

Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Prävention und Versorgung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Vorschläge im Rahmen des Projekts der Aktion Psychisch Kranke e.V. „Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Entwicklung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen (KiJu WE)“
Themenbereich I „Herausforderungen in der Versorgung“

20.04.2020

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen	4
2.1	Ausbau der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dringend notwendig	4
2.2	Zugang zur Psychotherapie für Kinder und Jugendliche erleichtern	4
2.3	Integrierte Notfallzentren	5
2.4	Heranwachsende mit komplexem Versorgungsbedarf	5
2.5	Sozialpsychotherapie-Vereinbarung ermöglichen	6
2.6	AU-Bescheinigungen und Bescheinigung wegen Krankheit des Kindes	6
3	Versorgung im ländlichen Raum, Fachkräftemangel	7
3.1	Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung insbesondere auf dem Land	7
3.2	Regionale Gesundheitszentren, die altersentsprechende Bedarfe berücksichtigen	7
3.3	Digitale Gesundheitsanwendungen für Kinder und Jugendliche	8
4	„Emerging Adulthood“, Adoleszentenversorgung, Transition	9
4.1	Etablierung von Transitionstationen in Krankenhäusern	10
4.2	Ambulante psychotherapeutische Versorgung im Transitionsalter	10
4.3	Forschung und Weiterbildung für Versorgung im Transitionsalter	10
5	Arzneimitteltherapie bei psychisch kranken Minderjährigen	11
5.1	Strengere Vorgaben für die Verordnung von Psychopharmaka bei Minderjährigen	11
6	Selbstbestimmung und Partizipation in der Balance von Elternrechten und Kinderrecht	13
6.1	Familiengerichtliche Genehmigung von Zwangsbehandlungen bei Minderjährigen	13
6.2	Mehr Personal, um Zwangsmaßnahmen zu verhindern	14
6.3	Beschwerdemanagement verbessern	14
6.4	Monitoring freiheitsentziehender Maßnahmen	15
7	Prävention seelischer Störungen	15
7.1	Ausbau alters- und geschlechtsspezifischer Präventionsmaßnahmen in den Lebenswelten	15
7.2	Mental Health Literacy stärken (psychische Gesundheitskompetenz)	15
7.3	Psychische Auffälligkeiten in U-Untersuchungen stärker berücksichtigen	16
7.4	Präventionsempfehlungen für Kinder und Jugendliche auch durch Psychotherapeut*innen	17
8	Literatur	18

1 Einleitung

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) führt 2020 ein vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) gefördertes Projekt zur Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland durch. Ziel des Projekts ist die Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen, die aufzeigen sollen, wie die Weiterentwicklung und Verbesserung der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie bei jungen Erwachsenen und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen im SGB V und Schnittstellenbereichen erreicht werden kann.

Die Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen wird im Rahmen und in der Folge von zwei Expertenworkshops gemeinsam mit der APK und einem Beirat konsensorientiert erfolgen. In Vorbereitung auf den ersten Workshop hat die APK verschiedene Fachgesellschaften, Fach- und Berufsverbände, Selbsthilfeverbände, Vertretungen der Leistungsträger und Sozial- und Gesundheitsverwaltung eingeladen, zu einer Reihe von Versorgungsaspekten die aus ihrer Sicht zentralen Handlungsempfehlungen zu skizzieren.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) stellt im Folgenden ihre Vorschläge zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in den folgenden Themenbereichen dar:

1. Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
2. Versorgung im ländlichen Raum, Fachkräftemangel,
3. „Emerging adulthood“, Adoleszentenversorgung, Transition,
4. Arzneimitteltherapie bei psychisch kranken Minderjährigen,
5. Selbstbestimmung und Partizipation in der Balance von Elternrechten und Kinderrecht und
6. Prävention seelischer Störungen.

2 Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

2.1 Ausbau der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dringend notwendig

Nur etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen mit einer akuten oder wiederkehrenden psychischen Erkrankung ist in Behandlung.¹ Unbehandelt können psychische Erkrankungen jedoch chronifizieren und langfristig die Entwicklung des Kindes negativ beeinflussen. Um die Behandlungsrate psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu erhöhen, bedarf es einer Stärkung der Behandlungsangebote sowohl im (teil-)stationären als auch im ambulanten Bereich und über verschiedene Sozialgesetzbücher (SGB V, SGB VIII und SGB IX) hinweg. Dies betrifft vor allem die psychotherapeutische Versorgung, denn Psychotherapie ist bei den meisten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Leitlinien die Behandlungsmethode der Wahl. Ein besonderes Augenmerk sollte hierbei auf dem Ausbau der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung liegen. Einer Analyse der Abrechnungsdaten in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung zufolge (Steffen et al., 2019) wird lediglich bei zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung (diagnostiziert in mindestens zwei Quartalen in 2017) eine antragspflichtige Psychotherapie durchgeführt. Die niedrige Versorgungsrate ist darauf zurückzuführen, dass es zu wenige Psychotherapeut*innen gibt, die mit den Krankenkassen abrechnen dürfen. Dies führt außerdem dazu, dass Kinder und Jugendliche im Schnitt 4 bis 5 Monate auf den Beginn einer Psychotherapie warten müssen (BPTK, 2018). Ursache hierfür ist, dass in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu wenige Psychotherapeutenplätze vorgesehen sind. Auch die letzte Reform der Bedarfsplanung Anfang 2019 hat hieran kaum etwas geändert. Der Gesetzgeber sollte daher den G-BA erneut damit beauftragen, die Bedarfsplanungs-Richtlinie zu überarbeiten mit dem Ziel, den Anteil psychisch kranker Menschen, die eine nach Leitlinien empfohlene Psychotherapie erhalten, zu erhöhen.

