

Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg

Rüdiger Nübling¹, Michael Reisch^{2,3} & Trudi Raymann^{3,4}

1 Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

2 Erziehungs- und Familienberatungsstelle des Landkreises Emmendingen

3 Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

4 Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Stuttgart

Zusammenfassung: Der Grad der psychotherapeutischen Versorgung von psychisch kranken oder beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen wird nicht nur in Baden-Württemberg kontrovers diskutiert. Während epidemiologische Studien und Eltern, die einen Therapieplatz für ihr Kind suchen, einen offensichtlichen Mangel an verfügbaren Therapieplätzen beklagen, sieht bspw. die Bundesregierung aktuell keine Anhaltspunkte für größere Versorgungsengpässe im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Deutscher Bundestag, 2006).

Am Beispiel der Versorgungssituation in Baden-Württemberg, einem vergleichbar gut versorgten Bundesgebiet, wird eine Modellrechnung zur Abschätzung des tatsächlichen Versorgungsgrades versucht. Hierbei werden vorhandene epidemiologische Daten mit der aktuellen Versorgungssituation in Beziehung gesetzt. Hiernach gibt es deutliche Hinweise auf eine bestehende Unterversorgung. Bezieht man sich auf die epidemiologische Datenlage (1-Jahres-Prävalenz zwischen 7 und 20%), so kann davon ausgegangen werden, dass derzeit – je nach Berechnungsgrundlage – zwischen 4 und 35% der betroffenen Kinder und Jugendlichen versorgt werden können.

Für eine belastbarere Modellrechnung allerdings fehlen sektorübergreifende Studien über die vorhandenen Versorgungskapazitäten im Sinne einer fundierten und substantiellen Versorgungsforschung. Die vorliegende Arbeit soll erste Hinweise auf die Situation in Baden-Württemberg liefern und ein epidemiologiebasiertes Modell zur Versorgungsgradabschätzung vorstellen. Die Notwendigkeit einer Bedarfsplanung, die ihren Namen verdient und sich am empirisch ermittelten Bedarf orientiert, wird hervorgehoben.

1. Einleitung

Der Grad der psychotherapeutischen Versorgung von psychisch kranken oder beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen wird nicht nur in Baden-Württemberg kontrovers diskutiert. Während epidemiologische Studien und Eltern, die einen Therapieplatz für ihr Kind suchen, einen offensichtlichen Mangel an verfügbaren Thera-

pieplätzen beklagen, sieht bspw. die Bundesregierung aktuell keine Anhaltspunkte für größere Versorgungsengpässe im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Deutscher Bundestag, 2006).

Die regionale psychotherapeutische Versorgungsdichte hat sich in den Bundesländern und Planungsbereichen unterschied-

lich entwickelt, wobei die 1999 eingeführte Bedarfsplanung für die Fachgruppe Psychotherapeuten¹ auf der Grundlage der am Stichtag zugelassenen Mitglieder dieser Gruppe erfolgte. Die Gleichsetzung des Versorgungsbedarfs mit dem Ist-Zustand der Behandlerzahlen ohne Bezug zur tatsächlichen Verbreitung behandlungsbedürftiger psychischer Störungen führte insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zu einer Festschreibung des Mangels, da in den meisten Planungsbereichen Zulassungssperren erfolgt sind und bei der Bedarfsplanung nicht zwischen der Psychotherapie von Erwachsenen und von Kindern und Jugendlichen differenziert wird.

Die aktuelle Gesundheitsberichterstattung zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland (Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, im Druck) zeigt, dass Baden-Württemberg bzgl. ambulanter Psychotherapie im Ländervergleich gut abschneidet. Mit 26,4 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf 100.000 Einwohner kann von der relativ besten Versorgung eines Flächenlandes ausgegangen werden, nur die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen weisen eine noch höhere Versorgungsdichte auf. Zum Vergleich: in Bun-

¹ Für die Bedarfsplanung bilden die ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte sowie die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Fachgruppe.

desländern wie Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg liegt die Quote unter 5,0. Ein umgekehrtes Verhältnis besteht bezüglich der Bettenmessziffer für kinder- und jugendpsychiatrische/psychotherapeutische Kliniken (Betten pro 10.000 Einwohner bis 18 Jahre), bei der Baden-Württemberg neben Bayern, Rheinland-Pfalz und dem Saarland mit 2,0 die niedrigsten Werte aufweist (Verhältnis von ca. 1:3 gegenüber den höher versorgten Bundesländern wie z. B. Sachsen mit 6,6). Ein ebenfalls umgekehrtes Verhältnis besteht bzgl. des Beratungsstellennetzes. Auch hier zählt Baden-Württemberg mit Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen mit einer Dichte von etwa 13 Beratungsstellen auf 100.000 Einwohner² zu den am schlechtesten versorgten Bundesländern (zum Vergleich: Mecklenburg-Vorpommern 23,4, Thüringen 20,4 und Brandenburg 20,3; Koch, 2005).

Die Unterversorgung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat in den Landespsychotherapeutenkammern eine Reihe von Aktivitäten ausgelöst. Es wurden Studien erstellt, so beispielsweise in Hamburg (Albota, 2004), Hessen (Psychotherapeutenkammer Hessen, 2006) und Baden-Württemberg (Reisch et al., 2005; Seeger et al., 2005), um exaktere Daten über die psychotherapeutische Versorgung und ihre regionale Verteilung zu gewinnen. In anderen Landeskammern sind Studien in Vorbereitung, so z.B. in Bayern (Bayrische Psychotherapeutenkammer, 2005). Parallel zu diesen Aktivitäten finden auf Landes- wie auf Bundesebene viele Gespräche mit Politikern, Krankenkassenvertretern und anderen Entscheidungsträgern statt, in denen es auch um Maßnahmen zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung geht. Auch die Bundespsychotherapeutenkammer ist intensiv mit diesem Thema befasst. In einem Positionspapier zur „Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher“ (BPtK, 2005) werden Sonderbedarfszulassungen, Job-Sharing-Modelle, Teilzulassungen, eine getrennte Bedarfsplanung und Mindestquoten von KJP-Leistungen in Hinblick auf ihre Auswirkung für eine Verbesserung der Versorgung erörtert. Da die Einführung einer eigenen Bedarfsplanung für

Kinder und Jugendliche den größten Effekt auf die Versorgung hätte, spricht sich die Bundeskammer für diese Option aus.

Die Realisierung der BPtK-Vorschläge hätte bundesweit eine Zulassung von ca. 900 zusätzlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Folge, was einer Zunahme von 36% entsprechen würde. Für Baden-Württemberg würde sich auf dieser Berechnungsgrundlage eine Zunahme von 7,5% zugelassenen Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten ergeben, gegenüber anderen Ländern, in denen die Quote mehrere hundert Prozent betragen würde (Brandenburg: 159%, Sachsen: 218%, Mecklenburg-Vorpommern: 230%, Thüringen: 353% oder Sachsen-Anhalt: 3750%), eine vergleichsweise geringe Steigerung.

Bei der Einführung der Bedarfsplanung fand eine auf epidemiologischen Daten basierende Bedarfsschätzung auch wegen der seinerzeit unzureichenden Datenlage nicht statt. Obwohl diese sich inzwischen deutlich verbessert hat, gibt es nach wie vor noch zu wenig auf die konkrete bundesdeutsche Versorgungssituation bezogene und/oder aus spezifischen und methodisch anspruchsvollen epidemiologischen Studien stammende Daten. Auch das so genannte Bedarfsplanungsprojekt (Löcherbach et al., 2000), das mit die aktuellsten Daten zur bundesdeutschen psychotherapeutischen Versorgung liefert, konnte kein alternatives Modell der Bedarfsermittlung vorlegen, das epidemiologische Untersuchungen einbezieht. Eine deutliche Verbesserung der Datenlage wird mit der Vorlage der Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys erwartet, mit denen ab 2007 zu rechnen ist.

