** bzw. **psychoedukative Maßnahmen** einschließlich **Gruppenangeboten** für die Bezugspersonen, die Familie gerade auch bei belastenden Risikofaktoren wie auch durch Online-Angebote (sog. stepped care Modell).

Insgesamt ist ein strukturierter Zugang zu **psychozialen Beratungs- und Hilfesystemen** im unmittelbaren Lebensumfeld sehr wichtig, der in diesem Versorgungsvertrag und -Modell durch die multiprofessionelle systemische Beratungs- und Behandlungsweise erleichtert wird.

Ziel dieses Versorgungsvertrags ist es daher gemäß aktueller Evidenz eine psychosozial-präventiv ausgerichtete Versorgung zu stärken, die die persönlichen Risikofaktoren neben den Umwelteinflüssen versucht zu integrieren und damit auch Schutzfaktoren zu fördern.

Insgesamt erscheint eine gestufte psychosoziale Behandlung mit verschiedenen evidenzbasierten Möglichkeiten wie Psychoedukation in Gruppen- oder Einzeltrainings - auch mit den Bezugspersonen – häufig sinnvoll neben Psycho- und ggf. Pharmakotherapie, bei stärkeren Beeinträchtigungen, wie auch Jugend- und Familienhilfe vor Ort, ggf. digitale Online-Angebote usw. (Banaschewski et al., 2017).

Gemäß Gesundheitsbericht 2015 (www.rki.de/gesundheitsbericht) des Robert Koch-Instituts weisen etwa 10 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen sog. psychische Störungen auf:

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Jungen sind wohl häufiger davon betroffen, insbesondere die mittlere Altersgruppe 7 bis 13 Jahre, wie auch niedrigere sozioökonomische Schichten.
- In der KIGGS-Untersuchung berichten die Hälfte aller befragten Eltern mindestens leichte Schwierigkeiten zu Alltagsfunktionen ihrer 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen wie u.a. der Stimmung, des Verhaltens und/oder des Umgangs mit auch nicht seltener Chronifizierung.
- Zu den weltweit häufigsten Störungen zählt ADHS, die am häufigsten im Grundschulalter diagnostiziert wird.
- Vor allem ein Mangel an Ressourcen erwies sich laut RKI-Gesundheitsbericht 2015 neben sozialen und sonstigen Risikofaktoren als stärkster Prädiktor für psychische Auffälligkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen.
- Häufige Komorbiditäten v.a. bei stationärer Aufnahme sind die sozialen Verhaltensauffälligkeiten mit entsprechenden Risikofaktoren.

Auf dieser prinzipiellen Grundlage der Versorgungsforschung und Gesundheitsberichtserstattung wurde daher in diesem Versorgungsvertrag die (bio-) **psychosoziale Betreuung in den Mittelpunkt** gestellt (Anlagen 12, 17 und Anhänge):

- Basierend auf der indikationsbezogenen engen haus- und fachärztlichen Zusammenarbeit sollen multiprofessionelle Hilfemaßnahmen gefördert werden als sog. „collaborative care“ -Modell (s.u.).
- Verstärkte strukturierte psychosoziale Unterstützung zählt ebenso dazu wie auch die Honorierung des erhöhten Ressourcenangebots abgestimmt auf individuelle Risikofaktoren zum Aufbau von Schutzfaktoren für die betroffenen jungen Menschen, z.B. Behandlungsansatz Lebensumfeld (BALU), Gruppenangebote usw..
- Ziel ist daher, die Teilhabe am Leben zu fördern wie z.B. die Ausbildung abzuschließen und damit auch die Selbstbestimmung zu stärken.
- Rehabilitative Maßnahmen als Teil auch eines kooperierenden Hilfe- und Versorgungssystems werden dafür auch vereinfacht angeboten, um rasche Unterstützung zu erleichtern.
- Damit soll psychische Gesundheit als sog. Querschnittsthema bewusst aufgegriffen und gefördert werden wie vom Robert Koch Institut beschrieben in „Erziehung, Bildung und Arbeitswelt“ - bzw. auch Umwelt interdisziplinär und multiprofessionell.

(RKI und Destatis (Hrsg.), 2015. GBE Kapitel 2 S. 117 ff)

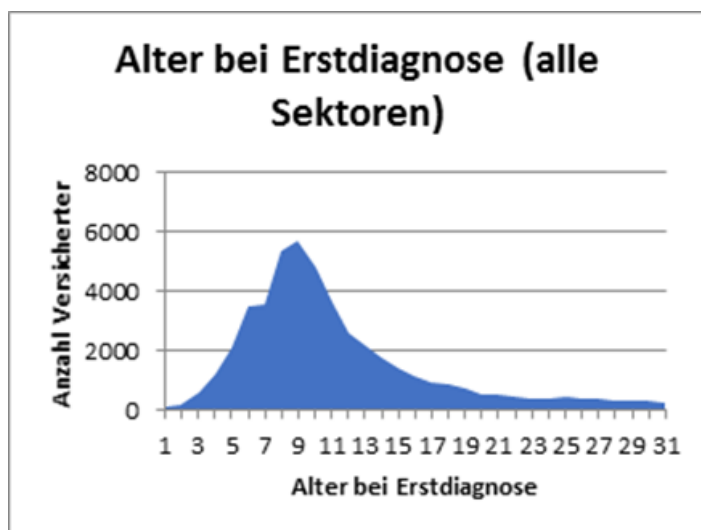
Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

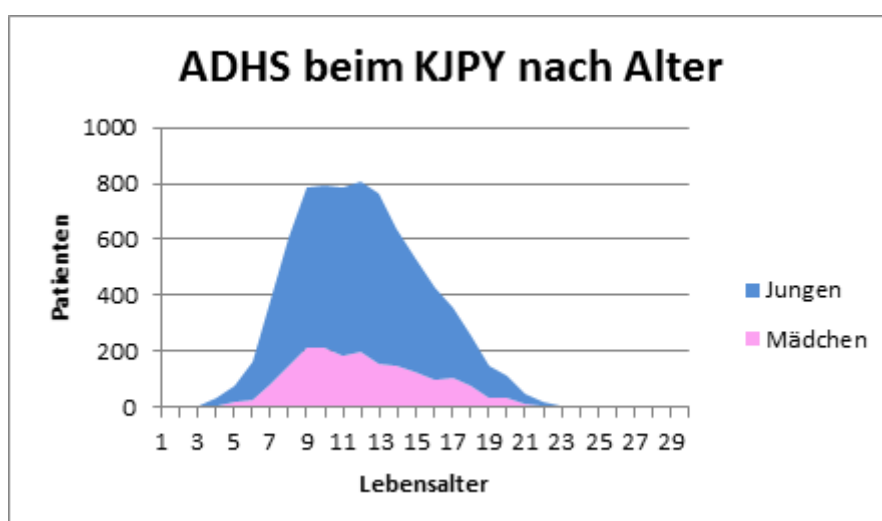
Versorgungslage in Baden-Württemberg (Daten der AOK Baden-Württemberg, Stand Dezember 2018)

Die o.g. epidemiologischen populationsbezogenen Angaben lassen sich für Baden-Württemberg in etwa bestätigen:

Im folgenden Diagramm ist die Altersverteilung bei Erstdiagnostik der ADHS abgebildet. Alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die erstmalig die Diagnose ADHS im Betrachtungszeitraum 2011-2015 erhielten.