2.2 Zugang zur Psychotherapie für Kinder und Jugendliche erleichtern

Die Erfahrung vieler Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen zeigt, dass es aufgrund der Einrichtung von Ganztagschulen und der Berufstätigkeit beider Elternteile zunehmend schwieriger wird, Zeitfenster für eine regelmäßig stattfindende Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen zu finden. Daher sollte die Kultusministerkonferenz verbind-

¹ <https://www.bella-study.org/die-studie/ergebnisse/>

liche Empfehlungen aussprechen, dass auch während der Schulzeit Besuche beim Psychotherapeuten ermöglicht werden sollten. Darüber hinaus wird empfohlen zu prüfen, ob in Anlage II der Krankentransport-Richtlinie des G-BA als Ausnahmefälle für die Genehmigung von Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung nach § 8 Absatz 2 der Richtlinie die länger andauernde und regelmäßig stattfindende psychotherapeutische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen aufgenommen werden kann, wenn Eltern wegen beruflicher Gründe oder eines fehlenden PKWs ihre Kinder nicht zur Therapie bringen können und die Kinder zu jung für die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel sind oder aus anderen Gründen eine Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel nicht zumutbar ist.

2.3 Integrierte Notfallzentren

Insbesondere für Menschen mit psychischen Krisen oder akuten psychischen Notfällen fehlt es in Deutschland an flächendeckend einheitlichen Strukturen und Anlaufstellen. Eine standardisierte telefonische Einschätzung über den neu eingerichteten ärztlichen Bereitschaftsdienst ist bei psychischen Erkrankungen und Krisen in den allermeisten Fällen nicht möglich. Dies trifft insbesondere auf Kinder und Jugendliche zu. Um ihren psychischen Zustand angemessen einschätzen zu können, bedarf es in aller Regel eines persönlichen Kontakts. Betroffenen bleibt deshalb oft keine andere Wahl, als die Notaufnahme einer psychiatrischen Klinik aufzusuchen. Deshalb ist der Aufbau integrierter Notfallzentren im Rahmen der Reform der Notfallversorgung² zu begrüßen. In den Zentren soll eine Ersteinschätzung des akuten Behandlungsbedarfs sowie die Steuerung und Vermittlung in Versorgungsstrukturen vorgenommen werden. Näheres soll der G-BA in einer Richtlinie regeln. Bei der Erarbeitung dieser Richtlinie sollte der G-BA sicherstellen, dass in den künftigen Notfallzentren auch Psychotherapeut*innen oder Fachärzt*innen mit der entsprechenden Qualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendpsychiater*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen [KJP], Psychologische Psychotherapeut*innen [PP] mit entsprechender Zusatzqualifikation) die Beschwerden von Heranwachsenden einschätzen, akute Hilfe leisten und eine qualifizierte Steuerung und Vermittlung in die Versorgungsstrukturen vornehmen können.

2.4 Heranwachsende mit komplexem Versorgungsbedarf

Schwer psychisch Kranke sollen künftig ein neues intensiv-ambulantes Versorgungsangebot erhalten können. Dieses komplexe Leistungsangebot soll aus einer koordinierten Kombination insbesondere von Einzel- und Gruppenpsychotherapie, medikamentöser Behandlung, Soziotherapie, häuslicher psychiatrischer Krankenpflege und Ergotherapie bestehen

² <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/notfallversorgung.html>

und durch Psychotherapeut*innen oder Psychiater*innen koordiniert werden. Der Gesetzgeber hat den G-BA damit beauftragt, bis Ende 2020 ein solches Versorgungsangebot in einer eigenen Richtlinie zu konzipieren. Bei der Erarbeitung dieser Richtlinie sollte der G-BA sicherstellen, dass die – im Vergleich zu Erwachsenen – spezifischen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Versorgungsbedarf (z. B. Behandlungen im Lebensumfeld wie Schule oder Kita, Psychotherapie mit Familien und anderen relevanten Bezugspersonen) in der Richtlinie angemessen berücksichtigt werden.

2.5 Sozialpsychotherapie-Vereinbarung ermöglichen

Kinder und Jugendliche haben entsprechend § 43a SGB V Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische, insbesondere psychologische, heilpädagogische und psychosoziale, Leistungen. Diese Leistungen können jedoch nur unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden. Auf dieser Grundlage ist die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung entstanden, mit der Kinder- und Jugendpsychiater*innen Sozialpsychiatrische Zentren gründen können. Durch die Beschränkung auf ärztlich verantwortete Leistungen im SGB V und dem zunehmenden Mangel an Fachärzt*innen ist jedoch kein flächendeckendes Versorgungsangebot für psychisch kranke Kinder mit komplexem Versorgungsbedarf möglich. Die Beschränkung ist außerdem von daher verzichtbar, da auch KJP/PP über die notwendigen Kompetenzen zur Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen verfügen. Die Expertise für die Verordnung von Psychopharmaka wäre über das Hinzuziehen einer Kinder- und Jugendpsychiater*in, z. B. in Form einer externen Kooperation oder möglicherweise auch im Rahmen einer Anstellung, denkbar. Deshalb sollte § 43a SGB V so formuliert werden, dass auch niedergelassene KJP und PP, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, die Leistungen verantworten können. Dies würde die Grundlage für Vereinbarungen liefern, bei denen sowohl Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch KJP sowie PP, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, als unmittelbare Vertragspartner*innen teilnehmen könnten.