Am Beispiel der Versorgungssituation in Baden-Württemberg, einem wie oben skizziert vergleichbar gut versorgten Bundesgebiet, soll im Folgenden eine Modellrechnung zur Abschätzung des tatsächlichen Versorgungsgrades versucht werden. Hierbei werden vorhandene epidemiologische Daten mit der aktuellen Versorgungssituation in Beziehung gesetzt, ein Vorgehen, wie es bereits mit dem Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz Anfang der 1990er Jahre vor-

geschlagen wurde (Meyer, Richter, Grawe, Schulenburg & Schulte, 1991, vgl. auch Vogel, 1996). Die Autoren wollen damit eine Diskussion anregen, in ähnlicher Form vorhandene Daten der bundesweiten Versorgung zu einer Modellrechnung und möglichst auch zur Bedarfsplanung heranzuziehen. Vorweggenommen werden soll an dieser Stelle einschränkend, dass die derzeitige Datenlage noch nicht ausreichend ist für eine abschließende Einschätzung des Versorgungsgrades. Es fehlen, wie auch im BPtK-Positionspapier hervorgehoben, sektorübergreifende Studien über die vorhandenen Versorgungskapazitäten (BPtK, 2005), was auch auf die Notwendigkeit einer fundierten und substantiellen Versorgungsforschung (Schulz et al., 2006) hinweist. Die vorliegende Arbeit soll erste Hinweise auf die Situation in Baden-Württemberg liefern und ein epidemiologiebasiertes Modell zur Versorgungsgradabschätzung vorstellen.

2. Fragestellung und Methodik

Ziel der Arbeit ist die Abschätzung des Bedarfs an psychotherapeutischen und psychosozialen Unterstützungen, der derzeitigen Behandlungskapazität und des Versorgungsgrads psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden Württemberg.

Zur Abschätzung des Bedarfs legt die folgende Analyse die bislang vorliegenden epidemiologischen Daten zu Grunde. In einem ersten Schritt wird aus der Epidemiologie der aktuelle Behandlungsbedarf abgeleitet.

In einem zweiten Schritt wird analysiert, in welchem Umfang eine psychotherapeutische bzw. psychosoziale Versorgung in Baden-Württemberg besteht. Dabei wird unterschieden zwischen dem ambulanten und teil-/vollstationären Versorgungssektor sowie zwischen Psychotherapie im enge-

2 Neben Erziehungs- und Familienberatungsstellen sind hierin auch Beratungsstellen enthalten, deren Angebot sich ausschließlich auf Erwachsene bezieht, z. B. AIDS- oder Sexualberatungsstellen.

ren Sinne und einer psychosozialen Versorgung, die auch erweiterte Leistungen z.B. der Jugendhilfe mit einbezieht. Dabei wird unter Rückgriff auf derzeit verfügbare Daten in einer Modellrechnung versucht, die Versorgungskapazität sowie – in Relation zu den Bedarfszahlen – den Versorgungsgrad zu ermitteln.

3. Behandlungsbedarf

Die vorliegenden epidemiologischen Studien gehen bei Kindern und Jugendlichen von einer Jahresprävalenz zwischen 7 und 20% aus. In der Übersichtsarbeit von Ihle und Esser (2002) wurden insgesamt 19 internationale und nationale Studien zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters untersucht. Der Median der Prävalenzraten der wichtigsten Studien betrug 18%, wobei sie bei ca. $\frac{3}{4}$ der Studien zwischen 15 und 22% lagen. Als häufigste Störungen zeigten sich Angststörungen mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 10%, gefolgt von dissozialen Störungen mit 8%. Es ergaben sich darüber hinaus konsistent hohe Persistenzraten der Störungen von ungefähr 50% über einen Zeitraum von 2–5 Jahren. Zu ähnlichen Ergebnissen (Jahresprävalenz ca. 20%) kommt Petermann (2005) in seiner Bestandaufnahme zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Mehrere nationale epidemiologische Untersuchungen (z.B. Döpfner et al. 1998, Ihle et al. 2000, Barkmann & Schulte-Markwort et al. 2004) sowie auch der Jugendgesundheitsurvey der WHO (Hurrelmann et al., 2003, Ravens-Sieberer et al., 2003) zur Erfassung gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen junger Menschen bestätigen diese Trends.

Genauere und repräsentative Daten zur psychischen Gesundheit verspricht man sich vom derzeit laufenden bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (vgl. Kurth et al., 2002), dessen Ziel es ist, für Deutschland verallgemeinerungsfähige und umsetzungsrelevante Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung zu stellen. Bis Ende 2006 sollen insgesamt 18.000 repräsentativ ausgewählte Kinder und Ju-

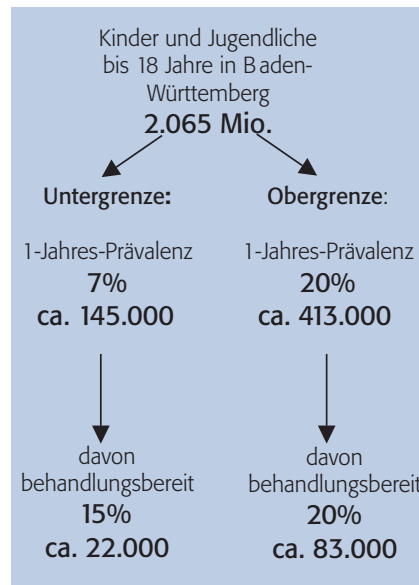


Abb. 1: Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen für Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg in Abhängigkeit von Prävalenz und Behandlungsbereitschaft

gendliche an über 150 Orten zur körperlichen und psychischen Gesundheit untersucht und befragt werden.

Als Basis für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs werden die Daten des Statistischen Landesamts herangezogen. Danach leben derzeit insgesamt etwa 2.065 Mio. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren in Baden-Württemberg (Stichtag 31.12.2004). Geht man von einer Jahresprävalenz psychischer Störungen und Beeinträchtigungen von mindestens ca. 7 bis maximal ca. 20% aus, so können landesweit zwischen 145.000 und 413.000 Kinder und Jugendliche als behandlungsbedürftig bezeichnet werden. Legt man den Bedarfsberechnungen eine aktuelle Inanspruchnahme-Rate von ca. 15–20% zu Grunde (nur etwa 15–20% der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen erhalten oder wollen einen Behandlungsplatz; Petermann, 2005), so ergeben sich jährlich zwischen 22.000 und 83.000 Behandlungsfälle (vgl. Abb. 1). Diese Zahlen stellen jeweils eine Untergrenze des Bedarfs dar. Wegen des hohen Chronifizierungsrisikos und der wahrscheinlichen und hohen Folgekosten bei einer eingetretenen Chronifizierung müssten allein schon aus gesundheitsökonomischen Gründen mehr Kinder zu einer

psychotherapeutischen Behandlung motiviert werden, ganz abgesehen von dem oft erheblichen Leidensdruck. Bereits unter der Annahme, dass nur weitere 15–20% der Behandlungsbedürftigen, bei Kindern und Jugendlichen auch deren Eltern, motiviert werden könnten, was einer (noch immer zu niedrigen) Inanspruchnahme-Rate von 30–40% entsprechen würde, verdoppelt sich die Zahl der jährlichen Behandlungsfälle auf 44.000 – 166.000.

4. Aktuelle Versorgungssituation

Für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher stehen neben den niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Reihe weiterer Vertragsärzte und -psychotherapeuten zur Verfügung. Daneben gibt es ein Netz psychosozialer Versorgungsangebote aus dem Bereich der Beratungsstellen und der Kinder- und Jugendhilfe. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Anzahl der in der ambulanten psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen tätigen Professionen sowie über die Anzahl der Behandlungsplätze in der teilstationären und stationären Versorgung.

Je nach Informationsquelle schwanken die Versorgerzahlen z.T. beträchtlich. In der von uns zugrunde gelegten Mitgliederdatenbank der Landespsychotherapeutenkammer sind aktuell 367 niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten belegt. Daneben gibt es 252 KV-zugelassene Psychologische Psychotherapeuten, die auch über eine Zulassung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verfügen. Des Weiteren sind im Arztregister Baden-Württemberg zwei zugelassene Ärzte mit Ausbildung als Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, 71 Kinder- und Jugendpsychiater und 23 Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie dokumentiert. An den von den Kommunen, Kirchen oder freien Wohlfahrtsverbänden getragenen Erziehungs- und Familienberatungsstellen stehen bei derzeit 430 Vollzeitstellen etwa 600 Fachkräfte mit unterschiedlichen Berufsausbildungsabschlüssen

Tab. 1: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg, Anzahl Therapeuten und Einrichtungen der ambulanten, teil- und vollstationären Versorgung; aktueller Stand 2006

Versorgungsbereiche	Anzahl
Ambulante Versorgung: Therapeuten	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Kassenzulassung als KJP)	367 ¹
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, gleichzeitig auch Erwachsenenpsychotherapeuten (Kassenzulassung als KJP und PP)	252 ¹
Ärzte mit Ausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	2 ²
Kinder- und Jugendpsychiater	71 ²
Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie	23
Fachkräfte an Psychologischen Beratungsstellen	430 ³
davon mit Approbation als PP/KJP	107 ³
Teil- und vollstationäre Versorgung: Behandlungsplätze	
Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär (Univ.-Kliniken, Krankenhäuser, andere)	470 ⁴
Kinder- und Jugendpsychiatrie teilstationär	56
Kinder- und Jugendlichenrehabilitation mit Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen“	102 ⁵
Jugendhilfe vollstationär	6373 ⁶
Jugendhilfe teilstationär	3228 ⁶

¹ Daten der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Stand Januar 2006; ² Auszählung Arztregister der KV Baden-Württemberg; ³ Ergebnisse der Erhebung der Landesarbeitsgemeinschaft Erziehungsberatung (LAG) Baden-Württemberg, 2005; ⁴ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2005; ⁵ Hochrechnung auf der Grundlage von ca. 900 Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern mit der Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen“ und einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 42 Tagen (DRV Bund, 2005; s.u.); ⁶ Angaben des Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg KVJS, Stand 31.12.2003

(durchschnittlich 75%-Stellenbesetzung) zur Verfügung, davon 25 % als KJP oder PP mit einer Doppelapprobation als KJP (Reuser & Chudziak, 2005).

