

Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Status quo und Trends im Zeitraum 2009–2018

Outpatient Psychological Therapies in Children and Adolescents in Germany: Status Quo and Time Trends, 2009–2018

Autoren

Charlotte Jaite¹, Falk Hoffmann², Anja Seidel³, Fritz Matzejat⁴, Christian Bachmann⁵

Institute

- 1 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
- 2 Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Abteilung Ambulante Versorgung und Pharmakoepidemiologie
- 3 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Fachbereich Versorgungsforschung, Systemanalyse und Data Science
- 4 Philipps-Universität Marburg, IVV Marburg
- 5 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Schlüsselwörter

Kinder, Jugendliche, Psychotherapie, Prävalenz, Verhaltenstherapie

Keywords

children, adolescents, psychological therapies, prevalence, behavioural therapy

Online-Publikation 2021

Bibliografie

Psychiat Prax

DOI 10.1055/a-1540-4958

ISSN 0303-4259

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. P. H. Christian Bachmann, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm, Deutschland
christian.bachmann@uniklinik-ulm.de

 Zusätzliches Material finden Sie unter:
<https://doi.org/10.1055/a-1540-4958>

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Bestimmung der Prävalenz ambulanter Psychotherapie (PT) bei gesetzlich versicherten Kindern/Jugendlichen in Deutschland.

Methodik Aus KV-Daten der Jahre 2009–2018 wurde die PT-Prävalenz bei 0- bis 19-Jährigen berechnet und nach Geschlecht, Alter und Bundesland stratifiziert, es wurden Berufsgruppe der PT-Erbringer, codierte psychiatrische Diagnosen sowie PT-Verfahren betrachtet.

Ergebnisse Im Jahr 2018 erhielten 7,3% (5,9% [Hessen] bis 8,8% [Niedersachsen]) PT-Leistungen (2009: 7,1%). Hier von waren 18,4% (2009: 12,8%) Richtlinien-PT (ab 2012: Verhaltenstherapie [VT] häufigstes Verfahren). 15- bis 19-Jährige erhielten am häufigsten PT, es fanden sich nur mäßige Geschlechtsunterschiede. Häufigste Leistungserbringer waren Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, häufigste Diagnosen Angst-/emotionale Störungen, ADHS und Anpassungsstörungen.

Schlussfolgerungen Die PT-Prävalenz hat sich im untersuchten Zeitraum kaum verändert. Jedoch ist der Anteil von Richtlinien-PT angestiegen, mit VT als führendem Verfahren.

ABSTRACT

Objective To determine the prevalence of outpatient psychological therapies (PT) in youths with statutory health insurance in Germany.

Methods Based on statutory health insurance funds data for 2009–2018, the prevalence of outpatient PT was assessed, stratified by sex, age, and federal state. Psychotherapeutic specialty, coded psychiatric diagnoses, and type of PT were also analysed.

Results In 2018, 7.3% received any form of PT (2009: 7.1%). Of these, 18.4% (2009: 12.8%) received therapy according to the directives for psychotherapy (dPT), with CBT (since 2012) being most frequently used. PT prevalence was highest in 15- to 19-year olds, and only marginally differed by sex. Child psychiatrists delivered the majority of PTs. Main diagnoses were anxiety/emotional disorders, ADHD, and adjustment disorders.

Conclusion During the studied period, PT prevalence has not changed markedly. Yet, the share of dPT has increased, with CBT ranking top.

Einleitung

Etwa 17% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland leiden an einer psychischen Störung [1]. Nach repräsentativen Daten der BELLA-Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegen bei 10% der 3- bis 17-jährigen Hinweise für Ängste vor, bei 7,6% für Störungen des Sozialverhaltens, bei 5,4% für depressive Störungen und bei 2,2% für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) [2]. Etwa 50% der psychischen Störungen manifestieren sich bereits vor dem 14. Lebensjahr [3] und in über 60% der Fälle persistieren sie bis ins Erwachsenenalter [4]. Eine frühzeitige Erkennung und Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter ist daher wesentlich, um einen chronischen Verlauf der Symptomatik und deren negative psychosoziale Konsequenzen zu verhindern [4].

Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist für viele kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder grundsätzlich gut belegt [5, 6] und stellt bei den allermeisten psychischen Störungen einen zentralen Bestandteil einer leitliniengerechten Behandlung dar (z.B. [7]). Es liegen derzeit jedoch – abgesehen von einer grob gerasterten Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung [8] sowie Daten aus der BELLA-Studie [9] – keine umfassenden bundesweiten Daten zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie entsprechenden Trends vor.

Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel dieser Arbeit, folgende Fragen zu untersuchen:

- Wie ist die Prävalenz psychotherapeutischer Leistungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, und gibt es Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht und Wohnregion?
- Hat sich die Prävalenz psychotherapeutischer Leistungen innerhalb eines 10-Jahres-Zeitraums verändert?
- Mit welchen Diagnosen werden Kinder und Jugendliche in Deutschland psychotherapeutisch behandelt, und welche psychotherapeutischen Verfahren werden eingesetzt?
- Wie sind die Anteile der verschiedenen Berufsgruppen an den psychotherapeutischen Leistungen, und gibt es Unterschiede hinsichtlich der Störungsbilder der Patienten?

Methoden

Die folgende Darstellung der Methodik ist gekürzt, die Langfassung findet sich online.

Die Grundlage dieser Arbeit bilden die bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten (VDX-Daten) der kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland der Jahre 2009–2018 nach § 295 SGB V. Für jedes Jahr wurde eine Grundgesamtheit von gesetzlich versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 0–19 Jahren untersucht, die mindestens einen Abrechnungsfall in dem ausgewählten Jahr aufwiesen.

Im Jahr 2018 umfasste dieses Kollektiv 13,48 Millionen Patienten. 6,85 Millionen (50,84%) waren männlich, 6,57 Millionen (48,71%) weiblich und rund 60 000 (0,45%) hatten ein anderes Geschlecht oder fehlende Geschlechtsinformationen. Die Altersverteilung war wie folgt: 0–4 Jahre: 3,73 Millionen, 5–9

Jahre: 3,21 Millionen; 10–14 Jahre: 3,07 Millionen; 15–19 Jahre: 3,47 Millionen.

Die Prävalenz von Psychotherapie im Zeitraum 2009–2018 wurde nach Geschlecht (männlich vs. weiblich), Alter (0–4, 5–9, 10–14, 15–19 Jahre), Wohnregion (Bundesland, Ost- vs. Westdeutschland), Urbanisierungsgrad (rural vs. urban) und Bundesland stratifiziert. Des Weiteren wurde untersucht, wie viele Patienten Richtlinien-Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie, psychoanalytische Psychotherapie) in Anspruch nahmen und psychotherapeutisch von folgenden Arzt- bzw. Psychotherapeuten-Gruppen behandelt wurden:

- a) Kinderarzt (Hausarzt) (Arztgruppenschlüssel: 34),
- b) Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (47),
- c) Ärzte für Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie (51), Psychiatrie und Psychotherapie (58), Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (60), psychotherapeutisch tätiger Arzt (61) (im Folgenden vereinfacht als „Ärzte für Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie“ bezeichnet),
- d) Psychologischer Psychotherapeut (68),
- e) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (69),
- f) sonstige (Restkategorie aller anderen Arztgruppen).

Zusätzlich wurden die bei den psychotherapeutisch behandelten Kindern und Jugendlichen codierten psychiatrischen Diagnosen analysiert.

Ergebnisse

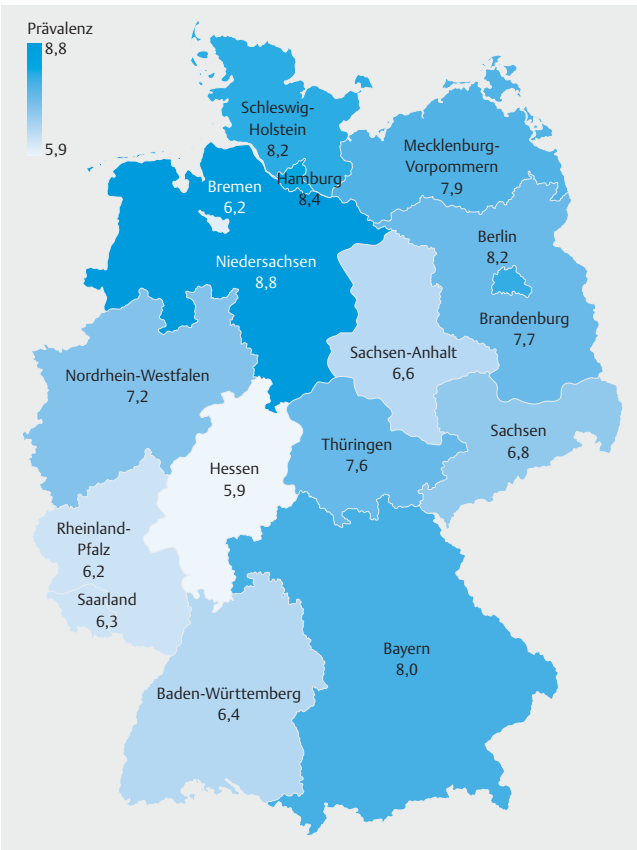
Psychotherapeutische Versorgung allgemein: Prävalenz