Im folgenden Diagramm sind demographische Informationen zu ADHS-Patienten der AOK Baden-Württemberg dargestellt. Patienten beim Kinder- und Jugend-Psychiater, die psychiatrisch behandelt wurden aus dem Jahr 2015 mit der gesicherten Diagnose ADHS (ICD F90.-).



Gemäß Analysen der AOK Baden-Württemberg wurde bei 30% der bei der AOK Baden-Württemberg versicherten Kinder, die im Jahr 2017 aufgrund einer psychischen Erkrankung (F-Diagnose) im Krankenhaus behandelt wurden, jahresgleich eine Störung des Sozialverhaltens (F91.- oder F92.-) dokumentiert.

4.1. Einleitung

Die Herausforderungen in der Kindergesundheit haben sich in den letzten hundert Jahren deutlich verändert:

- Während durch die Fortschritte in der Medizin Infektionskrankheiten reduziert werden konnten, gehören psychische Störungen, wie beispielsweise Depressionen oder Angststörungen, heute laut BELLA-Studie zu den häufigen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. (Klasen et al., 2017. BELLA Studie)
- Bei rund 20% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland finden sich Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten.
- Diese Kinder und Jugendlichen werden durch die Einschränkung ihrer psychischen Gesundheit stark in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt, insgesamt sogar in höherem Ausmaß als durch körperliche Erkrankungen. (Baumgarten et al., 2018. KIGGS)
- Leider gilt eine psychische Erkrankung oder als solche eingeordnete Verhaltensauffälligkeit immer noch als Stigma, auch bei den Betroffenen selbst, und beeinträchtigt dadurch zusätzlich die Lebensqualität.
- Deshalb sind Hilfestrukturen in diesem Kontext besonders wichtig zur Förderung der Teilhabe am Leben als psychosoziale Versorgung.
- **Prävention meint dabei, das Wissen um Schutz- und Risikofaktoren zu nutzen und Risikofaktoren zu mindern, bzw. Schutzfaktoren zu stärken** (Robert Koch Institut (RKI), Gesundheitsbericht 2015). (RKI und Destatis (Hrsg.), 2015)

4.2. Inhalt

4.2.1. Grundlagen und Hintergründe des Facharztvertragsmoduls Kinder- und Jugendpsychiatrie (Anlage 12 und Anlage 17)

Biopsychosoziales Gesundheitsmodell

Das biopsychosoziale Gesundheitsmodell verknüpft die körperliche Befindlichkeit mit der seelischen und der sozialen als dynamisches, multidimensionales Erleben (Gerrig et Zimbardo, 2018):

- Dieses Modell spiegelt sich auch in einer Definition der WHO: Gesundheit hat demnach 3 Dimensionen – eine körperliche, eine psychische und eine soziale Dimension. (KIGGS Homepage).
- Im 20. Jahrhundert wurden zunehmend auch soziale und psychische Aspekte in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit gebracht und das biopsychosoziale Modell etabliert (Hurrelmann et al., 2015).
- Beispielsweise legt Franz Resch in der letzten Auflage von Uexkülls „Psychosomatische Medizin“ dar, dass die klinische Untersuchung von kindlichen und jugendlichen

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Patienten nicht bei dieser stehenbleiben darf, sondern sich auch auf das umgebende Umfeld erstrecken muss (Köhle et al., 2016).

- Hinter dem Begriff der „sozialen Gesundheit“ der WHO verbirgt sich die Vorstellung, dass beispielsweise die soziale und finanzielle Lage oder die familiäre Situation einen wichtigen Einfluss auf das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen ausüben können. (KIGGS Homepage). Eine angemessene soziale Unterstützung kann dazu beitragen, die Länge von Krankenhausaufenthalten zu senken (Gerrig et Zimbardo, 2018).

Das **biopsychosoziale Gesundheitsmodell** dient insgesamt zur Förderung von Prävention. **Prävention ist dabei umfassend zu verstehen als primäre, sekundäre und tertiäre wie auch quartäre Prävention im Sinn des Prinzips „primum non nocere“ als Grundpfeiler der Medizin** (Kuehle T et al., 2018).

Eine wichtige Rolle spielt dabei neben intellektuellen und spirituellen Aspekten auch das Gesundheitsverhalten (Gerrig et Zimbardo, 2018).

Psychosoziale Entwicklungsphasen zitiert nach R. Gerrig

Nach Erikson durchläuft ein Individuum **acht Phasen im Lebenszyklus**, und in jeder rückt eine **bestimmte Krise in den Mittelpunkt**, die zu bewältigen ist für die eigene Weiterentwicklung:

Geburt bis 1 Vertrauen versus Misstrauen	Entwickeln eines grundlegenden Gefühls, dass die Welt sicher und gut ist
----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

v.a. auch durch körperliche Nähe und Wärme bzw. Fürsorge, ansonsten entstehen Misstrauen, Unsicherheit und Ängste

1-3 Autonomie versus Selbstzweifel	Wahrnehmung des eigenen Selbst als Person, die unabhängig ist und Fähigkeit hat, Entscheidungen treffen
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

d.h. auch bei übermäßigen Einschränkungen oder Kritik können Selbstzweifel befördert werden oder auch entmutigen bei übermäßiger Strenge

3-6 Initiative versus Schuldbewusstsein	Entwickeln der Bereitschaft neue Dinge auszuprobieren einen Umgang zu finden
---------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Selbst initiierte Aktivitäten des Kindes fördern für das Gefühl von Freiheit und Selbstvertrauen, sonst Erleben als unfähiger „Eindringling“

6-Pubertät Kompetenz versus Minderwertigkeit	Kompetenzen in grundlegenden Fertigkeiten aneignen und mit anderen kooperieren
--------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

d.h. erfolgreiche Anstrengungen führen zu Kompetenzgefühlen

Adoleszenz Identität versus Rollendiffusion	Entwickeln eines kohärenten integrierten Selbst
-------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

d.h. funktionierende soziale Beziehungen entwickeln zu Eltern und Gleichaltrigen - ansonsten kann ein Selbstbild ohne stabilen Kern entstehen

frühes Erwachsenenalter **vertrauensvolle Bindungen eingehen**
Intimität versus Isolation

d.h. auch ggf. Verzicht auf eigene persönliche Präferenzen

mittleres Erwachsenenalter **Karriere, Familie, Gemeinschaft**
Generativität versus Stagnation

baut auf den vorangegangenen Stufen auf als Entwicklungsaufgabe

Seniorenalter **eigenes Leben als zufriedenstellend und lebenswert betrachten**
Ich-Integrität versus Verzweiflung

d.h. auch ohne Bedauern zurückzublicken und ein Gefühl der Ganzheit genießen.

- Sozialisation meint dabei einen lebenslangen Prozess, eigene Einstellungen, Motive, Fertigkeiten usw. so formen, dass sie mit den Wünschen der jeweiligen Gesellschaft übereinstimmen.
- Menschen bewerten ihr Leben auch teilweise nach ihrer Fähigkeit, positiv zum Leben anderer beizutragen im Kontext der sozialen Entwicklung.

Soziale Unterstützung

- Diese beinhaltet die Ressource, sich mit anderen Menschen in gegenseitiger **Kommunikation** verbunden zu fühlen und Unterstützung bzw. Hilfen zu erleben, um Alltagsprobleme besser zu bewältigen.
- Den Menschen geht es am besten, wenn das was sie für sich benötigen mit dem übereinstimmt, was sie bekommen, z.B. Frauen mit Brustkrebs hilft weniger „aufgezwungene“ Unterstützung, sondern vor allem die **Hilfe, die sie wirklich benötigen** (Gerrig et Zimbardo, 2018)
- Die Definition des Begriffs soziale Unterstützung bzw. social support entspricht den Erläuterungen gemäß M. Wirtz, 2017 (Wirtz, 2017).