2.6 AU-Bescheinigungen und Bescheinigung wegen Krankheit des Kindes

Für eine umfassende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ist es u. a. notwendig, die Befugnis zu haben, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen. Dies betrifft auch jugendliche Patient*innen, die sich in einem Ausbildungsverhältnis befinden oder bereits berufstätig sind. Dazu müsste die Einschränkung in § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V aufgehoben werden, dass PP/KJP keine AU-Bescheinigung ausstellen dürfen. Außerdem sollten PP/KJP auch die Befugnis erhalten, Eltern von Kindern, die sich aufgrund einer psychischen Erkrankung in ihrer Behandlung befinden, ein Attest auszustellen, falls es erforderlich ist, dass die Eltern zur Betreuung und Pflege des erkrankten Kindes

von der Arbeit fernbleiben müssen (§ 45 SGB V). Bisher können nur Ärzt*innen die Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes ausstellen. Diese Beschränkung ist von daher verzichtbar, da auch Psychotherapeut*innen über die notwendigen Kompetenzen zur Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen verfügen.

3 Versorgung im ländlichen Raum, Fachkräftemangel

3.1 Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung insbesondere auf dem Land

Insbesondere auf dem Land ist die Versorgung psychisch kranker Menschen unzureichend. Dies betrifft besonders auch die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Die Unterversorgung ist hier – im Gegensatz zur ärztlichen Versorgung – nicht auf einen Fachkräftemangel zurückzuführen. Sie ist vielmehr darauf begründet, dass der G-BA in seiner Bedarfsplanungs-Richtlinie für Regionen außerhalb von Ballungszentren eine besonders geringe Psychotherapeutendichte vorsieht und das, obwohl Menschen auf dem Land ungefähr genauso häufig psychisch krank sind wie in der Stadt. Um die Versorgung psychisch kranker Menschen auf dem Land zu verbessern, bedarf es vor allem einer Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie, die zu einer Erhöhung der Psychotherapeutendichte in ländlichen Regionen führt. Dies ist insbesondere für die Versorgung von Minderjährigen mit psychischen Erkrankungen notwendig. Sie benötigen in besonderer Weise eine wohnortnahe Versorgung, da vielen von ihnen nicht zugemutet werden kann, über mehrere Monate hinweg regelmäßig mindestens einmal wöchentlich mit öffentlichen Verkehrsmitteln in die nächste Großstadt zu fahren, um eine Psychotherapeut*in aufzusuchen. Zusätzlich kann es sinnvoll sein, die gesetzlichen und untergesetzlichen Grundlagen für die Eröffnung von Zweigpraxen für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in der Form auszugestalten, dass Zulassungsausschüsse der Eröffnung zwingend stattzugeben haben, wenn durch die Zweigpraxis die Versorgung in einer ländlichen Region verbessert werden kann.

3.2 Regionale Gesundheitszentren, die altersentsprechende Bedarfe berücksichtigen

In vielen ländlichen und strukturschwachen Regionen fällt die zunehmende Unterversorgung in der ambulanten fachärztlichen sowie der hausärztlichen Versorgung mit wirtschaftlichen und personellen Problemen der Krankenhäuser zusammen. Ein Lösungsansatz, der zunehmend erprobt wird, ist die Gründung von regionalen Gesundheitszentren, bei denen sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen unter Beteiligung von Krankenhäusern, Ärzt*innen, Pflege und weiteren Gesundheitsberufen entwickelt werden. Aktuell fokussie-

ren viele Modellprojekte noch auf die Versorgung somatischer Erkrankungen und adressieren insbesondere den ärztlichen und pflegerischen Behandlungsbedarf über die Sektorengrenzen hinweg.

Die Entwicklung regionaler Gesundheitszentren bietet aber auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Chance, dass sie in ländlichen Räumen besser versorgt werden können. Dies trifft insbesondere auf Kinder und Jugendliche zu, da ihnen hierdurch ein wohnortnahes Versorgungsangebot zur Verfügung steht. Voraussetzung hierfür ist, dass auch Angebote von KJP, PP mit Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie Kinder- und Jugendpsychiater*innen in diese Gesundheitszentren unmittelbar integriert oder systematisch mit diesen vernetzt werden. Der Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher kann so niedrigschwelliger gestaltet und die Behandlungsangebote umfassender und spezifischer ausgestaltet werden. So lassen sich beispielsweise spezifische gruppenpsychotherapeutische Angebote, Psychoedukation oder Elterntrainings leichter realisieren. Auch ergänzende Angebote wie Ergotherapie oder Logotherapie können in diese Zentren einbezogen werden. Hierbei könnten auch Angebote der Früherkennung und -intervention integriert werden (vgl. Punkt 2.1).