Im Jahr 2018 erhielten 7,3% (N=984 635 von 13 481 872) aller in der GKV versicherten Kinder und Jugendlichen (Durchschnittsalter: 12,40 Jahre, 52,61% männlich) psychotherapeutische Leistungen, im Jahr 2009 hatte dieser Anteil bei 7,1% gelegen. Männliche Kinder und Jugendliche erhielten mit 7,6% etwas häufiger Psychotherapie als weibliche Versicherte (7,1%). Zwischen den Bundesländern gab es mäßig ausgeprägte Unterschiede hinsichtlich der Psychotherapieprävalenz: Hessen hatte mit 5,9% die niedrigste Quote, und Niedersachsen mit 8,8% den höchsten Anteil (► Abb. 1). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die Psychotherapie erhielten, lag in Ostdeutschland bei 7,2% und in Westdeutschland bei 7,3%. Kinder und Jugendliche aus ländlichen Wohnregionen erhielten etwas seltener Psychotherapie als solche aus städtischen Regionen (7,0% vs. 7,4%).

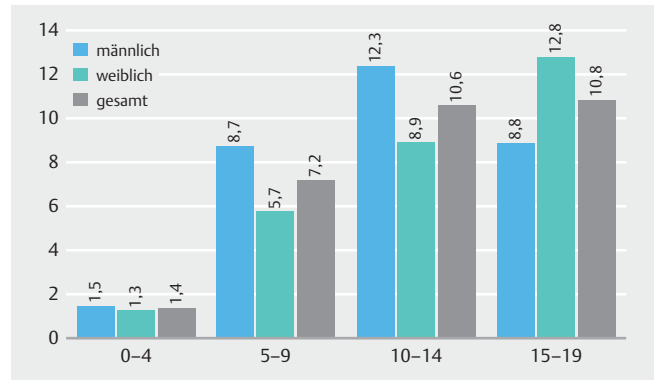
Nach Alter betrachtet, fand sich der höchste Anteil von Kindern und Jugendlichen als Empfänger psychotherapeutischer Leistungen mit 10,6% in der Gruppe der 10- bis 14- und mit 10,8% in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen (► Abb. 2).

Psychotherapeutische Versorgung allgemein: Leistungserbringer und Diagnosen

Der Anteil der verschiedenen an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligten Berufsgruppen an der Gesamtzahl der psychotherapeutisch



► **Abb. 1** Prävalenz von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2018 nach Bundesland.



► **Abb. 2** Prävalenz von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2018 nach Altersgruppe und Geschlecht (in %).

behandelten Patienten war wie folgt: Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erbrachten bei 46,2% (2009: 35,3%), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei 29,8% (13,4%), Kinderärzte bei 12,4% (23,7%), Ärzte für Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie bei 4,3% (9,3%), Psychologische Psychotherapeuten bei 4,3% (4,4%) und sonsti-

ge Arztgruppen bei 20,1% (27,5%) psychotherapeutische Leistungen. Die hierbei am häufigsten abgerechneten EBM-Ziffern sind ► **Online-Tab. 1** zu entnehmen.