Im vollstationären Bereich stehen in Baden-Württemberg insgesamt 470³ Betten, meist für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung. Darüber hinaus kann von 56 teilstationären Plätzen⁴ ausgegangen werden (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2005a). Der Anteil psychotherapeutisch relevanter Kinder- und Jugendlichenrehabilitation kann nach derzeitiger Datenlage nicht abschließend eingeschätzt werden. Er spielt hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung eine deutlich untergeordnete Rolle. Primär psychosomatische oder psychotherapeutische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen besteht bundesweit erst in Ansätzen. Für Baden-Württemberg kann hochgerechnet von

etwa 100 Behandlungsplätzen ausgegangen werden. Im Bereich der hier zur erweiterten psychosozialen Versorgung ebenfalls einbezogenen Jugendhilfe stehen derzeit ca. 9.500 (3.200 teilstationäre, 6.400 vollstationäre) Plätze zur Verfügung (KVJS, 2003; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2005b).

5. Versorgungskapazität – Modellrechnung

5.1 Grundannahmen der Modellrechnung

Die folgende Modellrechnung unterscheidet eine Versorgungskapazität für Psychotherapie im engeren Sinne (PT) sowie für eine psychosoziale Versorgung (PSV), die neben den psychotherapeutischen Versorgungsangeboten auch Leistungen der Jugendhilfe mit einbezieht.

Die kontroverse Diskussion zur Abgrenzung von Beratung und Psychotherapie kann nicht abschließend geklärt werden. Unbestritten ist jedoch, dass Mitarbeiter an Psychologischen Beratungsstellen und Erziehungsberatungsstellen mit einer Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder als Psychologische Psychotherapeuten ihre therapeutische Kompetenz in ihre Arbeit einbringen und zu einer guten Versorgung von Kindern und Jugendlichen beitragen, von denen ein Teil auch psychische Störungen hat. Obwohl an den Beratungsstellen nach der diagnostischen Abklärung einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung bzw. Störung (ICD-10) nach Möglichkeit eine Weiterverweisung an einen niedergelassenen Psychotherapeuten erfolgen sollte, ist diese nicht immer realisierbar. Zum einen stehen insbesondere in ländlichen Einzugsgebieten häufig nicht genügend freie Therapieplätze zur Verfügung, zum anderen gibt es eine nicht unerhebliche Zahl von Eltern, die nicht für die Inanspruchnahme einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und den damit verbundenen Rahmenbedingungen für ihr Kind zu motivieren sind. Die Inanspruchnahme von Beratung mit ihrem niederschweligen Zugang, der Möglichkeit eines relativ flexiblen Settings und einer oft zeitnahen Terminvergabe ist für viele ratsuchende Eltern attraktiv. Pädagogische und therapeutische Unterstützung gehört zum Spektrum der Beratungsarbeit. Es muss davon ausgegangen werden, dass auch in diesem Sektor ein bedeutsamer Beitrag zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen geleistet wird.

Zur Abschätzung des Versorgungsgrades werden in einem weiteren Schritt beide Versorgungsbereiche der Untergrenze des epidemiologisch ermittelten Bedarfs (7%

³ durchschnittliche Aufenthaltsdauer: ca. 42 Tage

⁴ Die teilstationären Betten sind in den Statistiken nicht gesondert ausgewiesen, sie können aus den absoluten Pflgetagen (20.570) und der Anzahl durchgeführter Behandlungen (794) über die mittlere Verweildauer berechnet werden (Mittlere Verweildauer: 25,9 Tage=3,7 Wochen pro Fall → 14,1 Fälle pro Jahr und Platz → 56 Plätze).

bzw. 145.000 behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche) sowie der Obergrenze (20% bzw. 413.000 behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche) gegenübergestellt. Tab. 2 gibt zunächst einen Überblick darüber, welche Versorgungsbereiche (vgl. Tab. 1) in welchem (prozentualen) Umfang in diese Modellrechnungen eingegangen sind.

Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, wird die psychotherapeutische Versorgung durch die KJP und Ärzte mit KJP-Ausbildung mit jeweils 100% angesetzt. Dies bedeutet, dass die unten hinzugezogenen empirischen Versorgungszahlen in vollem Umfang in die Abschätzung der psychotherapeutischen Versorgungskapazität eingehen. Der gleiche Anteil wird für den teil-/vollstationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation angesetzt. Für Psychotherapeuten mit einer Doppelapprobation wird ein Umfang von 30% ihrer Psychotherapiekapazität für Kinder und Jugendliche angesetzt. Hierbei wird auf Daten von Zepf et al. (2001) zurückgegriffen, nach denen Doppelapprobierte 8,3 von 28 Wochenstunden (=30%) für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen aufwenden. Bei den Fachkräften an Psychologischen Beratungsstellen bzw. an Erziehungsberatungsstellen wird ein Anteil von 15% an psychotherapeutischer Beratung mit Kindern und Jugendlichen angenommen, wobei hier nur die als KJP und/oder PP approbierten Kräfte einbezogen werden. Für Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie wurden aufgrund der vielen anderen Leistungen durchschnitt-

Tab. 2: Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher; prozentualer Anteil der Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsbereichs in den Modellrechnungen zur Abschätzung der Versorgungskapazität

Versorgungsbereiche	in %	PT ¹	PSV ²	Gesamt ³
Ambulante Versorgung: Psychotherapeuten				
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Kassenzulassung als KJP)		100	--	100
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, gleichzeitig auch Erwachsenenpsychotherapeuten (Kassenzulassung als KJP und PP)		30	--	30
Ärzte mit Ausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten		100	--	100
Kinder- und Jugendpsychiater		10	100	100
Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie		10	20	30
Fachkräfte an Psychologischen Beratungsstellen (PP, KJP und andere)		15	30	45
Teil- und Vollstationäre Versorgung: Behandlungsplätze				
Kinder- und Jugendpsychiatrie (Univ.-Kliniken, Krankenhäuser, andere)		100	--	100
Kinder- und Jugendlichenrehabilitation mit Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen“		100	--	100
Jugendhilfe vollstationär		0	100	100
Jugendhilfe teilstationär		0	100	100

¹ PT: Psychotherapeutische Versorgung; ² PSV: Psychosoziale Versorgung; ³ Summe PT und PSV

lich maximal 10% der Wochenstundenkapazität für Psychotherapie angenommen. Die Leistungen der Jugendhilfe wurden bezogen auf die psychotherapeutische Versorgung ganz ausgeklammert.

In Abweichung dazu wurde in die erweiterte Modellrechnung für die psychosoziale Versorgung die Kapazität der teil- und vollstationären Jugendhilfe und die der Kinder- und Jugendpsychiater mit 100% berechnet. Die Anteile der Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie sowie der Fachkräfte der Beratungsstellen hingegen wurden verdoppelt. Die letzte Spalte bildet

ab, in welchem Ausmaß die einzelnen Versorgungsbereiche in die Gesamtab-schätzung (Psychotherapie + psychosoziale Versorgung) eingegangen sind.