Informationen, Einstellungen und Werte

Um Einstellungen, Werte und Verhaltensweisen zu verändern bedarf es vor allem dreier Komponenten:

1. **Information**, d.h. Wissen ist zur Verfügung zu stellen
 2. **Motivation**, z.B. Prävention zu betreiben
 3. **Verhaltensfertigkeiten** müssen vermittelt werden, um das erworbene Wissen umzusetzen (Gerrig et Zimbardo, 2018, Kapitel 12).
- Zu berücksichtigen ist in dem Kontext auch, dass **Stimmungen einen starken Einfluss haben auf die Verarbeitung von Informationen**:
 - Zum Beispiel neigen **schlecht gelaunte Menschen** dazu, Informationen viel detaillierter und mühsamer zu verarbeiten als gut gelaunte, was sich wiederum auf Beurteilungs- und Entscheidungsprozesse auswirkt.

- Andererseits sind Menschen in eher negativer Stimmung auch weniger leichtgläubig, was zudem die Aufmerksamkeit schärft, während positive Stimmungen den Fokus eher weiten und Kreativität wächst.
- Das heißt bei leicht gedrückter Stimmung lässt sich eher an einem Punkt arbeiten, bei **positiverer wird eher ein breiterer und flexiblerer kreativer Informationsverarbeitungsstil und Problemlösung gefördert.**
- Bei einer höheren emotionalen Erregung sind sowohl **Ablenkung als auch Neubewertung** erfolgreiche Strategien zur Emotionsregulation.

Stress

- Ein Stressor ist ein Ereignis, dass von einem Organismus eine **Anpassungsreaktion** erfordert bzw. die Notwendigkeit einer **Veränderung auf verschiedenen Ebenen physiologisch, emotional, kognitiv und behavioristisch.**
- Oft nehmen sich heutzutage **Menschen zu viel vor** in der ihnen zur Verfügung stehenden Zeit, andererseits bedeutet das auch einen Stimulus, was als Stressor bezeichnet wird.
- Reaktionen auf Stress erfolgen teilweise auch **geschlechterspezifisch** verschieden, indem Frauen z.B. eher zu einer „tend-and-befriend-response“ neigen mit Kümmern um Bedürfnisse, Anfreunden mit Mitgliedern ihrer sozialen Gruppe usw..
- Heutzutage sind jedoch wohl oft weder die „Kampf-oder-Flucht-Reaktion“ auf Stress nützlich noch die „tend-and befriend-response“. Zugleich wirkt sich die psychische Interpretation dessen, was Stress erzeugen kann, auf die physiologischen Reaktionen aus, was wiederum erlernt wurde.
- Daher ist die eigene Bewertung wichtig, wie auch das Erleben von positiven Situationen im Alltag, d.h. **Neubewertung und Restrukturierung** helfen bei der Bewältigung von Stressreaktionen, z.B. lustigen Kontext vorstellen oder ein Tagebuch führen und sich nicht innerlich „nieder machen“, sondern positiv bewerten: statt „ich hatte Glück... bei der Prüfung“ eher „ich bin froh, mich gut vorbereitet zu haben“ usw. (Gerrig et Zimbardo, 2018, Kap. 12).
- Leider leben zu viele Kinder und Jugendliche in einer stressreichen Umgebung, so dass Bewältigungstechniken und -fertigkeiten hierzu beforscht wurden, z.B. das sog. Stressimpfungstraining:
 - Das Erlernen von Konfliktbewältigung, Stressminderung ist fast ein lebenslanger Prozess, weil oben genannte Krisenphasen auch der Persönlichkeitsreife dienen. Allerdings können Risiko- und Schutzfaktoren sich hierzu sehr ungleich in der Umwelt gestalten, so dass Kinder und Jugendliche auch Schaden nehmen können.
 - Während früher akute Infektionskrankheiten im Vordergrund standen, treten heutzutage zunehmend auch **psychosoziale Risikofaktoren stärker in den Vordergrund.**
- Carl Rogers hat daher im Rahmen einer humanistischen Theorie die unbedingt positiv **wertschätzende Grundhaltung** von Eltern gegenüber ihren Kindern betont auch bei Fehlverhalten und Fehlern, und dass sie sich die Liebe ihrer Eltern nicht „verdienen“ müssen.

Diese Wertschätzung als „**besondere Person**“ sollte auch in schwierigen Situationen erhalten bleiben, um auch **Freude an Selbstverwirklichung und konstruktiven eigenen Kräften zu spüren und zu entfalten statt einer sog. „Tyrannei des Solens“** (zitiert nach Gerrig et Zimbardo, 2018, Kap. 13).

Gesellschaftliche Wahrnehmung von psychisch Kranken und Umgang mit psychisch Kranken in Deutschland

- Nach Aussage der WHO stellte noch Anfang des 21. Jahrhunderts die Diskriminierung das größte Hindernis für die angemessene Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen dar (Sachverständigenrat, 2000/2001).
- Eine psychische Erkrankung oder eine als solche eingeordnete Verhaltensauffälligkeit wird auch heute noch immer als Stigma erlebt (Gerrig et Zimbardo, 2018).
- Stigma kann einen Teufelskreis von Ablehnung und Diskriminierung schaffen, der über soziale Isolation, Arbeitsunfähigkeit, Substanzabhängigkeit, Obdachlosigkeit oder Inhaftierung zu einer immer geringer werdenden Wahrscheinlichkeit einer Regeneration und Reintegration führt.
- Die WHO macht auch auf die hohe gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen aufmerksam (Tiemann, 2013).
- Vier von den zehn häufigsten Ursachen für durch Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre sind psychische Erkrankungen: Depression, Alkoholismus, Schizophrenie und bipolare affektive Störung (Tiemann, 2013).
- Die steigenden Leistungsanforderungen auf dem Arbeitsmarkt und die Vorstellung, dass Menschen – welche einmal an einer psychischen Erkrankung gelitten haben – nicht mehr in der Lage wären diese zu erfüllen, wirken sich besonders negativ auf die Betroffenen aus (Tiemann, 2013).
- Dieser Umstand kommt durch Vorurteile und Stereotype – beispielsweise, dass psychisch Kranke weniger intelligent, faul, arbeitsscheu oder selbst schuld an ihrer Erkrankung seien – und weiter durch die Angst und Unsicherheit der Bevölkerung gegenüber psychisch erkrankten Menschen zum Ausdruck (Tiemann, 2013).
Die Verbesserung der gesellschaftlichen Integration psychisch erkrankter Menschen war bereits eines der Hauptziele der Psychiatriereform und konnte – trotz der langfristig angelegten Strategie der Integration durch sozialen Kontaktförderung nicht optimal erreicht werden.
- Psychisch erkrankte Menschen werden in Deutschland nach wie vor teilweise stigmatisiert und diskriminiert, sei dies nun im direkten Kontakt mit ihren Mitmenschen und dem Hilfesystem oder durch die Medien.
- Psychische Krankheit wird von der Bevölkerung noch immer mit einer Vielzahl negativer Vorurteile in Verbindung gebracht. Die Folgen für die Betroffenen sind zahlreich (Tiemann, 2013)
- Vor allem das geminderte Selbstwertgefühl der Betroffenen sorgt für die Verheimlichung von Erkrankungen und zum Rückzug der Erkrankten aus sozialen Beziehungen (Tiemann, 2013)
- So können sie in Isolation geraten und vereinsamen. Um die Stigmatisierung und Diskriminierung abzubauen zu können, ist jedoch gerade eine Bewusstmachung und ein offenes und ehrliches Ansprechen von Ungerechtigkeiten von grundlegender Bedeutung (Tiemann, 2013).