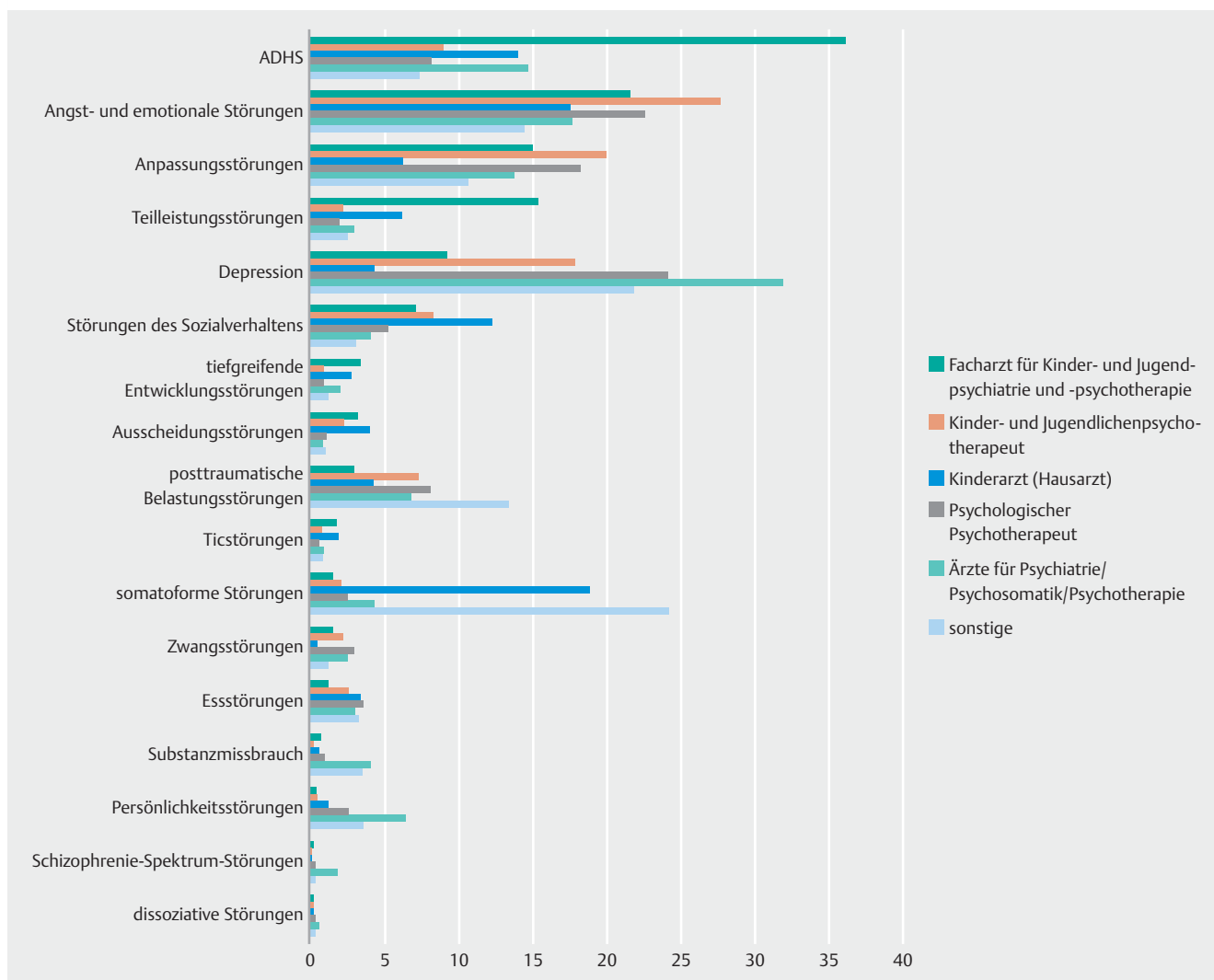
Betrachtet man nur den Anteil der durch die verschiedenen Berufsgruppen erbrachten Richtlinien Therapien (N = 181 053 Patienten), ergibt sich hinsichtlich der beteiligten Berufsgruppen ein anderes Bild: Den größten Anteil erbrachten hier Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (85,8%), gefolgt von Psychologischen Psychotherapeuten (8,8%), Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (3,8%), Ärzten für Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie (2,0%), Kinderärzten (0,5%) und sonstigen Ärzten (0,3%).

Die häufigsten bei psychotherapeutisch behandelten Kindern und Jugendlichen codierten Diagnosen im Jahr 2018 waren Angststörungen und emotionale Störungen (23,0%), ADHS (21,5%), Anpassungsstörungen (16,4%), depressive Störungen (14,2%) sowie Teilleistungsstörungen (8,9%) (► **Tab. 1**).

Hinsichtlich der am häufigsten codierten psychiatrischen Diagnose zeigten sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der behandelnden Berufsgruppe: Bei Patienten von Ärzten für Kin-

► **Tab. 1** Häufigste psychiatrische Diagnosen bei psychotherapeutisch behandelten Kindern und Jugendlichen (in %), 2009 vs. 2018.