5.2 Behandlungskapazität Psychotherapeutische Versorgung

Neben der Struktur der Versorgung ist für die empirische Abschätzung des tatsächlichen Versorgungsgrades im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auch die mittlere Behandlungsdauer und die durchschnittliche wöchentliche Be-

MFK

Münchner FamilienKolleg

Programm-Anforderung:
Pfarrstr. 4, 80538 München
Fon: 089 – 22 29 92
Fax: 08134 – 92 365
E-mail: MFK.FamilienKolleg@t-online.de
Internet: <http://www.mfk-fortbildung.de>

Fortbildung 2007 (Auswahl)

09. – 10.03. Gerd F. Müller: Das Stärken betonende systemische Interview
19. – 21.03. Marie-Luise Conen: Aufsuchende Familientherapie
18. – 21.04. Doris Heueck-Mauß: Multiplikatorenkurs Präventives ElternTraining PET
11. – 12.05. Insoo Kim Berg: Lösungen Live
22. – 23.06. Jim Wilson: Kreative Methoden in der syst. Therapie mit Kindern und Eltern
18. – 21.10. Olaf Schulz u.a.: Multiplikatorenkurs „Erziehen mit Liebe und Grenzen“
16. – 17.11. Yvonne Dolan: Mehr als nur Wunder – der lösungsfokussierte Ansatz
Für die Seminare gibt es Fortbildungspunkte der Bay. Psychotherapeutenkammer.
Weiterbildung „Systemische Beratung und Therapie“
07.05.2007: Beginn einer neuen Gruppe (DGSF-zertifiziert)

handlungskapazität zu berücksichtigen. Zur mittleren Behandlungsdauer von Kinder- und Jugendlichentherapien liegen unterschiedliche empirische Befunde vor. So geht Koch (2005) von durchschnittlich 40 Behandlungsstunden pro Fall aus. In einer bundesweiten Befragung von über 300 – allerdings ausschließlich – analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergab sich ein Stundenmittel von fast 120 Stunden pro Fall zuzüglich etwa 25 Stunden für begleitende Elterngespräche (Hirschmüller, Hopf, Munz & Szewkies, 1997). In der Erhebung von Löcherbach et al. (2000) wurden 70 Stunden Therapiezeit pro Fall ebenfalls für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie dokumentiert. Empirische Daten zur mittleren Dauer ambulanter Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen liegen nicht vor. Für die folgende Modellrechnung werden für die **ambulante psychotherapeutische Versorgung** durch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anlehnung an Koch (2005) 40 Behandlungsstunden zu Grunde gelegt. Dies führt gegenüber den höheren Fallstundenzahlen zu einer „optimistischeren“ Schätzung der Versorgungskapazitäten im Bereich der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Bezüglich der wöchentlichen Behandlungszeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapie des Kindes und begleitende Psychotherapie von Bezugspersonen) liegen keine Daten aus der Honorarstatistik der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg vor. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayern hat als durchschnittliche wöchentliche Behandlungszeit dieser niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten 16,4 Stunden ermittelt, wobei weitere patientenbezogene Leistungen nicht einbezogen wurden (Bundespsychotherapeutenkammer, 2005). Aus anderen Kassenärztlichen Vereinigungen wird eine durchschnittliche wöchentliche Behandlungszeit von circa 18 Stunden berichtet. Dieses Ergebnis umfasst nur die Psychotherapie mit Patienten, die GKV-versichert sind, und muss um den Anteil der Psychotherapie mit privat Versicherten erhöht werden. Die wöchentliche Arbeitszeit liegt um mindestens 30% höher, da ne-

ben weiteren patientenbezogenen Leistungen Zeiten hinzukommen für Dokumentation, Vorbereitung der Therapiestunden, Antragstellung, Fortbildung, Supervision sowie unter dem Aspekt fehlender Hilfskräfte auch Verwaltungsarbeiten wie Abrechnung und Terminvergaben. Wie aus der QS-Befragung der Landespsychotherapeutenkammer aus dem Jahr 2004 hervorgeht (Seeger et al., 2005), liegt die Selbsteinschätzung der wöchentlichen Behandlungszeit von Psychotherapeuten z.T. deutlich höher bei etwa 25 Stunden. Diese Differenz kann zum einen darauf beruhen, dass in der Honorarstatistik der Kassenärztlichen Vereinigungen nur die Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung ermittelt werden, während die Niedergelassenen zusätzlich auch Psychotherapien von privat Versicherten einbeziehen. Zum anderen ist naheliegend, dass bei der Selbsteinschätzung die vereinbarten Stunden berücksichtigt werden, die vorgehalten werden, während gerade bei der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen oft kurzfristige Absagen durch Krankheit, Teilnahme an psychosozialen Aktivitäten wie Schulausflug etc. erfolgen, die zu einer niedrigeren Abrechnung führen. In der hier durchgeführten Modellrechnung werden für die KJP 20 Stunden als durchschnittliche wöchentliche Behandlungszeit angenommen. Da der Anteil, den Psychotherapeuten mit einer Doppelapprobation zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlichen beitragen, für Baden-Württemberg nicht bekannt ist, werden in der Modellrechnung die o.g. 30% (Zepf et al., 2001) eingesetzt. Nach einer 2005 von der Psychotherapeutenkammer Hessen durchgeführten Befragung ist ein deutlich niedrigerer Anteil wahrscheinlich. Nach dieser Erhebung behandeln Psychologische Psychotherapeuten, die auch eine Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut haben, eher Patienten über 18 Jahren und stehen für die Behandlung jüngerer Kinder weniger zur Verfügung. Ähnliche Daten hat kürzlich die Bayerische Psychotherapeutenkammer (2005) vorgelegt. Bzgl. der Wartezeit auf einen Therapieplatz ergab sich für Baden-Württemberg ein Durchschnitt von ca. 10 Wochen (in der o.g. QS-Befragung; Seeger et al., 2005), wobei es starke regionale Unterschiede gibt und teilweise viel längere

Wartezeiten bestehen, die in Verbindung mit oft langen Anfahrtswegen problematisch sind. Die Umfrage aus Hessen ergab eine durchschnittliche Wartezeit bei Schulkindern von 18 Wochen (Psychotherapeutenkammer Hessen, 2006).

Für die beiden Ärzte mit KJP-Ausbildung wurde – da keine empirischen Daten dazu vorliegen – die durchschnittliche Behandlungsstundenzahl der KJPs zugrunde gelegt. Für Kinder- und Jugendpsychiater und Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie konnten ebenfalls keine verlässlichen Daten zur psychotherapeutischen Behandlungskapazität ermittelt werden. Für die hier durchgeführte Modellrechnung gehen diese beiden Therapeutengruppen maximal ca. 10%, also 2,0 Stunden wöchentliche psychotherapeutische Leistungen im engeren Sinne, ein bei einer Jahresarbeitszeit von durchschnittlich 44 Wochen. Als durchschnittliche Behandlungsdauer pro Fall wurden auch hier 40 Std. angesetzt (Koch, 2005).

Tab. 3 zeigt die Modellrechnung der mit der verfügbaren Kapazität behandelbarer Fälle pro Jahr für den Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und jeweils bezogen auf die einzelnen Professionen. Hierbei wurden die in Kap. 3 berichteten Daten übernommen (vgl. Tab. 1). Bzgl. der wöchentlichen/jährlichen Behandlungszeit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden 20 Std. wöchentlich bzw. 880 Stunden jährlich zu Grunde gelegt. Bei einer durchschnittlichen Therapiedauer von 40 Stunden ergibt sich daraus eine durchschnittliche jährliche Fallzahl von 22. Bei kontinuierlicher Verfügbarkeit aller bei der LPK Baden-Württemberg gelisteten 367 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergibt sich ein jährliches Fallvolumen von etwa 8.000 behandelten Fällen. Bei Psychotherapeuten mit einer Doppelapprobation als PP und KJP ergibt sich ein Fallzahlvolumen von ca. 1.700. Für die Ärzte mit KJP-Ausbildung wurde die gleiche mittlere Fallzahl pro Jahr angenommen wie für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Hieraus ergibt sich eine weitere Kapazität von 44 Behandlungsfällen pro Jahr. Bei Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Kinderärzten mit Zusatztitel Psychotherapie

Tab. 3: Versorgungskapazität für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg – Ambulante psychotherapeutische Versorgung