3.3 Digitale Gesundheitsanwendungen für Kinder und Jugendliche

Als mögliche Lösung für die Unterversorgung in ländlichen Regionen wird häufig auf digitale Angebote verwiesen, insbesondere für psychisch kranke Menschen (z. B. Sundmacher et al., 2018; SVR, 2018). Videobehandlung und Gesundheits-Apps erlauben es zwar tatsächlich, die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern, weshalb es von großer Bedeutung ist, dass auch Menschen im ländlichen Raum solche Angebote erhalten können. Dies betrifft auch psychisch kranke Kinder und Jugendliche, für die es nachgewiesen wirksame digitale Programme gibt (Ebert et al., 2015). Die hohe digitale Affinität von Kindern und Jugendlichen bietet besondere Chancen für den Einsatz von Gesundheits-Apps. Heranwachsende sind es – stärker als andere Altersgruppen – gewohnt, über digitale Medien zu kommunizieren, und können durch digitale Anwendungen in ihrer Lebenswelt abgeholt werden. Dadurch kann ihr Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten erleichtert werden. Gesundheits-Apps gehen jedoch auch mit Risiken insbesondere für Kinder und Jugendliche einher. Aspekte wie eine fehlende Medienkompetenz und eine mangelnde Sensibilität in Bezug auf Datensicherheit und Datenschutz sowie die Gefahr von pathologischem PC- bzw. Internetgebrauch müssen jedoch beim Einsatz von Gesundheits-Apps in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen in besonderem Maße bedacht werden.

Grundsätzlich muss betont werden, dass Videobehandlung und Gesundheits-Apps kein Ersatz für eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung vor Ort sind. Der Ansatz über digitale Angebote die geringe Versorgungsdichte und die langen Wartezeiten in der Psychotherapie sowohl von Erwachsenen als auch von Kindern und Jugendlichen zu kompensieren, mutet den sowieso schon schlecht versorgten Menschen in ländlichen Regionen eine qualitativ schlechtere Versorgung zu, als sie aufgrund der besseren Versorgungsdichte in Ballungszentren gegeben ist. Da es nicht das Ziel sein sollte, den schlechteren Versorgungssituationen im ländlichen Raum durch Angebote geringerer Qualität und Akzeptanz nur symbolisch zu begegnen, sollten Videobehandlungen und der Einsatz von Gesundheits-Apps regional verankert, d. h. durch regional tätige Psychotherapeut*innen verordnet werden, die mindestens die Diagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung im persönlichen Kontakt mit der Patient*in erbringen und im Krisenfall persönlich für ihre Patient*innen erreichbar sind. Korrekturen in der Bedarfsplanung zur Behebung der strukturellen Unterversorgung auf dem Land bleiben ungeachtet des Einsatzes digitaler Angebote dringend notwendig (vgl. Punkt 4.1).

4 „Emerging Adulthood“, Adoleszentenversorgung, Transition

Die Entwicklung zum Erwachsenen dauert zunehmend länger. Auf die Adoleszenz folgt eine neue, zwischen Jugend- und Erwachsenenalter stehende Übergangsphase des beginnenden Erwachsenenalters („Emerging Adulthood“), die den Zeitraum vom 18. bis 30. Lebensjahr umfasst (Seiffge-Krenke, 2015).

Diese neue Entwicklungsphase des „Emerging Adulthood“ stellt auch die Versorgung psychisch kranker Menschen vor neue Herausforderungen. Bisher gibt es noch keine ausreichenden Strukturen und Konzepte zur Behandlung in dieser Phase, die zwischen dem Kinder- und Jugendlichen- sowie dem Erwachsenenbereich stattfindet (Fegert et al., 2015). So bedürfen insbesondere junge Menschen mit Reifungsverzögerungen auch noch lange, nachdem sie volljährig geworden sind, einer intensiveren Betreuung, die in der Versorgung psychisch kranker Menschen im Erwachsenenalter nicht mehr vorgesehen ist (z. B. pädagogische Maßnahmen, intensiver Einbezug von Bezugspersonen in die Behandlung). Bereits der Sachverständigenrat Gesundheit (2009) hatte gefordert, dass die Behandlung von Patient*innen im Transitionsalter auf Systemebene (z. B. Finanzierung), auf Ebene der Institutionen und auf der Ebene der Gesundheitsberufe ihren festen Platz haben sollten.

4.1 Etablierung von Transitionsstationen in Krankenhäusern

Für den (teil-)stationären Bereich ist die Etablierung von Transitionsstationen für die Versorgung psychisch Kranker sinnvoll, d. h. eigene Stationen für Adoleszente und junge Erwachsene, die sich in der Phase des „Emerging Adulthood“ befinden. Dabei handelt es sich um spezielle Angebote für Heranwachsende, die aufgrund von Entwicklungsverzögerungen einen höheren Betreuungs- und Therapiebedarf haben, der in der stationären Versorgung von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen nicht abgebildet ist. Solche Angebote sind besonders für Jugendliche wichtig, denen der Wechsel in die Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie wegen Entwicklungsverzögerungen schwerfällt. In Bayern hat der Krankenhausplanungsausschuss Ende 2019 die Grundlage für die Einrichtung und Finanzierung von Transitionsstationen geschaffen, indem diese krankenhauplanerisch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zugeordnet werden, sich aber grundsätzlich an Patient*innen zwischen dem 16. und 25. Lebensjahr mit entsprechender Reifeverzögerung richten.³ Es wird empfohlen, deutschlandweit die krankenhauplanerischen Regelungen für einen flächendeckenden Ausbau von Transitionsstationen zu schaffen und sicherzustellen, dass hier in ausreichendem Maße die Expertise von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen vertreten ist.

4.2 Ambulante psychotherapeutische Versorgung im Transitionsalter

Auch im ambulanten Bereich sollten Strukturen geschaffen werden, damit junge Erwachsene, die z. B. aufgrund von Entwicklungsstörungen oder Reifungsverzögerungen der Versorgung mit Mitteln der kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bedürfen, eine angemessene Behandlung erhalten können.