Rang	2018	Anteil (in %)	2009	Anteil (in %)
1	Angst- und emotionale Störungen	23,0	ADHS	20,1
2	ADHS	21,5	Angst- und emotionale Störungen	15,4
3	Anpassungsstörungen	16,4	Anpassungsstörungen	9,3
4	depressive Störungen	14,2	somatoforme Störungen	9,2
5	Teilleistungsstörungen	8,9	depressive Störungen	8,2
6	somatoforme Störungen	8,6	Störungen des Sozialverhaltens	7,7
7	Störungen des Sozialverhaltens	8,0	Teilleistungsstörungen	7,1
8	posttraumatische Belastungsstörungen	7,0	posttraumatische Belastungsstörungen	4,7
9	Ausscheidungsstörungen	2,8	Ausscheidungsstörungen	3,1
10	tiefgreifende Entwicklungsstörungen	2,3	Essstörungen	2,1



► **Abb. 3** Bei psychotherapeutisch behandelten Kindern und Jugendlichen codierte Diagnosen nach behandelnder Arzt-/Psychotherapeuten-gruppe (in %).

der- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie war ADHS die häufigste Diagnose, bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Angst- und emotionale Störungen, bei Psychologischen Psychotherapeuten sowie Ärzten für Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie depressive Störungen und bei Kinderärzten und sonstigen Ärzten somatoforme Störungen (► **Abb. 3**).

Richtlinienpsychotherapie: Verwendete Verfahren allgemein und nach Berufsgruppen

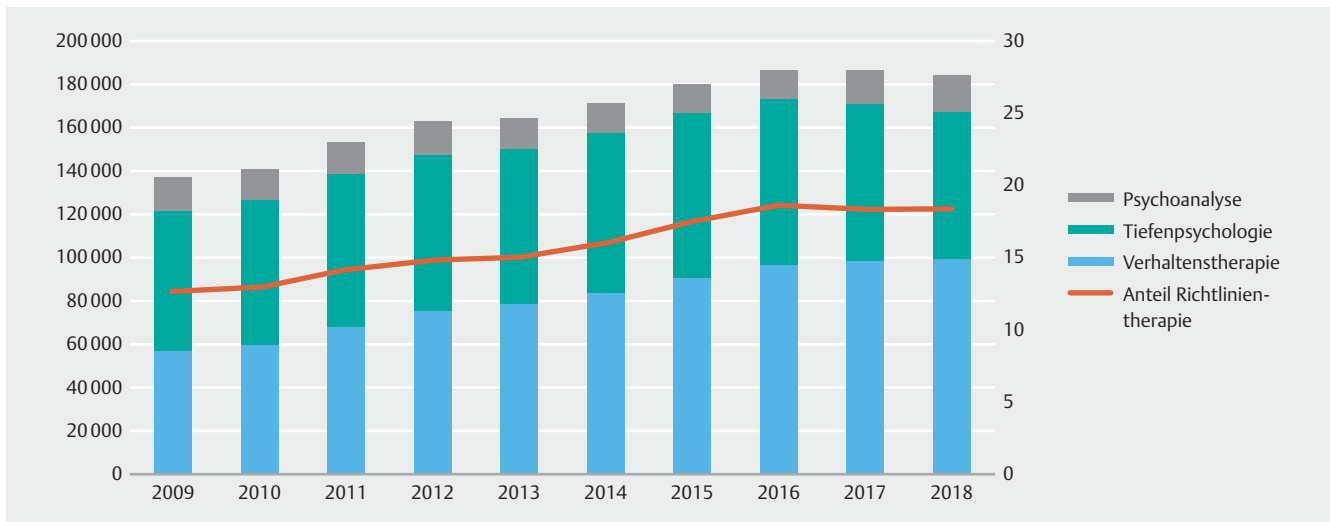
Der Anteil der Patienten mit Richtlinienpsychotherapie an der Gesamtzahl der psychotherapeutisch behandelten Kinder und Jugendlichen betrug im Jahr 2018 insgesamt 18,4% (N=181 053, Durchschnittsalter: 13,48 Jahre, 43,75% männlich). Verhaltenstherapie (VT) war das meistverwendete Richtlinienverfahren (10,2% aller psychotherapeutisch behandelten Kinder und Jugendlichen), gefolgt von tiefenpsychologischer Psychotherapie (TP) (6,8%) und psychoanalytischer Psychotherapie (PA) (1,8%) (► **Abb. 4**). Seit 2012 hat Verhaltenstherapie

die tiefenpsychologische Psychotherapie als häufigstes Richtlinienverfahren abgelöst.

Die Anteile der von den jeweiligen Berufsgruppen verwendeten Richtlinienverfahren waren wie folgt: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VT: 54,7%, TP: 36,6%, PA: 11,1%), Psychologische Psychotherapeuten (VT: 77,0%, TP: 20,3%, PA: 3,2%) und Kinderärzte (VT: 57,9%, TP: 42,2%) führten am häufigsten Verhaltenstherapie durch. Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (TP: 63,0%, VT: 36,1%, PA: 1,2%), Ärzte für Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie (TP: 77,3%, VT: 19,5%, PA: 4,1%) und sonstige Ärzte (TP: 70,4%, VT: 27,9%) wendeten hingegen überwiegend tiefenpsychologisch fundierte Verfahren an.