4.2.2. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

1. Relevanz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

- Die psychische Gesundheit stellt ein wichtiges Fundament für gesundes Aufwachsen und soziale Teilhabe dar (Klasen et al., 2017. BELLA Studie).
- Die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird seit 2003 in der bundesweiten „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) des Robert Koch-Instituts untersucht.
- Die BELLA-Studie ist das entsprechende Modul zur psychischen Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen und umfasst eine repräsentative Unterstichprobe des KiGGS mit ca. 3.000 Kindern und Jugendlichen (7-17 Jahre) und deren Eltern, sowie jungen Erwachsenen. Nach der Erhebung der Basisdaten zwischen 2003 und 2006 wurden die TeilnehmerInnen der BELLA-Studie in weiteren Erhebungswellen (zuletzt 2014-2016) wiederholt befragt (BELLA Homepage).
- Psychische Störungen, wie beispielsweise Depressionen oder Angststörungen, gehören heute zu den häufigen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Klasen et al., 2017. BELLA Studie). So finden sich bei bis zu 20% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten (Klasen et al., 2017. BELLA Studie).
- Diese psychischen Auffälligkeiten können mit erheblichen Beeinträchtigungen im familiären, schulischen oder erweiterten sozialen Umfeld einhergehen.
- Zudem besteht ein hohes Risiko der Chronifizierung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie der Entwicklung von Komorbiditäten (Begleiterkrankungen), das heißt dem zusätzlichen Auftreten weiterer psychischer Störungen (Klasen et al., 2017. BELLA Studie).
- Etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen bleiben auch im Erwachsenenalter auffällig (Klosterkötter et Maier, 2017).
- Fast die Hälfte aller psychischen Störungen beginnt bereits in der Pubertät, $\frac{3}{4}$ in den Mittzwanzigern (Fegert et al., 2018).

2. Risikofaktoren und (mögliche) Auswirkungen einer psychischen Erkrankung

- Das Risiko für Kinder oder Jugendliche eine psychische Störung zu entwickeln wird neben genetischen Faktoren vor allem durch verschiedene Faktoren, z.B. soziale beeinflusst (Fegert et al., 2018):
 - Niedriger sozioökonomischer Status der Familie
 - Alleinerziehender Elternteil
 - Psychische Erkrankung eines Elternteils
 - Niedriger Bildungsabschluss der Eltern
 - Fremduntergebrachte Kinder
 - Kinder in Schulen für Erziehungshilfe

- Je höher der sog. soziale Status der Herkunftsfamilie, desto geringer ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Dies gilt sowohl für Mädchen als auch für Jungen. So unterlagen Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus einem 3- bis 4-fach erhöhtem Risiko für psychische Auffälligkeiten gegenüber Gleichaltrigen mit hohem Sozialstatus (Robert Koch Institut, 2014. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1).
- Auch Risiken in der Familie, wie zum Beispiel Familienkonflikte oder eine hohe elterliche Belastung, zeigten sich als Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen.
- Beispielsweise steht elterliche Psychopathologie im Zusammenhang mit dem Vorliegen und der Entwicklung von depressiven Symptomen bei den Kindern. (BELLA Homepage)
- Die beschriebenen Risikofaktoren stehen zudem in engem Zusammenhang untereinander. Beispielsweise haben psychisch kranke Eltern ein höheres Risiko für Armut und auch für Trennung (Fegert et al., 2018).

Mit einer größeren Anzahl an Risiken gehen auch erhöhte Raten von psychischen Auffälligkeiten einher (BELLA Homepage):

- Eine typische Risikopopulation für psychische Störungen sind Kinder in der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), insbesondere in stationären Jugendhilfemaßnahmen. Auch Kinder in Schulen für Erziehungshilfen zeigen im Vergleich zu Kindern in Regelschulen höhere Raten für psychische Auffälligkeiten (Fegert et al., 2018).
- Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter manifestieren sich insbesondere an sogenannten Entwicklungsschwellen, z.B. Einschulung, Wechsel auf eine weiterführende Schule, Beginn der Pubertät etc. (Fegert et al., 2018).
- Besonders das frühe Erleben von Misshandlung und Vernachlässigung führen dazu, dass psychische Störungen früher auftreten, einen stärkeren Schweregrad sowie eine höhere Komorbidität aufweisen und schlechter auf Therapie ansprechen (Fegert et al., 2018).
- Die Umfeldfaktoren, wie familiäre Situation oder Kommunikation etc. können die Schwere und Chronizität von Störungen beeinflussen. Insofern ist die durch die Erkrankung bedingte Teilhabebeeinträchtigung individuell unterschiedlich und meist von Umfeldfaktoren beeinflusst (Fegert et al., 2018).

So können psychische Auffälligkeiten langfristig mit negativen Auswirkungen einhergehen:

- Bei Kindern und Jugendlichen führen psychische Probleme häufig zu weitreichenden Beeinträchtigungen im familiären, schulischen und erweiterten sozialen Umfeld
- Beispielsweise hatten über mehrere Jahre bestehende psychische Auffälligkeiten bei beiden Geschlechtern eine Verminderung der Lebensqualität und der schulischen Leistungen zu Folge (BELLA Homepage).
- Negative Auswirkungen können sich auch für die körperliche Gesundheit, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die soziale Funktionsfähigkeit ergeben (z. B. im Bereich der Alltagsgestaltung oder im Umgang mit Gleichaltrigen) sowie für die schulische und berufliche Entwicklung (Robert Koch Institut, 2014. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1).

- Hinzu kommt, dass psychische Auffälligkeiten und Störungen, die in jungen Jahren auftreten, häufig bis ins Erwachsenenalter fortbestehen (Robert Koch Institut, 2014. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1).
- Der individuelle Leidensdruck und die sozialen Kosten verweisen auf die hohe Public-Health-Relevanz (Robert Koch Institut, 2014. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1).
- Da Risikofaktoren in den Familien oft eher langfristig bestehen, sind Behandlungsansätze bei psychisch kranken Kindern auch eher langfristig angelegt (Fegert et al., 2018).
- Jungen weisen insgesamt wohl häufiger sowohl emotionale als auch verhaltensbezogene Probleme auf als Mädchen (Baumgarten et al., 2018. KIGGS)
- Eine sensible Phase für das Entstehen von psychischen Auffälligkeiten bei Jungen reicht vom Vorschulalter (3 bis 5 Jahre) bis zum Ende der Grundschulzeit (9 bis 11 Jahre). Im Vergleich zu Mädchen entwickeln Jungen in dieser Phase nicht nur vermehrt psychische Auffälligkeiten, sondern weisen darüber hinaus auch eher eine Persistenz in der Symptomatik auf. Mit zunehmendem Alter reduziert sich der Anteil der Jungen, die psychisch auffällig werden und bleiben. (Baumgarten et al., 2018. KIGGS)