4.3 Forschung und Weiterbildung für Versorgung im Transitionsalter

Die Versorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen im Transitionsalter stellt ein Spezialgebiet der psychotherapeutischen Versorgung dar und unterscheidet sich sowohl von der Versorgung von Kindern und Heranwachsenden in der frühen Jugend sowie von der Versorgung von Erwachsenen. Es sollten daher neue Behandlungskonzepte und -methoden erforscht und entwickelt und in der Aus- und Weiterbildung aller beteiligten Berufsgruppen erlernt werden.

³ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107742/Bayern-richtet-spezifische-Transitionsstationen-in-der-Psychiatrie-ein>

5 Arzneimitteltherapie bei psychisch kranken Minderjährigen

5.1 Strengere Vorgaben für die Verordnung von Psychopharmaka bei Minderjährigen

Psychopharmaka kommen bei der Behandlung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland bei einigen Störungsbildern häufig zum Einsatz. So erhielten 44 Prozent der ambulant versorgten Kinder und Jugendlichen mit ADHS im Jahr 2016 eine Behandlung mit Psychostimulanzien (Akmatov et al., 2019). Weitere wichtige Substanzen sind Antidepressiva. Einer aktuellen Studie der DAK (2019) zufolge wurde bei rund 20 Prozent der Patient*innen mit depressiven Störungen im späten Jugendalter ein Antidepressivum verordnet.

Der Einsatz von Psychopharmaka kann – eingebettet in eine multimodale Therapie – bei der Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher notwendig sein. So sehen es auch die Leitlinien vor. Entsprechend der S3-Leitlinie zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist bei Kindern und Jugendlichen ab acht Jahren einer Psychotherapie „Vorrang zu geben [...]. Bei einer schweren Depression sollte eine Kombinationstherapie in Erwägung gezogen werden [...]“ (S. 62).⁴ Die S3-Leitlinie zur Behandlung von ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter sieht vor, dass die Behandlung im Rahmen eines multimodalen therapeutischen Gesamtkonzeptes erfolgen soll. Je nach Schweregrad sollen psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen oder eine Kombination mit Psychopharmaka erwogen werden.⁵

Bei der Verordnung von Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter muss aber – noch stärker als bei Erwachsenen – eine besonders sorgfältige Kosten-Nutzen-Abwägung stattfinden. Denn für den überwiegenden Teil der im Kindes- und Jugendalter eingesetzten Psychopharmaka ist die Studienlage unzureichend. Zudem fehlen für praktisch alle Substanzen Langzeitdaten sowohl zur Wirksamkeit, aber auch zu möglichen erst später auftretenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Außerdem ist nicht auszuschließen, dass Psychopharmaka negative Auswirkungen auf das sich noch in Entwicklung befindliche Gehirn der Kinder haben (Brachmann, 2015). Ein aktuelles Cochrane Review kommt zum Beispiel zu dem Schluss, dass das am häufigsten verschriebene Psychostimulans Methylphenidat mit einigen schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen wie Herzproblemen und psy-

⁴ <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-043.html> (seit > 5 Jahren abgelaufen, aktuell in Überarbeitung)

⁵ <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-045.html>

chotischen Störungen verbunden sein und eine große Anzahl von anderen, nicht-schwerwiegenden schädlichen Auswirkungen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS haben kann (Storebø et al., 2018). Auch die meisten Antidepressiva scheinen bei Kindern und Jugendlichen mit schweren Depressionen ein schlechtes Nutzen-Risiko-Verhältnis zu haben (Cipriani et al., 2016). Es ist jedoch fraglich, ob eine verordnete Psychopharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in jedem Fall gerechtfertigt ist. So kommt der SVR Gesundheit in seinem Sondergutachten (2009) zu dem Schluss, dass „zu vermuten [ist], dass es häufig zur Verordnung von Psychostimulanzien mit zu hohen Dosierungen oder aufgrund allzu laxer Indikationsstellungen kommt“.

Vor diesem Hintergrund muss es das Ziel sein, die Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter so gering wie möglich zu halten und die leitlinienorientierte Versorgung zu fördern, d. h. eine Psychopharmakotherapie immer in eine multimodale Behandlung, die auch psychotherapeutische und psychosoziale Angebote enthält, einzubetten. Dass hier noch Verbesserungsspielraum besteht, zeigt der Einfluss verschiedener Maßnahmen auf die Verschreibungshäufigkeit von Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS. So ist zwischen 2009 und 2016 eine Abnahme der Verschreibungen von Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS von knapp 50 auf 44 Prozent zu verzeichnen. Als Ursache für diese rückläufige Entwicklung des Verordnungsgeschehens werden die strikteren Vorgaben des G-BA zur Verordnung von Psychostimulanzien diskutiert. Anlage III zur Arzneimittel-Richtlinie des G-BA besagt, dass nur noch Fachärzt*innen aus den kinderärztlichen, psychiatrischen und neurologischen Fachgebieten ADHS-spezifische Arzneimittel im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie verordnen dürfen, wenn sich andere Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben. Folgeverordnungen durch Hausärzt*innen sind nur noch in Ausnahmefällen möglich. Zudem müssen der Einsatz von Psychostimulanzien im Verlauf besonders dokumentiert und bei Dauertherapie behandlungsfreie Zeitabschnitte (z. B. in den Ferien) eingeführt werden.⁶