Ambulante Versorgung	Anzahl Therapeuten	Ø Std/W nur PT	Ø Std/J	Ø Fälle/Jahr ¹	Fälle/Jahr Ges
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Kassenzulassung als KJP)	367	20	880	22,0	8.074
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, gleichzeitig auch Erwachsenenpsychotherapeuten (KJP/PP)	252	6,0 ²	264,4	6,6	1.663
Ärzte mit Ausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	2	20 ³	880 ⁴	22,0	44
Kinder- und Jugendpsychiater	71	2,0 ³	88 ⁴	2,2	156
Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie	23	2,0 ³	88 ⁴	2,2	50
Beratungsstellen, nur approbierte Fachkräfte (25%)	107	6,0 ⁵	264 ⁴	6,6	706
Summe					10.693

¹ Ø Stunden pro Jahr bei einer Ø-Behandlungsdauer von 40 Stunden; ² für KJP 20 Std. x 30% (vgl. Zepf et al. 2001); ³ geschätzt anhand der KJP; ⁴ bei 44 Arbeitswochen; ⁵ geschätzt 15% von 40 Wochenarbeitsstunden

wurde mit 2,0 Stunden eine deutlich niedrigere durchschnittliche Wochenstundenzahl für Psychotherapie angenommen. Dies beruht auf einer reinen Schätzung, da uns hierzu keinerlei Daten zugänglich waren. Von den 430 vollzeitigen Fachkräften an den Beratungsstellen wurde für die Berechnung der psychotherapeutischen Versorgungskapazität nur die 107 approbierten Kräfte herangezogen und dabei eine durchschnittliche Wochenstundenzeit für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern oder Jugendlichen von 6,0 angesetzt, dies entspricht ca. 15% der Arbeitskapazität. Auch hier gibt es keine verlässlichen Zahlen. Bei – ebenfalls geschätzten – 44 Arbeitswochen pro Jahr (52 – 6 Wochen Urlaub, 1 Woche krankheitsbedingte Fehlzeit, 1 Woche Fortbildung) ergeben sich so etwa 6,6 Behandlungsfälle je Therapeut bzw. pro Jahr bzw. etwa 700 Behandlungsfälle landesweit. Insgesamt summiert sich die Behandlungskapazität im Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie damit auf etwa 11.000 Fälle pro Jahr.

Im Bereich der **stationären psychotherapeutischen Versorgung** wurde für die Kinder- und Jugendpsychiatrie von einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von

6,1 Wochen ausgegangen (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2005a). Hierdurch ergibt sich eine durchschnittliche Fallzahl pro Behandlungsplatz von 8,5 bzw. eine jährliche Gesamtfallzahl von 4.006. Für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation liegen bundesweite Daten der Deutschen Rentenversicherung vor. So wurden 2004 insgesamt 6.822 Heilverfahren wegen „psychischer und Verhaltensstörungen“ durchgeführt; dies entspricht einem Anteil von ca. 18% an allen Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche (VDR, 2005). Für eine Schätzung der auf Baden-Württemberg bezogenen Daten wurde als Orientierungsgröße das Verhältnis von Landesbevölkerung (2005: 10,7 Mio.) zu Bundesbevölkerung (2005: 82,5 Mio.) zu Grunde gelegt. Auf dieser Berechnungsgrundlage ergeben sich für Baden-Württemberg 887 (13%) Rehabilitationsmaßnahmen mit psychischer Indikation. Unklar ist allerdings auch hier, welcher Anteil dieser Patienten in welchem Ausmaß psychotherapeutisch versorgt wird. Wie oben ausgeführt, wird dieser Bereich in der Modellrechnung voll in die psychotherapeutische Versorgung einbezogen. Auf dieser Berechnungsgrundlage ergibt sich für den voll- und teilstationären Versorgungs-

Weiterbildung in Gestalttherapie (Schwerpunkte:

Gestalt-orientierte Beratung und Klinische Gestaltpsychotherapie)
Neue Ausbildungsgruppen in Würzburg/Nürnberg, München, Freiburg und Zürich

Informations- und Auswahlseminare:

Würzburg/Nürnberg 22.09.06 – 24.09.06
München 15.09.06 – 17.09.06
Freiburg 15.09.06 – 17.09.06
Zürich 01.09.06 – 03.09.06

Fachtagung:

Krise, Wandel und die Kunst des Lebens – 30 Jahre IGW

Referate, Workshops, Kunst und Kultur
10. – 12. November 2006 in Würzburg
Tagungsgebühr: 240,00 €

Theaterstraße 4 • 97070 Würzburg
Fon: 0931/354450 • Fax: 0931/3544544
e-mail: info@igw-gestalttherapie.de
internet: www.igw-gestalttherapie.de

STELLENAUSSCHREIBUNG

Die BEWÄHRUNGSHILFE STUTTGART e.V.

sucht ab sofort für seine
**PSYCHOTHERAPEUTISCHE AMBULANZ
FÜR SEXUALSTRAFTÄTER**
eine/en

Psychologische/n Psychotherapeut/in/en

mit 50% Stellenanteil. Eine Ausweitung des Stellenanteil ist zukünftig möglich.

Arbeitsgebiet

- Psychotherapie und Aufarbeitung der Straftaten von Straftätern nach einem verhaltenstherapeutischen Konzept
- Ziel der Behandlung ist die Verhaltensveränderung zur Vermeidung von weiteren Straftaten und die Behandlung von psychischen Störungen.

Wir wünschen uns

- eine/n engagierte/n approbierte/n Psychotherapeut/in/en
- n. M. bereits Erfahrungen in der Behandlung von Straftätern oder mit Patienten des Maßregelvollzugs.

Wir bieten

- einen Arbeitsplatz nach einem innovativen Konzept
- fachlichen Austausch im Team, durch Supervision und wissenschaftlichen Beirat
- eine fachlich gut vernetzte Einrichtung in Stadtmitte
- Vergütung in Anlehnung an BAT, zuzüglich betriebliche Altersversorgung u.a.

Rückfragen bei Herrn Dipl.-Psych. H.-J. Pitzing, 0711-2398848.
Bewerbungen bitte ausschließlich per e-mail senden an bayer@sd-stgt.de.
Ausführlicher Ausschreibungstext unter www.sd-stgt.de.

Tab. 4: Versorgungskapazität für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg – Voll- und teilstationäre psychotherapeutische Versorgung

Voll- und teilstationäre Versorgung	Anzahl Behandlungsplätze	Ø Dauer der Beh/Wochen	Ø Fälle/Jahr/Platz	Fälle/Jahr Ges
Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär (Univ.-Kliniken, Krankenhäuser, andere)	470	6,1	8,5	4.006
Kinder- und Jugendpsychiatrie teilstationär	56	3,7	14,1	794
Kinder- und Jugendlichenrehabilitation	102	6,0	8,7	887
Summe				5.687

bereich eine Gesamtbehandlungskapazität von 5.687 Fällen pro Jahr (vgl. Tab. 4).

Unterstellt man eine Verallgemeinerbarkeit dieser Daten auf die Gesamtversorgung und nimmt alle Versorgungsbereiche zusammen, so besteht in Baden-Württemberg eine jährliche Behandlungskapazität im Bereich der Psychotherapie für ca. 16.500 Kinder und Jugendliche. Diese liegt damit deutlich unter dem o.g. genannten und auf der Grundlage epidemiologischer Daten ermittelten Mindestbedarf von ca. 23.000 (Abb. 1). Diese hier als „Mindestbedarf“ bezeichnete Grenze geht bereits davon aus, dass nur ein Teil (15%) der jährlich behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern auch behandlungsbereit ist. Bei zu Grunde legen der Epidemiologie (also ohne Berücksichtigung der Behandlungsbereitschaft, d.h. 7% oder 145.000) kann davon ausgegangen werden, dass durch die derzeit verfügbare Behandlungskapazität der Bedarf nur bei etwa 11% der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen gedeckt wird.

5.3 Behandlungs- bzw. Betreuungskapazität Psychosoziale Versorgung

Die bisherige Modellrechnung hatte sich darauf konzentriert, in welchem Ausmaß psychotherapeutische Versorgungsangebote bestehen, und weitere psychosoziale Beratungs- bzw. Versorgungsangebote ausgeklammert. Zur Abschätzung dieser zusätzlichen psychosozialen Versorgungskapazität werden die in 5.2. durchgeführten Modellrechnungen entsprechend ihrem in Tab. 2 geschätzten prozentualen Anteil in der psychosozialen Versorgung ergänzt.