Richtlinienpsychotherapie: Patientencharakteristika

In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen erhielten männliche und weibliche Kinder gleich häufig Richtlinienpsychotherapie (m: 2,7%; w: 2,6%). In den Altersgruppen der 5- bis 9-Jährigen



► **Abb. 4** Anzahl sowie Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Richtlinienpsychotherapie an der Gesamtzahl aller psychotherapeutisch behandelten Kinder und Jugendlichen im Zeitraum 2009–2018.

(m: 13,0%; w: 15,3%), 10- bis 14-Jährigen (m: 18,7%; w: 22,6%) und 15- bis 19-Jährigen (m: 15,5%; w: 26,1%) wurden hingegen weibliche Kinder und Jugendliche häufiger mit Richtlinienpsychotherapie behandelt als männliche Kinder und Jugendliche (► **Online-Abb. 1**).

Die am häufigsten bei mit Richtlinienverfahren behandelten Kindern und Jugendlichen codierten Diagnosen waren Angst- und emotionale Störungen, Depression sowie Anpassungsstörungen (► **Online-Abb. 2**).

Einzeltherapie vs. Gruppentherapie

Über alle Altersgruppen hinweg wurden Kinder und Jugendliche im Jahr 2018 deutlich häufiger im Einzel- als im Gruppensetting (0–4 Jahre: Einzel: 1,4%, Gruppe: 0,0%; 5–9 Jahre: Einzel: 7,2%, Gruppe: 0,4%; 10–14 Jahre: Einzel: 10,6%, Gruppe: 0,5%; 15–19 Jahre: Einzel: 10,8%, Gruppe: 0,2%) psychotherapeutisch behandelt (► **Online-Abb. 3**).

Diskussion

In dem von uns untersuchten Kollektiv aller 13,5 Millionen gesetzlich Versicherter im Kindes- und Jugendalter erhielten im Jahr 2018 7,3% psychotherapeutische Leistungen. 18,4% der psychotherapeutisch behandelten Kinder und Jugendlichen erhielten eine Richtlinienpsychotherapie. Damit ist die von uns ermittelte Psychotherapieprävalenz vergleichbar mit der in der deutschen BELLA-Studie festgestellten Prävalenz von „mental health care“ von knapp 6% im Zeitraum 2003–2006 [9] und mit Daten einer Untersuchung in 7 europäischen Ländern aus dem Jahr 2010, die eine mittlere Prävalenz von 7,5% angeben [10]. Die im europäischen Vergleich nur durchschnittliche Position verwundert etwas, da Deutschland in Europa hinsichtlich der Versorgungsdichte von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf Platz 4 liegt und darüber hinaus eines der wenigen Länder ist, in dem Psychotherapie grundsätzlich krankenkassenseitig erstattet wird [11].

Unsere Ergebnisse hinsichtlich zeitlicher Trends zeigen, dass innerhalb des untersuchten 10-Jahres-Zeitraums zwar keine bedeutende Zunahme der Gesamtprävalenz psychotherapeutischer Leistungen für Kinder und Jugendliche zu verzeichnen ist. Jedoch ist der Anteil an Richtlinientherapie um etwa 44% angestiegen, was als Indikator einer erhöhten Behandlungintensität gewertet werden kann. Der Anstieg der Richtlinientherapie ist vermutlich durch die im Untersuchungszeitraum deutlich angestiegene Anzahl niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit KV-Zulassung (mit)bedingt (N=3110 am 31.12.2009 [12] vs. N=5892 am 31.12.2018 [13]).

Verhaltenstherapie war das am häufigsten eingesetzte Richtlinienverfahren, gefolgt von Tiefenpsychologie und Psychoanalyse. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass seit 2012 Verhaltenstherapie tiefenpsychologische Verfahren als häufigstes Richtlinienverfahren abgelöst hat. Die führende Position von Verhaltenstherapie könnte durch die insgesamt bessere Evidenz begründet sein [6].

Die in unserer Untersuchung festgestellten Alters- und Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen stehen in Einklang mit Befunden zur Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, die auf eine höhere Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei männlichen im Vergleich zu weiblichen Kindern und Jugendlichen [2] sowie einen Anstieg der Prävalenz vom Kindes- zum Jugendalter hinweisen [2, 14].