Weitere Maßnahmen wie die Einführung von Versorgungsverträgen, bei denen junge Patient*innen mit ADHS eine ausführliche Diagnostik sowie eine multimodale Versorgung, bestehend aus ärztlichen und psychotherapeutischen Angeboten inklusive Elternterapie, erhalten und die behandelnden Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen an Qualitätszirkeln teilnehmen, scheinen zu einer weiteren Reduktion der Verschreibung von Psychostimulanzien beizutragen. So benötigen die im Rahmen eines ADHS-Vertrags der AOK Rheinland/Hamburg versorgten Kinder und Jugendlichen deutlich weniger Medikamente. Nachdem

⁶ <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/16/>

2010 noch in 43 Prozent der ADHS-Fälle eine medikamentöse Behandlung veranlasst wurde, lag dieser Anteil 2012 bei 32 Prozent (Hillienhof, 2014).

Das Beispiel ADHS zeigt, dass durch die Einführung strengerer Anforderungen an die Verordnung von Psychopharmaka und das Implementieren von Angeboten der leitlinienorientierten, qualitätsgesicherten Versorgung die Verschreibungsrate von Psychopharmaka bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen gesenkt werden kann. Die BPTK empfiehlt daher dem Gesetzgeber zu prüfen, ob er den G-BA beauftragen sollte, strengere Vorgaben nicht nur für die Verordnung von Psychostimulanzien bei ADHS, sondern auch für die Verordnung weiterer Substanzgruppen, wie z. B. Antidepressiva bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter, zu machen.

6 Selbstbestimmung und Partizipation in der Balance von Elternrechten und Kinderrecht

6.1 Familiengerichtliche Genehmigung von Zwangsbehandlungen bei Minderjährigen

Durch die Erweiterung des § 1631b BGB um einen Absatz 2 wurde 2017 ein familiengerichtliches Genehmigungserfordernis für freiheitsentziehende Maßnahmen eingeführt. Dies ist der Fall, wenn einem Minderjährigen durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig in nicht altersgerechter Weise die Freiheit entzogen werden soll.⁷ Bis dahin war eine richterliche Genehmigung lediglich für die freiheitsentziehende Unterbringung in einer Klinik oder einem Heim notwendig. Über andere freiheitsentziehende Maßnahmen wie Festhalten, Fixierung, Isolierung, Videoüberwachung und Sedierung konnten die Sorgeberechtigten entscheiden. Die Ergänzung im § 1631b BGB ist ein wichtiger Schritt hin zu einem angemessenen Schutz Minderjähriger. Experten⁸ und Politik⁹ hatten jedoch darüber hinaus gefordert, dass im Rahmen dieser Gesetzesänderung darüber hinaus geregelt werden sollte, dass auch Zwangsbehandlungen wie Zwangsmedikation, Zwangsernährung, Diagnostik unter Zwang und Körperhygiene unter Zwang bei Minderjährigen einer Genehmigung durch das Famili-

⁷ https://www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/DE/Genehmigungsvorbehalt_freiheitsentziehende_Massnahmen_Kindern.html

⁸ https://www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/Stellungnahmen/2016/Downloads/10062016_Stellungnahme_DGKJP_BAGKJPP_BKJPP_RefE_Genehmigungsvorbehalt_freiheitsentziehende_Massnahmen_Kindern.html?nn=6712350

⁹ BT-Drucksache 18/11741 18 vom 29.03.2017.

engericht bedürfen, da diese einen besonders drastischen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Betroffenen darstellen und von diesem als überaus belastend erlebt werden können.

Diese begründete Forderung hat die Bundesregierung jedoch nicht aufgegriffen, obwohl sie selbst „Prüfbedarf für Regelungen zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen bei untergebrachten Kindern und Jugendlichen“ sieht. Hier sei jedoch „eine vertiefte Diskussion und Prüfung“ vonnöten.¹⁰ Seit dieser Einschätzung sind fast drei Jahre vergangen. Es wird daher gefordert, dass die Bundesregierung zeitnah einen Gesetzentwurf vorlegt, nachdem auch ärztliche Zwangsbehandlungen bei Minderjährigen unter familiengerichtlichen Genehmigungsvorbehalt gestellt werden.

6.2 Mehr Personal, um Zwangsmaßnahmen zu verhindern

Insgesamt sollten freiheitsentziehende Maßnahmen und Zwangsmaßnahmen, inklusive Zwangsbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen, auf ein absolutes Minimum reduziert werden. In vielen Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugend- sowie der Behindertenhilfe fehlt es jedoch an Zeit und an Personal, um dieses Ziel konsequent umzusetzen. Daher muss sichergestellt werden, dass der therapeutische, pflegerische und pädagogische Aufwand und der für eine weitgehend zwangsfreie Betreuung und Behandlung notwendige Personalmix in allen Behandlungs- und Betreuungsbereichen und -settings sichergestellt werden.

Darüber hinaus ist es auch notwendig, dass das an Zwangsmaßnahmen beteiligte Personal professionell geschult wird, v. a. zu Maßnahmen zur Verhinderung von Zwang (z. B. „Deeskalationstrainings“) und zu den Rechten der Betroffenen, und in den Institutionen Möglichkeiten zur kollegialen Beratung vorgehalten werden.