3. Schutzfaktoren

- Kinder mit individuellen, familiären und sozialen Schutzfaktoren zeigen weniger psychische Auffälligkeiten. Das Vorhandensein und die Zunahme von den drei folgenden Schutzfaktoren wirken sich abmildernd auf die Entstehung einer depressiven Symptomatik der Kinder und Jugendlichen aus und verringern den negativen Einfluss einer psychischen Erkrankung der Eltern auf die Kinder: Selbstwirksamkeitsüberzeugungen beim Kind, positives Familienklima und soziale Unterstützung (BELLA Homepage).
- So ist es möglich, dass sich bei einem Kind mit erhöhter Anfälligkeit für psychische Probleme im Jugendalter eine psychische Auffälligkeit entwickelt, die in einer früheren, psychosozial stabileren Entwicklungsphase noch kompensiert werden konnte. Zudem können psychosoziale Schutzfaktoren dazu beitragen, dass sich Kinder trotz psychischen Auffälligkeiten zu gesunden Erwachsenen entwickeln. (Robert Koch Institut, 2014. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1).
- Es können personale, soziale und gesellschaftliche Schutzfaktoren unterschieden werden. (Klosterkötter et Maier, 2017, Kap. 5)
 - Personale Risikofaktoren umfassen beispielsweise Persönlichkeitsmerkmale oder Bewältigungsfertigkeiten.
 - So sind eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, ein angemessenes Selbstwertgefühl, stabile Kontrollüberzeugungen und ein Kohärenzgefühl gesundheitsförderliche Eigenschaften.
 - Soziale Schutzfaktoren liegen im inner- und außerfamiliären Umfeld der Kinder und Jugendlichen z.B.: eine angemessene Eltern-Kind-Beziehung, Interesse und Anteilnahme der Eltern, elterliche Wärme, konsistentes Erziehungsverhalten oder soziale Unterstützung von Gleichaltrigen. Entscheidend hierfür ist die aktive Nutzung bzw. Mobilisierung durch das Kind/den Jugendlichen. Gesellschaftliche

Schutzfaktoren sind u.a. Bildungsqualität oder ein unterstützendes und anregendes soziales Netzwerk.

4. Hilfestrukturen

- Hilfestrukturen sind für psychisch kranke Kinder und Jugendliche – und auch für Kinder und Jugendliche mit Risikofaktoren - besonders wichtig zur Förderung der Teilhabe am Leben als psychosoziale Versorgung (Gerrig et Zimbardo, 2018).
- Ein Aspekt wäre beispielsweise, die pädagogischen Kompetenzen von Eltern zu fördern, ohne dass es als „Schwäche“ oder als „Kritisieren“ erlebt wird.
- Das Wissen um die Beeinflussung der kindlichen Entwicklung ist enorm gewachsen und sollte Eltern zur Verfügung gestellt werden – nicht nur Eltern von erkrankten Kindern, sondern auch präventiv.
- Besonders bei Risikofaktoren wie erkrankten Eltern und sonstigen belastenden Lebensumständen ist es wichtig, den Eltern pädagogische Unterstützung anzubieten. (Gerrig et Zimbardo, 2018):
 - Häufig ist auch eine Rehabilitation notwendig (Rabady et al., 2018).
 - Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen hat immer auch eine sozialpsychiatrische Komponente, da präventive und therapeutische Interventionen sowohl beim Kind als auch beim System ansetzen müssen (Fegert et al., 2018).

4.2.3. Versorgungssituation in Baden-Württemberg und Deutschland

1. Versorgungssituation in Deutschland gemäß Fachliteratur

In Deutschland besteht ein umfassendes und differenziertes Versorgungsangebot für psychisch kranke Kinder und Jugendliche, in das zum Teil unterschiedliche Sozialsysteme, verschiedene fachärztliche Gruppen und der ambulante wie stationäre Sektor im Bereich des SBG V involviert sind:

- hohes Maß an Interdisziplinarität: Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung ist eine explizit multimodale und multiprofessionelle Behandlung. (Fegert et al., 2018).
- Neben Methoden der Psychoedukation, Psychotherapie, Pharmakotherapie sind auch Pädagogik und Maßnahmen der Koordinierung und Begleitung von Maßnahmen im Bereich anderer Rechtskreise (z.B. SBG VIII) eingeschlossen wie auch Heil- und Hilfsmittelverordnungen (Fegert et al., 2018).
- Durch die große Bandbreite der Versorgungsmöglichkeiten besteht eine Schnittstellenproblematik zwischen den beteiligten Leistungserbringern, wodurch Zugangswege erschwert werden können (Fegert et al., 2018).
- Bei rund 20 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland finden sich Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten aufgrund Eltern-berichteter Symptome (Baumgarten et al., 2018. KIGGS).
- Die Häufigkeit psychischer Symptome ist über den Zeitraum der bisherigen KiGGS-Studien (von 2003 – 2006 bis 2009 – 2012) in Deutschland stabil geblieben (Baumgarten et al., 2018. KIGGS).
- Nicht alle Kinder mit einer psychischen Auffälligkeit bedürfen einer ambulanten oder stationären Behandlung. Ungefähr 6% aller Kinder unter 18 Jahren sind behandlungsbedürftig psychisch krank und erfüllen die Diagnosekriterien (Fegert et al., 2018).
- Jedes dritte Kind (33 %) mit einer akuten/wiederkehrenden psychischen Erkrankung und 64 % mit einer anhaltenden psychischen Erkrankung sind in Behandlung (BELLA Homepage).
- Die Inanspruchnahme ist signifikant höher bei starker psychischer Belastung, in größeren Städten und Gemeinden, im Osten Deutschlands sowie bei externalisierenden Störungen (BELLA Homepage.)
- Je höher der Sozialstatus ist, desto höher ist die Behandlungsquote der Betroffenen (BELLA Homepage).
- Als Ansprechpartner für psychisch auffällige Kinder und Jugendlichen, bzw. deren Familien fungieren (BELLA Homepage):
 - überwiegend Personen aus dem näheren Umfeld (Freunde, Familienangehörige), Kinder- und Jugendärzte (72,7 %), Lehrkräfte (69,3 %), Psychologen (59,7 %) und Psychiater (22,3 %)
- Von der Gruppe der im Jahr 2012 erstmalig mit einer F-Diagnose diagnostizierten Kindern und Jugendlichen suchten im selben Jahr auf (Erstfeststellung im niedergelassenen Bereich) (Fegert et al., 2018):