Unsere Ergebnisse zur Richtlinientherapie zeigen hingegen, dass weibliche Kinder und Jugendliche häufiger mit Richtlinienverfahren behandelt werden. Diese Geschlechtsunterschiede bei der Inanspruchnahme von Richtlinientherapie, vor allem bei älteren Jugendlichen, sind vermutlich darauf zurückzuführen, dass die epidemiologische Prävalenz der Störungen, die mit Richtlinientherapie behandelt werden (z.B. Ängste und Depression), bei weiblichen Jugendlichen höher ist. Allerdings stehen unsere Daten hier im Kontrast zu den Ergebnissen der BELLA-Studie, die hinsichtlich „mental health service use“ als

deutlich über reine Psychotherapie hinausgehender Zielvariable keine signifikanten Geschlechtsunterschiede fand [9].

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Prävalenz psychotherapeutischer Leistungen deuten möglicherweise auf Optimierungsbedarf hin. Diesbezüglich könnten auch alternative Erbringungsformen, z.B. schulbasierte Psychotherapie, Videosprechstunden sowie Internet- oder App-basierte Behandlungsformen zum Einsatz kommen.

Der praktisch fehlende Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland überrascht zunächst, da im Jahr 2018 im Durchschnitt in Ostdeutschland weniger Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten pro 100.000 Einwohner als in Westdeutschland niedergelassen waren (Ost: 6,1/100 000 Einwohner; West: 7,3/100 000 Einwohner) [12]. Jedoch wäre es z. B. denkbar, dass zwischen den Wohnregionen Unterschiede zwischen den Therapiedauern und/oder der Therapieintensität bestehen, d. h. dass eine geringere Therapeutendichte durch niedrigere Therapievolumina „kompensiert“ wird. Dieser Frage sollte in zukünftigen Studien nachgegangen werden.

Unsere Ergebnisse stehen zudem im Kontrast zu bisherigen Untersuchungen, die auf deutlichere Stadt-Land-Unterschiede in der psychotherapeutischen Versorgung zuungunsten ländlicher Regionen hinweisen [9, 10]. Die repräsentativen Daten der deutschen BELLA-Studie, die sich auf den Zeitraum 2003–2006 beziehen, zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen und urbaner Wohnregion [9].

Die Diskrepanz zu unseren Ergebnissen könnte einer seit Durchführung der ersten Welle der BELLA-Studie verbesserten ambulanten Versorgung geschuldet sein (u. a. Einführung der 20%-Mindestquote für Kassensitze von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Jahr 2010 [15]). Die Ergebnisse einer Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer aus dem Jahr 2018 zeigen allerdings, dass die Wartezeiten auf einen Therapieplatz immer noch lang sind: in Praxen für Kinder und Jugendliche betrug die Wartezeit von der ersten Anfrage bis zum Beginn der Richtlinientherapie knapp 18 Wochen [16].

Im untersuchten Zeitraum konnte hinsichtlich der bei den Patienten codierten Diagnosen vor allem bei Anpassungsstörungen (Zunahme des Anteils um 76,3%), depressiven Störungen (+73,2%), Angst- und emotionalen Störungen (+49,4%) sowie posttraumatischen Belastungsstörungen (+48,9%), eine Zunahme festgestellt werden. Diese relative Zunahme könnte durch eine verbesserte Aufklärung und Sensibilisierung der Bevölkerung zum Thema psychische Störungen bedingt sein [17], u. a. durch das im Jahr 2006 initiierte bundesweite Aktionsbündnis Seelische Gesundheit und eine zunehmend positivere Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen und Leistungserbringern [18].

Die anteilige Häufigkeit der codierten Diagnosen entspricht nur teilweise der aus epidemiologischen Studien bekannten Häufigkeitsverteilung (Angststörungen > Störungen des Sozialverhaltens > depressive Störungen > ADHS), was durch die Betrachtung von ausschließlich psychotherapeutisch behandelten Kindern und Jugendlichen in unserer Studie begründet sein kann. Gründe für den größeren Anteil von ADHS-Diagnosen in unserer Untersuchung im Vergleich zu epidemiologischen Stu-

dien [19, 20] könnte u. a. eine Überdiagnostik sein [21]. Auch zeigen unsere Ergebnisse, dass der Anteil der codierten Anpassungsstörungen in der Versorgungsrealität größer ist als in epidemiologischen Studien. Diese Häufigkeitsunterschiede könnten durch eine geringere Validität der diagnostischen Klassifikation in Sekundärdaten bedingt sein. So ist denkbar, dass die diagnostische Einordnung in der Routineversorgung im Vergleich zu epidemiologischen Studien weniger standardisiert ist und von weiteren Faktoren (z. B. Stigmatisierungsbefürchtungen von Eltern und Patienten bei bestimmten Diagnosen) beeinflusst wird.