6.3 Beschwerdemanagement verbessern

In allen Einrichtungen, in denen freiheitsentziehende Maßnahmen und Zwangsmaßnahmen grundsätzlich eingesetzt werden können (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie Einrichtungen der Behindertenhilfe) sollte ein gesetzlich verankertes Beschwerdemanagement etabliert werden. Dadurch sollen Kinder und Jugendliche die Möglichkeit erhalten, sich an Vertrauenspersonen zu wenden, ohne Nachteile befürchten zu müssen. Zusätzlich sollten flächendeckend leicht zugängliche, unabhängige Beschwerdestellen (Ombudsstellen) eingerichtet werden.

¹⁰ BT-Drucksache 18/11741 18 vom 29.03.2017.

6.4 Monitoring freiheitsentziehender Maßnahmen

Um mehr Transparenz über den Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen und von Zwangsmaßnahmen in Krankenhäusern und Heimen herzustellen und Fehlentwicklungen entgegenzuwirken, sollten die Besuchskommissionen nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz bundesweit und flächendeckend in allen Einrichtungen, in denen freiheitsentziehende Maßnahmen und Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden dürfen, ausgebaut werden (Psychiatrische Kliniken, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Einrichtungen der Behindertenhilfe). Ihre Zuständigkeit sollte sich nicht auf jene Zwangsmaßnahmen beschränken, die nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen durchgeführt werden, sondern alle Zwangsmaßnahmen unabhängig von der jeweiligen Rechtsgrundlage und der jeweiligen Institution umfassen. Zusätzlich sollte ein dauerhaftes und bundesweites Monitoring über Anzahl, Dauer und Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsmaßnahmen, inklusive Zwangsbehandlungen, getrennt nach Maßnahmenform, Altersgruppen und Institution eingerichtet werden.

7 Prävention seelischer Störungen

7.1 Ausbau alters- und geschlechtsspezifischer Präventionsmaßnahmen in den Lebenswelten

Rund drei Viertel der psychischen Erkrankungen entsteht bis zum 18. Lebensjahr (Kim-Coen et al., 2003). Die Prävention psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter hat also einen hohen Stellenwert. Gleichzeitig zeigt sich, dass die Häufigkeit und Art der psychischen Erkrankungen stark vom Alter und dem Geschlecht der Heranwachsenden abhängt. Jungen leiden bis zur frühen Jugend häufiger unter psychischen Erkrankungen als Mädchen. Entwicklungsstörungen sowie Verhaltens- und emotionale Störungen stehen bei ihnen im Vor- und Grundschulalter im Vordergrund. Ab einem Alter von 15 Jahren leiden dann Mädchen häufiger unter psychischen Erkrankungen als Jungen. Bei ihnen stehen dann v. a. depressive Störungen und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen im Vordergrund (DAK, 2019; Steffens et al., 2019). Dies unterstreicht die Relevanz der Entwicklung von alters- und geschlechtsabhängigen Präventionsangeboten. Dies sollte bei der Entwicklung und Implementierung von Präventionsprogrammen – auch bei Präventionsangeboten der Krankenkassen nach § 20 SGB V – berücksichtigt werden.

7.2 Mental Health Literacy stärken (psychische Gesundheitskompetenz)

Ein wesentlicher Faktor der Prävention psychischer Erkrankungen ist die Mental Health Literacy (MHL) von Eltern, Kindern und Pädagog*innen. MHL umfasst vor allem Wissen und

Einstellungen in Bezug auf psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie die Fähigkeit, geeignete Unterstützungsmöglichkeiten und professionelle Anlaufstellen identifizieren zu können. Programme, die die MHL stärken, erzielten eine erhöhte und frühere Überweisungsrate, eine Reduktion der Dauer der unbehandelten Erkrankung, ein besseres Erkennen der psychischen Erkrankung und eine bessere Akzeptanz von Hilfsmöglichkeiten (Karow et al., 2013). Präventionsangebote in den Lebenswelten nach § 20 SGB V sollten daher auch Programme zur Stärkung der MHL für Eltern (bspw. Merkblätter/Filme für Eltern, wie sie die seelische Entwicklung ihres Kindes fördern können; www.seelisch-gesund-aufwachsen.de), Schüler (bspw. „Verrückt – na und?!, www.irrsinnig-menschlich.de) und Pädagog*innen (bspw. Go-to-Educator-Training, <http://teenmental-health.org/>) v. a. in den Lebenswelten Kita und Schule umfassen.

7.3 Psychische Auffälligkeiten in U-Untersuchungen stärker berücksichtigen

Nach § 26 SGB V haben Heranwachsende bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen. Dieser Anspruch ist in der Kinder-Richtlinie und in der Richtlinie zur Jugendgesundheit des G-BA umgesetzt¹¹. Die Richtlinien umfassen Früherkennungsuntersuchungen bis zum 6. Lebensjahr (U1 bis U9) sowie eine weitere Untersuchung, wenn die Jugendlichen zwischen 12 und 14 Jahre alt sind (J1). Experten haben immer wieder darauf hingewiesen, dass diese Untersuchungen nicht ausreichen und vor allem die Lücke zwischen dem 6. und dem 12. Lebensjahr dringend geschlossen werden sollte. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte hat hierfür zwei weitere Vorsorgeuntersuchungen – U10 und U11 – vorgeschlagen (Hartmann, 2018). Schwerpunkte der beiden Untersuchungen sind u. a. das Erkennen und die Behandlungseinleitung von umschriebenen Entwicklungsstörungen (z. B. Lese-Rechtschreib-Rechenstörungen), Verhaltensstörungen (z. B. ADHS), emotionale Störungen (z. B. Ängste) sowie erste Zeichen einer Suchtentwicklung. Bisher hat der G-BA diese Empfehlungen aufgrund der Blockadehaltung des GKV-Spitzenverbandes nicht umgesetzt. Viele Krankenkassen haben jedoch die Wichtigkeit erkannt und übernehmen die Kosten für diese Untersuchungen. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Verträge mit der TK und der Knappschaft über die Durchführung der Untersuchungen U10, U11 und J2 abgeschlossen.¹²