In den folgenden beiden Tabellen werden dabei nur jene Versorgungskapazitäten aufgeführt, die in Kap. 5.2. noch nicht abgeschätzt wurden. Die Summe beider ergibt dann die Gesamtversorgungskapazität der erweiterten psychosozialen Versorgung. Tab. 6 zeigt zunächst die zusätzliche Versorgungskapazität in der ambulanten Versorgung. Die Arbeitszeit der Kinder- und Jugendpsychiater wurde in vollem Umfang einbezogen und eine durchschnittliche Beratungsdauer von 10 Sitzungen je Fall angenommen. Insgesamt ergibt sich für diese Versorgungsgruppe einen Umfang von insgesamt etwa 6.200 Behandlungsfälle pro Jahr. Bzgl. der Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie wurde, da sie auch und sicher überwiegend mit der Versorgung körperlich kranker Kinder und Jugendlicher befasst sind, eine Quote von 20% der Arbeitszeit zu Grunde gelegt (vgl. auch Tab. 2). Auf dieser Grundlage ergibt sich eine jährliche Kapazität von 405 Behandlungsfällen. Für die Beratungsstellen wurde wie oben ausgeführt, eine wöchentliche Kapazität für Be-

ratung und psychosoziale Hilfeleistungen von 30% angenommen, was zu einer jährlichen Fallzahl von etwa 23.000 Kinder und Jugendlichen führt. Zur Dauer der Interventionen in diesem Versorgungsbereich waren keine konkreten empirischen Daten zugänglich. Die Annahme von durchschnittlich 10 Stunden je Fall erscheint etwas hochgegriffen. Bei einer Halbierung der Behandlungsdauer auf 5 Stunden für alle drei der hier aufgeführten Versorgungsbereiche ergibt sich die doppelte Versorgungskapazität (ca. 55.000 Fälle).

Im **teil- und vollstationären Versorgungsbereich** können unter der Annahme einer erweiterten psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher auch die Leistungen der Jugendhilfe einbezogen werden. In ihr werden mehr oder weniger umfassende psychologische, sozialpädagogische, heilpädagogische und andere Hilfen angeboten. Bei vielen dieser Kinder und Jugendlichen liegt eine chronifizierte Störung vor, die auch eine Klassifizierung im Rahmen der ICD 10 möglich machen und einen entsprechenden psychotherapeutischen Behandlungsbedarf auslösen würde. Da nur ein geringer Teil dieser in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe betreuten Kinder und Jugendlichen parallel eine psychotherapeutische Begleitung erhält, muss davon ausgegangen werden, dass diese Jugendhilfemaßnahmen zur psychosozialen Versorgung beitragen und vermutlich auch Familien erreichen, die derzeit nicht die Ressourcen und Voraussetzungen für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie ihres Kindes haben,

Tab. 5: Erweiterte Versorgungskapazität für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg; ambulante psychosoziale Versorgung

Ambulante Versorgung	Anzahl Therapeuten	Ø Std/W	Ø Std/J	Ø Fälle/Jahr ¹	Fälle/Jahr Ges
Kinder- und Jugendpsychiater	71	20 ²	880 ⁴	88	6.248
Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie	23	4,0 ³	176 ⁴	17,6	405
Beratungsstellen, alle Fachkräfte	430	12,0 ⁵	528 ⁴	52,8	22.704
Summe					29.357

¹ Ø Stunden pro Jahr/Ø-Behandlungsdauer von 10 Stunden; ² geschätzt anhand der für KJP hochgerechneten Stundenzahl von 20; ³ 20% der Wochenstundenzeit von 20; ⁴ bei 44 Arbeitswochen; ⁵ geschätzt 30% von 40 Wochenarbeitsstunden

Tab. 6: Versorgungskapazität für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg – voll- und teilstationäre psychosoziale Versorgung in der Jugendhilfe

	Anzahl Behand- plätze	Ø Dauer der Beh/ Wochen	Ø Fälle/ Jahr / Platz	Fälle/ Jahr Ges
Jugendhilfe, vollstationäre Plätze	6373	118,0	0,44	2.807
Jugendhilfe, teilstationäre Plätze	3228	123,2	0,42	1.362
Summe				4.169

z.B. auch sozial benachteiligte Kinder. Außerdem kann angenommen werden, dass wegen des Mangels an freien ambulanten Therapieplätzen die Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendhilfe entsprechend größer ist.

In der hier ausgeführten Modellschätzung wird in Ermangelung differenzierterer Daten der gesamte Bereich der Jugendhilfe einbezogen. Nach Angaben des Statistischen Landesamtes (2004) waren zum Jahresende 2004 etwa 6000 Kinder und Jugendliche in einem Heim untergebracht und etwa weitere 3000 Kinder und Jugendliche wurden in einer teilstationären Einrichtung betreut. Mit Stand 31.12.2003 wurden landesweit insgesamt etwa 9.500 genehmigte Plätze vorgehalten. Die durchschnittliche Verweildauer in den Einrichtungen lag bei 2,3 im voll- und 2,4 Jahren im teilstationären Bereich (schriftliche Angaben des KVJS Baden-Württemberg, 2006). Auf der Basis dieser Daten kann eine Versorgungskapazität von ca. 4.000 Fällen jährlich angenommen werden (Tab. 6).

Insgesamt kann damit davon ausgegangen werden, dass im Bereich der Psychosozialen Versorgung, wie hier definiert wurde, zusätzlich eine Behandlungskapazität von jährlich etwa 34.000 Kindern und Jugendlichen besteht.

Tab. 7: Versorgungsgrad in Prozent nach Epidemiologie und Versorgungskapazität, jeweils Ober- und Untergrenze

		Versorgungskapazität (jährliche Behandlungsfälle)	
		Psychotherapie (16.380)	Psychosoziale Versorgung (inkl. Psychotherapie) (49.906)
Epidemiologie (12- Monats-Prävalenz)	Untergrenze 7% (=145.000)	11,3	34,4
	Obergrenze 20% (=413.000)	4,0	12,1

5.4 Synopse der Modellrechnungen

Nimmt man psychotherapeutische und zusätzliche psychosoziale Versorgung zusammen, so ergibt sich eine jährliche Gesamtkapazität für die Betreuung und Behandlung von rund 50.000 Kindern und Jugendlichen. Tabelle 7 zeigt abschließend die Relation der Versorgungskapazität zur Epidemiologie in den jeweiligen Ober- und Untergrenzen. Bezogen auf die epidemiologischen Daten liegt der Versorgungsgrad zwischen 4 und 35%. Die Psychotherapie allein kann dabei derzeit nur maximal 11,3% der behandlungsbedürftigen Fälle abdecken. Legt man zusätzlich die Daten der psychosozialen Versorgung zu Grunde, kann ein Versorgungsgrad zwischen 12 und 35% angenommen werden. Dies bedeutet, dass auch bei Einbeziehen erweiterter Versorgungsstrukturen außerhalb der – eigentlich indizierten Psychotherapie – in keinem Fall von einer Bedarfsdeckung gesprochen werden kann.

6. Zusammenfassung und Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, den psychotherapeutischen und psycho-

sozialen Versorgungsgrad psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg anhand epidemiologischer und verfügbarer Versorgungsdaten abzuschätzen. Nach den durchgeführten Modellrechnungen gibt es Hinweise darauf, dass eine mehr oder weniger große Unterversorgung besteht. Bezieht man sich auf die epidemiologische Datenlage, wonach die 1-Jahres-Prävalenz zwischen 7 und 20% liegt, so kann davon ausgegangen werden, dass nur ein Bruchteil der betroffenen Kinder und Jugendlichen – zwischen 4 und 35% – versorgt werden kann. Diese Zahlen korrespondieren größtenteils mit Ergebnissen früherer Arbeiten (z.B. Pohl, 1999, Zepf et al. 2001, 2003, Löcherbach et al. 2000) und aktueller Initiativen (Albota, 2004). Bestätigt wird die Unterversorgung u.a. auch durch die langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz sowie der Erfahrung der Vermittlungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, nur für einen Teil der Kinder einen Therapieplatz vermitteln zu können (Löcherbach et al. 2000). Aus Versorgungsstudien wird auf der anderen Seite berichtet, dass nur etwa 15-20% der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen tatsächlich einen Behandler aufsuchen oder finden (Petermann, 2005). Würde man den Versorgungsgrad nur auf diese psychomotorisch motivierten Kinder und Jugendlichen beziehen (vgl. Abb. 1), ergäbe sich ein psychotherapeutischer „Versorgungsgrad“ zwischen etwa 20 und maximal 75%.