- 63,1% Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte
 - 59,1% Hausärztinnen und -ärzte
 - 21% Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern
 - 11,3% Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
 - 2,3% psychologischen Psychotherapeuten auf.
- Im Jahr 2014 waren gemäß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Daten 1018 Kinder- und Jugendpsychiater in Deutschland tätig. Seit 2009 war ein Zuwachs um 31% feststellbar. Davon nehmen etwa Zweidrittel an der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) teil, in Baden-Württemberg ca. 50%. Die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle pro Ärztin oder Arzt betrug mit SPV durchschnittlich 1.500, ohne SPV knapp 400 Fälle (Fegert et al., 2018).
 - Im Jahr 2014 erhielten in SPV-Praxen (Hagen, 2015):
 - knapp 96% der Patienten und Patientinnen eine „klassische“ psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (Ärztliche Gesprächs- und Betreuungsleistung sowie Grundpauschalen).
 - 5,3%, Richtlinienpsychotherapie
 - knapp 61% eine komplexe Verordnung (Koordinationsleistungen und die Betreuung chronisch Kranker)
 - bei 67,5% wurden die Bezugspersonen einbezogen.
 - Die sozialpsychiatrischen Mitarbeiter führten in 30% ihrer Behandlungen Kriseninterventionen durch
 - Hinsichtlich der Diagnosen spielen insbesondere das hyperkinetische Syndrom (F90) und Entwicklungsstörungen (F81) eine große Rolle, hier zeigte sich ein starker Überhang bei Jungen. Hingegen bei den Diagnosegruppen der Angststörungen (F40-41), der unipolaren Depressionen (F32, F33, F34.1) und der somatoformen Störungen (F45) vorwiegend bei Mädchen.
 - Am häufigsten wurde die Altersgruppe zwischen 10 und 15 Jahren behandelt.
 - Die häufigsten F-Diagnosen waren mit 43,0% die hyperkinetische Störung (F90), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie emotionale Störungen des Kindesalters (22,5%). Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81) folgten an 5. Stelle mit 18,3%, bzw. umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache an 6. Stelle mit 16,0% (Fegert et al., 2018).
 - Die Frage, ob psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter zunehmen, wurde zuletzt zunehmend diskutiert und lässt sich aufgrund unterschiedlicher Faktoren schwer beantworten (Fegert et al., 2018).
 - **Nach Einschätzung vieler Experten und auch der Gesundheitsberichterstattung des Bundes gibt es keine Belege für eine Zunahme der wahren Prävalenz psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter in Deutschland (RKI Gesundheitsbericht 2015). Stattdessen wird von einem Effekt durch eine andere Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, eine teilweise Entstigmatisierung, eine korrektere - oder jedenfalls häufigere - Diagnosestellung und ein verändertes Hilfesuchverhalten seitens der Patienten ausgegangen (Sachverständigenrat, 2018).**

2. Versorgungssituation in Baden-Württemberg gemäß Versorgungsanalysen der AOK Baden-Württemberg

- In Baden-Württemberg haben im Jahr 2017 133 Kinder- und Jugendpsychiater Kinder und Jugendliche, die bei der AOK Baden-Württemberg versichert sind, ambulant behandelt (Stand November 2018).
- Die Prävalenz ärztlich diagnostizierter F-Diagnosen von diesen Kindern und Jugendlichen (Alter < 18) liegt altersabhängig zwischen 23% und 31%. Ein Großteil der kodierten F-Diagnosen entfällt dabei auf Entwicklungsstörungen der Sprache, Motorik u.ä..

1-6 Jahre	31%
7-13 Jahre	28%
14-17 Jahre	23%

- Bei den Kindern und Jugendlichen, die im Jahr 2017 stationär behandelt worden sind, wurden folgende F-Diagnosen häufig verschlüsselt:
 - F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
 - F32.1 Mittelgradige depressive Episode
 - F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
 - F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen

4.2.4. Besonderheiten und Möglichkeiten für eine Verbesserung der Versorgung gemäß Fachliteratur

Psychosoziales Umfeld

- Psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind nicht ohne ihr Familiensystem oder das betreuende Umfeld behandelbar, so dass der Einbezug dieses Umfelds (auch z.B. Schule oder Ausbildung) eine dringende Notwendigkeit in der Behandlung darstellt (Fegert et al., 2018).
- Viele Symptome treten im Alltag der Patienten und Patientinnen auf, daher bedarf es einer Behandlung nah der Lebenswirklichkeit (Fegert et al., 2018).
- **Entscheidende Verbesserung wären aufsuchende Angebote im alltäglichen Umfeld der Kinder und Jugendlichen, die es bisher kaum gibt, z.B. in Form von Behandlungen im häuslichen und schulischen Rahmen durch Home-Treatment oder kinder- und jugendpsychiatrische Schulsprechstunden (Lehmkuhl et al., 2013).**
- **Ziel sollte sein, Kinder und Familien in ihrem natürlichen Lebensfeld zu erreichen und Hürden für Inanspruchnahme zu verringern (Lehmkuhl et al., 2013).**
- Begrenzte Ressourcen von Familien, die oftmals eine hohe Belastung mit verschiedenen Problemen aufweisen, müssen berücksichtigt werden (Fegert et al., 2018).
- Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter weisen oft lange Verläufe auf

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

und viele der Kinder und Jugendlichen brauchen langfristige und/oder wiederholte Behandlungen über den Verlauf des Aufwachsens hinweg (Fegert et al., 2018).

- Die Unterstützung von Familien durch Stärkung von Elternkompetenz sollte ausgebaut werden (Fegert, 2018).

Prävention

- Ausbau der Prävention und Früherkennung psychischer Störungen notwendig (Fegert, 2018)
- Es bedarf einer Anpassung der Leistungserbringung an die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien mit ausreichender Finanzierung von Schnittstellenarbeit und Prävention (Lehmkuhl et al., 2013).
- Maßnahmen zur Förderung des Bewusstseins für Faktoren, die psychische Gesundheit fördern sollten verstärkt werden (Fegert, 2018).
- Angesichts der anhaltend hohen Prävalenz und des sozialen Gefälles in der Verbreitung psychischer Auffälligkeiten kommt zielgruppenspezifischen Präventionsmaßnahmen große Bedeutung zu (Faktenblatt KIGGS Welle 1 psychische Auffälligkeiten).

Risikofaktoren

- Kritisch ist anzumerken, dass die am stärksten betroffenen Kinder, Jugendliche und ihre Familien nur zum Teil vom vorhandenen Versorgungsnetz erreicht werden (Lehmkuhl et al., 2013).
- Auch betroffen von Schnittstellenproblemen und dem Mangel an Verfügbarkeit evidenzbasierter Behandlungsangebote sind besonders vulnerable Gruppen, wie beispielsweise traumatisierte Kinder und Jugendliche (Fegert et al., 2018)
 - Als vernachlässigte Patientengruppen beschreibt Herr Warnke folgende Gruppen: (Warnke et Lehmkuhl, 2011) u.a.
 - Dissoziale und delinquente Jugendliche
 - Psychische kranke jugendliche Rechtsbrecher
 - Kinder ausländischer Arbeitnehmer
 - Suizidale Kinder
 - Drogenabhängige Kinder
 - Kinder in Lebensgemeinschaften mit schwer chron. kranken Eltern
 - Kinder mit Teilleistungsschwächen, z.B. Legasthenie und Dyskalkulie
 - Autistische Kinder
 - Jugendliche mit Schizophrenie
 - Kinder mit Schwer- und Mehrfachbehinderung
 - Besondere Risikogruppen haben besondere Bedarfe an Behandlung und Diagnostik. Kinder und Jugendliche, die mit dem System der Kinder- und Jugendhilfe in Kontakt stehen, sind eine dieser high-risk Gruppen (Fegert et al., 2018.).
 - Kinder psychisch kranker Eltern haben sehr entwicklungspezifische Bedarfe für die eigene Behandlung aufgrund psychischer Störungen und Probleme (Fegert et al., 2018).

- Im Bereich der Hochrisikogruppen sind auch Präventionsmaßnahmen notwendig und sinnvoll (Fegert et al., 2018).
- Begrenzte Ressourcen von Familien, die oftmals eine hohe Belastung mit verschiedenen Problemen aufweisen, müssen berücksichtigt werden (Fegert et al., 2018).