Die Durchführung der U10 und U11, bei denen Verhaltens- und emotionale Auffälligkeiten explizit im Fokus stehen, wird auch als Ursache für den Rückgang psychischer Auffälligkeiten in der KiGGS-BELLA-Studie für Jungen ab dem 9. Lebensjahr, das heißt ungefähr in dem

¹¹ <https://www.g-ba.de/richtlinien/15/>, <https://www.g-ba.de/richtlinien/14/>

¹² <https://www.kbv.de/html/97.php>

Alter, ab dem sich potenzielle Maßnahmen aus den zusätzlich eingeführten Vorsorgeuntersuchungen U10/U11 auswirken könnten, diskutiert (Klipker et al., 2018).

Auch die Einführung einer weiteren Untersuchung (J2) im Alter von 16/17 Jahren wird u. a. auch vor dem Hintergrund der Prävention psychischer Erkrankungen für sinnvoll erachtet, da Auswertungen im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland zeigen, dass das Ersterkrankungsalter für Depressionen sinkt und in keiner Altersgruppe Depressionen in Deutschland so weit verbreitet sind wie unter den 18- bis 29-Jährigen.¹³ Anzeichen hierfür frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig Unterstützung anzubieten, kann ein wichtiges Ziel der J2-Untersuchung sein. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, dass der Gesetzgeber den G-BA beauftragen sollte, die Richtlinien zur Kinder- und Jugendgesundheit zu überarbeiten und die U10-, U11- und J2-Untersuchungen in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen.

7.4 Präventionsempfehlungen für Kinder und Jugendliche auch durch Psychotherapeut*innen

Kinder und Jugendliche haben „Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. [...]. Diese Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, [...]“ (§ 26 Absatz 1 SGB V). Aktuell kann diese Empfehlung nur in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt werden. Seit der Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde ist es Aufgabe von Psychotherapeut*innen, im Rahmen der Sprechstunde u. a. abzuklären, ob eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung vorliegt. Falls keine krankheitswertige Störung vorliegt, soll die Patient*in über andere Hilfemöglichkeiten, u. a. auch über Präventionsmaßnahmen, informiert werden. Vor diesem Hintergrund sollte die Einengung auf „ärztliche Bescheinigungen“ (§ 26 Absatz 1 Satz 4 SGB V) aufgehoben und auch psychotherapeutische Bescheinigungen über Präventionsempfehlungen einbezogen werden. Damit könnte Kindern und Jugendlichen, deren Auffälligkeit sich in der psychotherapeutischen Abklärung als noch nicht krankheitswertig erweist, mit einer entsprechenden Präventionsempfehlung gezielt weitergeholfen werden.

¹³ <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/gesundheitsreport-degs-jugendliche-leiden-haeufiger-unter-depressionen-a-838843.html>

8 Literatur

- Akmatov M K, Hering R, Steffen A, Holstiege J, Bätzing J (2019). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung in Deutschland: Teil 4 – Trends in der medikamentösen Versorgung im Zeitraum 2009 bis 2016. Abrufbar unter: www.versorgungsatlas.de.
- Bachmann C (2015). Verschreibungen von Psychopharmaka für Kinder und Jugendliche in Deutschland: eine Analyse von Verordnungspraxis und -trends anhand ausgewählter Erkrankungen und Substanzgruppen. Abrufbar unter: <https://elib.suub.uni-bremen.de>.
- Cipriani A et al. (2016). Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *The Lancet*, 288 – 10047, 881-890.
- DAK (2019). Kinder- und Jugendreport 2019. Abrufbar unter: www.dak.de.
- Ebert et al. (2015). Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Youth: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Outcome Trials. *PLoS ONE*, 10(3): e0119895.
- Fegert et al. (2015). Sachbericht zum Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Abrufbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de.
- Hartmann W, Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte e.V. (2008). Kinderschutz – Wo stehen die Kinder- und Jugendärzte? Abrufbar unter: www.bvjkj.de.
- Hillienhof A (2014). ADHS: Weniger Ritalin im AOK-Versorgungsprogramm. Abrufbar unter: www.aerzteblatt.de.
- Karow A et al. (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 2: Krankheitslast, Defizite des deutschen Versorgungssystems, Effektivität und Effizienz von „Early Intervention Services“. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 81, 628–638.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt T E, Harrington H, Milne B J & Poulton R (2003). Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709-17.
- Klipker K, Baumarten F, Göbel K, Lampert T & Hölling H (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGs Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (3), 37-45.
- Seiffge-Krenke I (2015). „Emerging Adulthood“: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63, 165-173.
- Steffen A, Akmatov M K, Holstiege J, Bötzing J (2019). Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Abrufbar unter: www.versorgungsatlas.de.
- Storebø O J et al. (2018). Methylphenidat für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen – Bewertung der schädlichen Wirkungen. Abrufbar unter: www.cochrane.org.
- Sundmacher et al (2018). Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Abrufbar unter: www.g-ba.de.
- SVR Gesundheit (2009). Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“. Abrufbar unter: www.svr-gesundheit.de.