Vor allem unter der Berücksichtigung möglicher Folgen unbehandelter Störungen müsste ein deutlich höherer Versorgungsgrad der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrer Behandlungsbereitschaft gewährleistet werden. Viele Störungen treten im Kindes- und Jugendalter erstmals auf. Bleiben sie unbehandelt, besteht die Gefahr eines progredienten Verlaufs mit der Entwicklung weiterer komorbider Störungen (Wittchen & v. Zerssen, 1987). Dies hat Konsequenzen für die jungen Patienten, ihr Umfeld und auch für die Gesundheitsversorgung (Schmidt, 2004, Juster, Brown & Heimberg, 2000). Folgen sind z.B. eine reduzierte Leistungsfähigkeit in der Schule, im späteren Berufsleben sowie Einschränkungen in vielen anderen Lebens-

bereichen. Für soziale Phobien liegt der Median des Erstauftretsalters bei 12 Jahren, d.h. dass 50% der Patienten mit einer sozialen Phobie diese Störung bis zum Abschluss des zwölften Lebensjahres entwickelt. Um Folgeerkrankungen und Chronifizierungsprozesse sowie Folgekosten zu vermeiden, müsste die Inanspruchnahme-Rate von Psychotherapie deutlich gesteigert werden. Deshalb ist eine möglichst frühzeitig einsetzende Behandlung für den weiteren Krankheitsverlauf von besonders großer Bedeutung (Löschmann & Nübling, 2003). Dabei geht es auch um die Frage, wie sozial benachteiligte Kinder erreicht werden können. Diese Überlegungen bedeuten für die Bewertung des aktuellen Versorgungsgrads, dass es zu kurz greift, nur die behandlungsbereiten Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen. Unter einer präventiven Perspektive müssen unbedingt auch Angebote für die Gruppe der zwar psychisch beeinträchtigten, aber (noch) nicht motivierten Kinder und Jugendlichen und ihrer sorgeberechtigten Bezugspersonen entwickelt und vorgehalten werden. Für eine frühzeitige Feststellung von Entwicklungsschwierigkeiten, Beeinträchtigungen und psychischen Störungen könnte die Einbeziehung des psychischen Anteils an den Vorsorgeuntersuchungen bedeutsam sein (Bundespsychotherapeutenkammer, 2005).

Mit der Modellrechnung wurde ein erster Versuch unternommen, die Behandlungskapazität abzuschätzen. Hierzu wurde versucht, soweit wie möglich aktuelle empirische Daten zu Grunde zu legen. Es liegen bisher kaum Daten aus den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Abrechnungsverhalten der Vertragsärzte und -psychotherapeuten vor, die den Anteil der Leistungserbringer an der ambulanten Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sowie die Altersgruppe der behandelten Kinder zeigen (Ausnahme Bayern, vgl. Bayrische Psychotherapeutenkammer, 2005). In Ermangelung umfassenderer Daten einer bislang nur in Ansätzen vorhandenen Versorgungsforschung (Schulz et al. 2006) wurde neben den öffentlich zugänglichen (Arztregister, Krankenhausplan, Statistisches Landesamt, überregionale Studien zur psychotherapeutischen Versorgung) auch auf

(ebenfalls unzureichend vorhandene) Befragungsdaten zurückgegriffen.

Ein zentraler Punkt bei der Abschätzung der aktuellen Versorgungssituation besteht in der Festlegung der Modellparameter, d.h. der Festlegung des Umfangs der Beteiligung der unterschiedlichen Professionen bzw. Einrichtungen an der Gesamtversorgung. Für den Bereich der ambulanten Kinder- und Jugendlichentherapie, für den aus mehreren Erhebungen eine vergleichsweise gute Datengrundlage besteht, wurden in die Modellschätzung 20 real geleistete Wochenstunden Psychotherapie (bzw. 880 jährlich) eingesetzt. Diese Zahl steht in einem gewissen Widerspruch zu Daten aus den Befragungen der PTK Hessen (2006), der QS-Befragung der LPK Baden-Württemberg (Seeger et al., 2005) und der Studie von Zepf et al. (2000), nach denen von 22 – ca. 25 Stunden ausgegangen werden kann. Die Daten aus der KV Bayern wiederum weisen darauf hin, dass nur ca. 10% der KJP 20 und mehr Therapiesitzungen in der Woche abrechnen (Bayrische Psychotherapeutenkammer, 2005). In Abhängigkeit der zu Grunde gelegten Behandlungszeit variiert die jährlich mögliche Fallzahl beträchtlich. In der hier durchgeführten Modellrechnung wird davon ausgegangen, dass mit den 20 Stunden ein realistisches Mittel aus den vorliegenden Daten zu Grunde gelegt wurde.

Auch die mittlere Stundenzahl pro Fall führt zu einer Variation der jährlichen Versorgungskapazität. In der Literatur werden auch hier sehr unterschiedliche Werte berichtet. Während Koch (2005) von einer mittleren Fallstundenzahl von etwa 40 ausgeht, kamen Löcherbach et al. (2000) mit durchschnittlich 70 und Hirschmüller et al. (1997) mit 117 Stunden zu deutlich höheren Zahlen. Nicht einbezogen sind dabei jeweils die in der Regel nach jeder 4. Therapiestunde stattfindenden begleitenden therapeutischen Gespräche mit den Bezugspersonen, die ebenfalls die Versorgungskapazität der KJPs beanspruchen. Da auch hierfür keine aktuellen Versorgungszahlen aus Baden-Württemberg zur Verfügung stehen, wurde in der Modellrechnung die niedrigste mittlere Stundenzahl der drei aufgeführten Studien

herangezogen (40), zumal neben Langzeittherapien auch kürzere Behandlungen wie kriseninterventionen und Kurzzeittherapien durchgeführt werden. Dies führt zu einer etwa um den Faktor 2,5 bis 3,5 „optimistischeren“ Schätzung des realen Versorgungsangebots als bei zu Grunde legen der höheren Fallstundenzahlen. Zudem kann bei allen Leistungserbringern von einer höheren Fallzahl ausgegangen werden, wenn die probatorischen Sitzungen sowie die Diagnostik einbezogen werden.

Derzeit ohne ausreichende Datengrundlage ist die Frage, in welchem Umfang neben den zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andere Vertragspsychotherapeuten und -ärzte, zur psychotherapeutischen Versorgung beitragen und wie viele Kinder und Jugendliche sie behandeln. Hier sind vor allem die Fachärzte aus dem ambulanten, teil- und vollstationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Fachkräfte der Erziehungs- und Familienberatungsstellen in Baden-Württemberg zu nennen. Nicht einbezogen wurden die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachambulanzen in Akut- bzw. Universitätskliniken, die in der Regel vorwiegend eine diagnostische und indikative Funktion haben. Ebenfalls nicht einbezogen wurden Psychologische Psychotherapeuten, die zwar nicht als KJP approbiert sind, aber eine Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche besitzen. Schwer abzuschätzen ist auch, in welchem Umfang die teil- und vollstationären Einrichtungen der medizinischen und rehabilitativen Versorgungssysteme und insbesondere die Einrichtungen der Jugendhilfe zur Versorgung beitragen. Es muss darauf hingewiesen werden, dass für diejenigen in die Modellrechnungen einbezogenen Parameter, für die wenige oder gar keine Daten vorlagen, Schätzungen seitens der Autoren vorgenommen wurden. Mit der hier durchgeführten Modellrechnung soll eine Diskussion über eine deutlich stärker empirisch basierte Bedarfsplanung angestoßen werden. Ob sich die hier präsentierten Schätzungen halten lassen, kann erst durch umfassendere Erhebungen im Rahmen einer unbedingt zu fordernden breiteren Versorgungsforschung geklärt werden.

Im vorliegenden Beitrag wurden keine Aussagen über regionale Versorgungsunterschiede gemacht, die selbstverständlich auch in Baden-Württemberg bestehen. Die regionale Verteilung weist wie in anderen Bundesländern ein massives Stadt-Land-Gefälle auf, d.h. es muss zudem davon ausgegangen werden, dass die Versorgung für Kinder und Jugendliche im ländlichen Bereich noch deutlich schlechter ist als in der durchgeführten landesweiten Modellrechnung. Eine ausführlichere Darstellung der regionalen Versorgungsunterschiede befindet sich in Vorbereitung (Reisch, Raymann & Nübling, in Vorb.).