Förderung der ambulanten Versorgung

- Viele Symptome treten im Alltag der Patienten und Patientinnen auf, daher bedarf es einer Behandlung nah der Lebenswirklichkeit (Fegert et al., 2018).
- Ziel sollte sein, Kinder und Familien in ihrem natürlichen Lebensfeld zu erreichen (Lehmkuhl et al., 2013).
- Versorgungsstrukturen, die eine effektive und zeitnahe Behandlung betroffener Mädchen und Jungen ermöglichen, kommt eine große Bedeutung zu. (Faktenblatt KIGGS Welle 1 psychische Auffälligkeiten)
- Bisherige Fixierung auf das Krankenhausbett als Leistungserbringungsgrundlage erscheint angesichts der praktischen Herausforderungen nicht mehr zeitgemäß (Lehmkuhl et al., 2013).
 - In letzten Jahrzehnten erhöhte Nachfrage, insbesondere teilstationärer und stationärer Betreuung durch die zunehmende Veränderung familiärer Strukturen (als Hinweis unzureichender familiärer Ressourcen zu verstehen) (Lehmkuhl et al., 2013).
 - So erscheint die Ambulantisierung der Psychiatrie im Sinne eines wirklich umfassenden ambulanten Versorgungsangebots verschiedener Intensitätsstufen noch nicht abgeschlossen (Sachverständigenrat, 2018)
 - Im Gegenteil zeigt sich ein signifikanter Anstieg der Krankenhausbehandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in allen Bundesländern außer in Bremen, Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein (Fegert, 2018)
 - Daher erscheint es sinnvoll, neue intensivere ambulante Behandlungsformate zu erproben und möglicherweise dauerhaft zu etablieren. Dies könnte etwa eine mehrmals pro Woche stattfindende Behandlung sein (Sachverständigenrat, 2018).
 - Aufsuchende, multiprofessionelle Kriseninterventionsteams auch unterhalb der Schwelle einer Krankenhausbedürftigkeit □ also unterhalb des neuen Home-Treatments könnten eine sinnvolle Ergänzung des Versorgungsspektrums sein (Sachverständigenrat, 2018).

Zugang zu Versorgungsangeboten

- relativ gesehen geringe Inanspruchnahme professioneller Hilfe (Hagen, 2014).
- 50 % der behandlungsbedürftigen Kinder bekommen laut Prof. Fegert keine Behandlung (Fegert, 2018)
- Ziel sollte sein, Hürden für Inanspruchnahme zu verringern (Lehmkuhl et al., 2013)
- Regionale Unterschiede
 - Auch gibt es im ambulanten und stationären Bereich deutliche regionale Unterschiede bezüglich der Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten (Fegert et al., 2018).

- Ausbau ambulanter Versorgungseinrichtungen sowie mobiler kinder- und jugendpsychiatrischer Dienste, um auch ländliche Regionen mit Versorgungsdefiziten zu erreichen (Lehmkuhl et al., 2013).
- Grundproblem in der Versorgung, in der Fläche alle Angebote für alle Bedarfe sicherzustellen (Fegert et al., 2018) Weg zur Versorgung, ambulant wie stationär in der Fläche für Familien oft weit (Fegert et al., 2018).
- Gemäß KBV Daten zeigte sich mit Blick auf die Verteilung der F-Diagnosen bei Jugendlichen unter 21 Jahren und dem Anteil der Betreuung beim Kinder- und Jugendpsychiater große regionale Unterschiede (Fegert et al., 2018).
- Spezielle Störungsbilder benötigen spezifische Settings der Behandlung und besondere Versorgungsketten, exemplarisch Substanzabusus (Fegert et al., 2018)

Fragmentarisierung

- Die Fragmentarisierung des deutschen Gesundheitssystems wurde im Gutachten des Sachverständigenrats 2018 prägnant dargestellt.
- So ist beispielsweise die Koordination von Patientenwegen in der psychiatrisch-psychosomatisch/psychotherapeutischen in der Versorgung ein wichtiges Thema, zumal das Versorgungssystem selbst für Fachleute nicht in allen Aspekten übersichtlich ist (Sachverständigenrat, 2018)
- Für dieselbe Indikation können mitunter unterschiedliche Angebote infrage kommen, teilweise ist eine Kombination von Leistungen erforderlich (z.B. ambulante psychiatrische Behandlung plus Psychotherapie, Sachverständigenrat, 2018)
- Die Tatsache, dass viele Menschen mit psychischen Erkrankungen neben medizinischen und pflegerischen Leistungen, die im SGB V geregelt sind, auch Leistungen anderer Sozialrechtsgebiete z. B. Eingliederungshilfe nach SGB XII, berufliche Rehabilitation nach SGB IX etc. benötigen, verstärkt die erhebliche Fragmentierung des Versorgungssystems (Sachverständigenrat, 2018)
- **Die Langfristigkeit der meisten psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bedingt einen hohen Grad der Notwendigkeit einer kooperativen Behandlung sowohl innerhalb des SGB V (z.B. zwischen ambulant und stationär, zwischen den verschiedenen Facharzt Disziplinen, zwischen KJPY und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) als auch zwischen den Sozialsystemen (besonders SGB VIII und SGB IX/XII) und zwischen Bereichen wie Schule, Ausbildung etc.** (Fegert et al., 2018).
- Der Zugangsweg zu den einzelnen Systemen scheint eher zufällig sein (d. h. bei wem wird ein Kind oder eine Familie als erstes vorgestellt und welchen Versorgungsweg geht es) (Fegert et al., 2018)
- Es bedarf einer Anpassung der Leistungserbringung an die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien mit ausreichender Finanzierung von Schnittstellenarbeit und Prävention (Lehmkuhl et al., 2013)
- Die Kooperation mit Nachbardisziplinen sollte ausgebaut werden, mit Ausrichtung auf z.B. gemeinsame Versorgungsangebote von Kinderpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie für Familien mit Betroffenen in mehreren Generationen (Lehmkuhl et al., 2013)

Transition

- Entwicklungspsychologisch zeigen internationale Datenerhebungen eine zunehmende Verlängerung der Übergangsphase zwischen Jugendlichen- und Erwachsenenalter. Diesbezüglich ist die Transitionszeit auch für die Versorgung von psychisch Erkrankten eine Herausforderung, für die noch keine ausreichenden Strukturen und Konzepte bestehen (Fegert et al., 2018)
- Eine besondere Schwachstelle stellt beispielsweise auch bei ADHS die Versorgung im Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter dar. Das psychiatrische Hilfesystem sollte zukünftig besser auf die Besonderheiten der Transition und auf Probleme im Zusammenhang mit der Verlängerung der Adoleszenz bis in das 3. Lebensjahrzehnt hinein einstellen (Schubert et Lehmkuhl, 2017).
- Im Bereich der Behandlung im Übergang bedarf es auch z.B. bei schizophrenen Erkrankungen, die oft mit einer starken Teilhabebeeinträchtigung einhergehen, Settings, die medizinische als auch rehabilitative Maßnahmen und Maßnahmen zur Ausbildung abdecken (Fegert et al., 2018).

Umfassende Unterstützung und Hilfe beim Umgang mit der Erkrankung gemäß Literatur

- Eine psychische Störung wie z.B. die Schizophrenie wirkt sich tiefgreifend besonders auf viele Lebensbereiche aus, deshalb benötigen Betroffene und ihre Angehörigen eine umfassende Unterstützung. Medikamente können zwar wichtig sein, reichen aber in der Regel nicht aus gemäß aktueller indikationsbezogener Evidenz.
- Neben psychosozialen Unterstützungsangeboten kann auch eine [Psychotherapie](#) helfen, besser mit den Folgen der Erkrankung zurechtzukommen. Oft sind Betroffenen und Angehörigen die verschiedenen Angebote gar nicht bekannt. (IQWiG, Gesundheitsinformation).
- Selbsthilfe beispielsweise bei Schizophrenie gemäß Gesundheitsinformation, evtl. auch Selbsthilfegruppen, Behandlungsvereinbarung, Telefonseelsorge etc. (IQWiG, Gesundheitsinformation).
- Hilfen im Alltag, z.B. Umgang mit der Erkrankung im beruflichen und privaten Umfeld (IQWiG, Gesundheitsinformation):
 - Ein offener Umgang mit der Erkrankung kann den Vorteil haben, dass andere Menschen dann mehr Verständnis für die eigene Situation entwickeln und sich darauf einstellen können. Auf der anderen Seite kann man auf Vorurteile stoßen und riskiert, in eine bestimmte Schublade gesteckt zu werden. (IQWiG, Gesundheitsinformation).
 - Vor einer solchen Entscheidung kann es hilfreich sein, sich zum Beispiel mit anderen Betroffenen oder psychotherapeutischen Fachleuten auszutauschen (IQWiG, Gesundheitsinformation).

Prinzipien einer rationalen Pharmakotherapie gemäß aktueller (inter-)nationaler Leitlinien und Fachliteratur

- Im Bereich der Pharmakotherapie besteht aufgrund des sich entwickelnden Organismus, insbesondere des sich entwickelnden Gehirns, eine besondere Notwendigkeit für sichere Pharmakotherapie und eine gute – und damit sehr aufwendige – Therapieüberwachung (Fegert et al., 2018).
- Bei chronischen Störungsbildern wie u.a. ADHS kann eine regelmäßige Einnahme der Medikation notwendig sein, weshalb die Medikamentenadhärenz hier in besonderem Maße bedeutsam ist (ADHS S3-Leitlinie).
- Resorption und Verstoffwechslung der Medikamente unterscheiden sich bei Kindern und Jugendlichen teilweise erheblich von denen bei Erwachsenen. Manche Medikamente können auch spezifische altersabhängige Nebenwirkungen verursachen. (Vorderholzer et Hohagen, 2015)
- Die Zulassungslage für das Kindes- und Jugendalter ist für einige wichtige Substanzgruppen nur beschränkt oder es liegt keine Zulassung vor (Fegert et al., 2018).
- Vor allem setzt eine psychiatrische Medikation eine klare psychiatrische Indikation voraus (awmf.org z.B. ADHS S3-Leitlinie, EbM-Guidelines, Sönnichsen 2018).
- Wenn eine Polypharmazie gerechtfertigt erscheint wird möglichst immer nur eine Substanz verändert, damit die Wirkung zuzuordnen ist (Sönnichsen 2018).
- Die Pharmakotherapie muss sorgfältig überwacht werden: regelmäßige Überprüfung des Therapieerfolgs, Dosisanpassung, Absetzen unwirksamer Therapien (Sönnichsen 2018).
- Sie erfolgt zudem neben weiteren Behandlungsmethoden und Unterstützungsmaßnahmen multimodal und multiprofessionell

Forschungsstand

- Eine Besonderheit in der Versorgung von psychisch kranken Minderjährigen ist, dass viele Therapieformen bisher nicht ausreichend beforscht sind und deshalb nach klassischen Evidenzkriterien die Evidenz nicht ausreichend belegt ist. (Fegert et al., 2018).

4.3. Quellen Modul D. Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M: Attention-deficit/hyperactivity disorder—a current overview. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 149–59. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0149
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>
- Robert Koch Institut (RKI) und Destatis (Hrsg.), 2015. Gesundheit in Deutschland (Gesundheitsberichterstattung GBE) https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile
- Klasen F, Reiß F, Otto C, Haller A-C, Meyrose A-K, Barthel D, Ravens-Sieberer U, 2017. Die BELLA-Studie – das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring · 2017 2(S3) DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-103 Robert Koch-Institut, Berlin http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/ConceptsMethods/JoHM_02S3_2017_BELLA.pdf?__blob=publicationFile
- Baumgarten F, Klipker K, Göbel K, Janitza S, Hölling H, 2018. Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring · 2018 3(1) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-011 Robert Koch-Institut, Berlin https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Abstracts/JoHM_01_2018_psychische_Auffaelligkeiten_KiGGS-Kohorte.pdf?__blob=publicationFile
- Gerrig R et Zimbardo P, 2018. Psychologie. 21. Auflage, Pearson Studium.
- KiGGS Homepage. Aufgerufen am 27.11.2018 <https://www.kiggs-studie.de/deutsch/studie/kiggs-im-ueberblick/themen.html>
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J, 2015. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage, Verlag Hans Huber
- Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W, 2016. Uexküll Psychosomatische Medizin. Elsevier Verlag
- Kuehle T, Maibaum T, Klemperer D, 2018. Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte in: Primary Care 10(18), 2010, S. 350-354
- Wirtz M (Hrsg.), 2017. Dorsch Lexikon der Psychologie, 18. Auflage, Hogrefe Verlag.
- Klosterkötter J et Maier W (Hrsg.), 2017. Handbuch Präventive Psychiatrie. Schattauer Verlag

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit
https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/Kurzfa-01.pdf
- Tiemann M, 2013. Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen.
<http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2014/2282/pdf/WS.Pf.BA.ab14.16.pdf>
- Fegert JM, Kölch M, Krüger U, 2018. Sachbericht zum Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Laufzeit 01.11.2014 bis 28.02.2017
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kindergesund-heit/Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche_Abschlussbericht.pdf
- Robert Koch Institut, 2014. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_psych_auffaelligkeiten.pdf?_blob=publicationFile
- Bella Homepage. Aufgerufen am 17.12.2018
<https://www.bella-study.org/die-studie/ergebnisse/>
- Fegert JM, 2018. Präsentation auf der Tagung der APK.
https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Fegert_11_04_2018.pdf
- Rabady S, Sönnichsen A, Ilkka K, 2018. EbM-Guidelines: Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis. Verlagshaus der Ärzte; Auflage: 7.
- Sachverständigenrat, 2018. SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung
https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf
- Hagen B, 2015. Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Abschlussbericht 2014. http://www.kbv.de/media/sp/SPV_Abschlussbericht_2014.pdf
- Lehmkuhl G, Poustka F, Holtmann M, Steiner H, 2013, [Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie](#). Hogrefe Verlag
- Warnke A et Lehmkuhl G, 2011. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Schattauer Verlag, Stuttgart
- IQWiG, Gesundheitsinformation gi. Aufgerufen am 03.12.2018.
https://www.gesundheitsinformation.de/themengebiet.2029.de.html?filter*cat=9&filter*tag=Psyche+und+Gem%C3%BCt
- KIGGS Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte

Vertrag vom 10.10.2011 i. d. F. vom 01.01.2019

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Abstracts/JoHM_01_2018_psychische_Auffaelligkeiten_KiGGS-Kohorte.pdf?__blob=publicationFile

- Schubert I et Lehmkuhl G, 2017. Verlauf und Therapie von ADHS und der Stellenwert im Erwachsenenalter. Dtsch Arztebl Int 2017; 114(9): 139-40; DOI: 10.3238/arztebl.2017.0140
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/186554/Verlauf-und-Therapie-von-ADHS-und-der-Stellenwert-im-Erwachsenenalter>
- Awmf, 2017. Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“.
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf
- Vorderholzer U und Hohagen F 2015: Therapie psychischer Erkrankungen – State of the art. 10. Auflage, S. 462-464, München.