Die vorliegenden Zahlen sind, wenn sich diese ersten Schätzungen bestätigen lassen, alarmierend und dies, obwohl für Baden-Württemberg im Vergleich mit anderen, v.a. den ostdeutschen Bundesländern, von einer relativ guten Versorgungslage ausgegangen wird (wie dies implizit auch aus dem Positionspapier der BPTK

hervorgeht; BPTK, 2005). Daten aus anderen, relativ gut versorgten Regionen, wie z.B. Hamburg, in denen die Versorgungslage von Experten ebenfalls unzureichend eingeschätzt wird, bestätigen diese Aussage (Albota, 2004). Für eine genauere Einschätzung des derzeitigen Behandlungsbedarfs sollten die epidemiologischen Daten des Kinder- und Jugendgesundheits-survey abgewartet werden. Für eine belastbarere Modellrechnung zur Versorgung im Land Baden-Württemberg bedarf es letztlich – zusätzlich zu den Survey-Daten – einer umfassenderen Versorgungsforschung, in der die vielen Unbekannten und Schätzgrößen der aktuellen psychotherapeutischen Versorgung ermittelt werden und – mittelfristig möglichst – in die Bedarfsplanung einfließen können.

Literatur

Die Literatur zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter „www.psychotherapeutenjournal.de“.

Dr. Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg
Hauptstätter Str. 89
70178 Stuttgart
nuebling@lpk-bw.de

Dipl.-Psych. Michael Reisch

Psychologischer Psychotherapeut
Erziehungs- und Familienberatungsstelle
des Landkreises Emmendingen
Gartenstr. 30
78132 Emmendingen

Dipl.-Päd. Trudi Raymann

Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin
Marienstr. 9
70178 Stuttgart



TIEFENPSYCHOLOGISCHES INSTITUT BADEN e.V.
Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut und
Weiterbildungsstätte der Deutschen Fachgesellschaft
für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)

**Postgraduierten-Ausbildung zur
Psychologischen Psychotherapeutin/
zum Psychologischen Psychotherapeuten
in tiefenpsychologisch-fundierter
Psychotherapie**

Anmeldung und Info-Material:

Geschäftsstelle des TIB – Klinik Bad Herrenalb
Kurpromenade 42, 76332 Bad Herrenalb
Tel.: 0 70 83 - 50 92 43 Fax: 0 70 83 - 50 92 42
E-mail: info@ti-b.de
Homepage: www.ti-b.de

**Beginn des neuen Curriculums:
November 2006**



Interaktive Fortbildung

Fortbildungspunkte über das Internet!



www.afp-info.de

Aktuelle Fachartikel:

- Diagnostik in der Psychotherapie sexueller Störungen
- Soziale Phobie: Grundlagen und neue Entwicklungen
Kognitiver Verhaltenstherapie
- Bindungsorientierte Verhaltenstherapie
– eine Erweiterung der Perspektive

Alle Artikel sind von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg akkreditiert und damit bundesweit anerkennungsfähig.

Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V.

Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg

Rüdiger Nübling¹, Michael Reisch^{2,3} & Trudi Raymann^{3,4}

¹ Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

² Psychologische Beratungsstelle des Landkreises Emmendingen

³ Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

⁴ Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Stuttgart

Psychotherapeutenjournal 3/2006

Literatur

- Albota, M. (2004). *Zur Situation der Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen in Hamburg. Expertise im Auftrag der Hamburgischen Kammer der Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.* Hamburg, <http://www.ptk-hamburg.de/aktuelles/themen/kammer/47828.html>, Stand 11.07.2006
- Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*, 31, 278-287.
- Bayrische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (2005). Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 2005, 268-269.
- Bundespsychotherapeutenkammer BPtK (2005). *Positionspapier Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Handlungsbedarf im Vertragsarztänderungsrecht.* Unveröff. Paper, Berlin, BPtK.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) (2005). *VDR-Statistik Rehabilitation des Jahres 2004.* Berlin, DRV.
- Deutscher Bundestag (2006). *Gesundheitsversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der FDP-Fraktion.* Drucksache 16/889.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, Heft 4, 159-169.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2000). Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 263-275.
- Hirschmüller, B., Hopf, H., Munz, D. & Szewkies, J. (1997). Dauer und Dauer analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Schriftenreihe der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichentherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)*, Band 5. Mannheim, VAKJP.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (2003)(Hrsg.): *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO.* Weinheim und München.
- Klann, N. & Hahlweg, K. (1994). Bestandsaufnahme in der Institutionellen Ehe-, Familien- und Lebensberatung. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren und Jugend. Band 48.2.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Koch, U. (2005). *Versorgungssituation im Bereich der ambulanten Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Anregungen für eine empirisch fundierte Versorgungsplanung.* Vortrag zur Veranstaltung Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche – Versorgungssituation im GKV-Bereich – Bundespsychotherapeutenkammer Berlin, 21. November 2005.
- Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg KVJS (2004). *Platz- und Belegungszahlen in den teil- und vollstationären Hilfen in Baden-Württemberg im Jahr 2003*, interne Auswertungen.
- Kurth, B.-M., Bergmann, K.E., Hölling, H., Kahl, H., Kamtsiuris, P. & Thefeld, W. (2002). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey – Das Gesamtkonzept. *Gesundheitswesen*, 64, Sonderheft 1, S3-S11.
- Löcherbach, P., Henrich, T., Kemmer, H., Kinstler, H.-J., Knopp-Vater M. Rieckmann, N., Schneider, A. & Weber, I. (2000). *Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, Band

125. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Löschmann, C. & Nübling, R. (2003). *Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen*. Unveröff. Paper, eqs.-Institut Karlsruhe, Februar 2003.
- Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., Schultenborg, J.-M. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Hamburg, Univ.-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 48-57.
- Juster H.R., Brown E.J., & Heimberg R.G. (2000). Sozialphobie. In Margraf J. (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. (pp. 43-60). Berlin: Springer.
- Pohl P. (1999). Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen in Deutschland. *Report Psychologie*, 217-221.
- Psychotherapeutenkammer Hessen (2006). Umfrage zur Versorgung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 5 (1), 68-69.
- Ravens-Sieberer, U., Thomas, C. & Erhart, M. (2003). Die subjektive Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland - körperliche, psychische und soziale Aspekte. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim, München: Juventa.
- Reisch, M. und der Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendliche“ der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (2005). *Psychotherapeutische Versorgungsstruktur für Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg – Eine Bestandsaufnahme*, Vortrag zur Veranstaltung Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche – Versorgungssituation im GKV-Bereich – Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin, 21. November 2005.
- Reisch, M., Raymann, T. & Nübling, R. (in Vorb.). *Regionale Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg*.
- Remschmidt H. (1997). Veränderte Kindheit. Anmerkungen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Deutsches Ärzteblatt*, 94, 1730-1734.
- Reuser, B. & Chudziak, F. (2005). Erste Ergebnisse der LAG-Umfrage 2005. *Nachrichten der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung (LAG-Nachrichten) Heft 2*, S. 3-8.
- Schmidt, M.H. (2004). Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Dt. Ärzteblatt PP*, 3, Heft 10, 476-481.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (in press). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Psychotherapeutische Versorgung*.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B. & Koch, U. (2005). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 49, 175-187.
- Seeger, S., Caspar, F., Bastine, R., Klöß-Rotmann, L., Meyerberg, J., Neumann, U., Wiegand, W., Fydrich, T. & Schmidt, J. (2005). Erste Ergebnisse der Befragung zu Methoden der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 4 (2), 145.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2005a), Krankenhausstatistik 2004. *Statistische Berichte Baden-Württemberg Gesundheitswesen, Artikel-Nr. 3212 04001* vom 28.11.2005, http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/Statistische%5FBerichte/3212_04001.pdf, 9.7.2006.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2005b). Kinder- und Jugendhilfe Teil I – Erzieherische Hilfen in Baden-Württemberg 2004. *Statistische Berichte Baden-Württemberg, Öffentliche Sozialleistungen, Artikel-Nr. 3831 04001* vom 12.08.2005. http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/Statistische_Berichte/3831_04001.pdf, 9.7.2006.
- Vogel, H. (1996). Psychotherapie in der ambulanten Versorgung – eine kritische Übersicht. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 28, 105-126.
- Wittchen, H.-U. (1991). Der Langzeitverlauf unbehandelter Angststörungen. Wie häufig sind Spontanremissionen. *Verhaltenstherapie*, 273-282.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi F. (2002). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal*, 1 (1), 6-15.
- Wittchen, H.-U., & v.Zerssen, D. (1987). *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung*. Berlin: Springer.
- Zepf, S., Mengele, U., Marx, A. & Hartmann, S. (2001). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland*. Gießen Psychosozial-Verlag.
- Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003). Ambulante Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 48, 23-30.