Der geringere Anteil von Störungen des Sozialverhaltens ist am ehesten durch den in den Leitlinien vorgegebenen Vorrang von Elternt raining [22] und/oder Maßnahmen der Jugendhilfe vor Psychotherapie begründet.

Hinsichtlich psychotherapeutischer Leistungen im Allgemeinen wurde der größte Anteil von Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erbracht, gefolgt von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Bemerkenswert ist hier auch der Anteil von etwa 30% psychotherapeutischer Leistungen, der durch Behandler aus „Nicht-Psycho“-Fächern (Hausärzte, Kinderärzte) erbracht wurde und auf deren zwar gesunkene (2009: psychotherapeutische Leistungen bei ca. 50% aller psychotherapeutisch behandelten Kinder und Jugendlichen), aber weiterhin relevante Rolle im psychotherapeutischen Versorgungsgeschehen hinweist.

Bei Richtlinien Therapien war die eingangs geschilderte o. g. Reihenfolge umgekehrt: Die meisten Leistungen erbrachten hier Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, während Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nur einen geringen Anteil an Richtlinien Therapie durchführten. Dieses Ergebnis korrespondiert auch mit den Ergebnissen der BELLA-Studie, in der Kinder und Jugendliche häufiger bei Psychologen (3,4%) als bei Psychiatern (1,2%) vorstellig wurden [23].

Im Vergleich zur psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener zeigt sich hinsichtlich der Behandlergruppen ein ähnliches Bild: Ärzte für Psychiatrie bzw. Nervenärzte behandeln zwar mehr Patienten, weisen aber gegenüber Ärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten nur sehr geringe Anteile an Richtlinien Therapie auf [24].

Hinsichtlich der therapeutischen Ausrichtung der Behandlergruppen zeigen unsere Ergebnisse, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinderärzte häufiger verhaltenstherapeutisch arbeiten, während Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Ärzte für Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie am häufigsten tiefenpsychologisch fundierte Verfahren anwenden. Dieser Befund deckt sich mit – allerdings bereits älteren (2008) – Daten aus dem Erwachsenenbereich [24].

Die Frage einer angemessenen psychotherapeutischen Versorgung kann anhand unserer Daten nicht eindeutig beantwortet werden. Hinsichtlich der Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen berichten aktuelle internationale Untersuchungen etwas geringere Werte als die eingangs dar-

gestellten deutschen Daten (17% [1]): So ergab ein Review von 41 Studien aus 27 Ländern eine Prävalenz psychischer Störungen von 13,4% [25], und eine neuere britische Studie aus dem Jahr 2018 einen Wert 12,8% für mindestens eine psychische Störung bei 5- bis 19-Jährigen [14]. Selbst wenn man diese niedrigeren Werte zugrunde legt, liegen sie fast doppelt so hoch wie die in unserer Studie ermittelte Häufigkeit psychotherapeutischer Leistungen im Allgemeinen.

Angesichts der eingangs dargestellten zentralen Rolle von Psychotherapie bei fast allen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern könnte dies auf eine psychotherapeutische Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen hindeuten, zumal nur etwa ein Fünftel der psychotherapeutisch versorgten Versicherten eine Richtlinienpsychotherapie erhielten. Diese niedrige Prävalenz von Richtlinienpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist am ehesten einer mangelnden Verfügbarkeit hinreichender Therapiekapazitäten geschuldet. Um eine verbesserte psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu erlangen, wäre eine engere Verzahnung von niedergelassenen Psychotherapeuten mit den (vor)behandelnden Kliniken wünschenswert (der hohe Stellenwert einer koordinierten Behandlungsplanung insbesondere bei Kindern und Jugendlichen wird auch im hohen Anteil ärztlicher Koordinationsleistungen in ► **Online-Tab. 1** deutlich). Zudem haben telemedizinische Behandlungsansätze das Potenzial, einen Beitrag zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung zu leisten, indem sie Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz verkürzen und/oder Kindern und Jugendlichen aus versorgungsschwachen Regionen ohne spezialisierte Behandlungsangebote eine evidenzbasierte Behandlung ermöglichen.

Allerdings stellt der Anteil von Richtlinienverfahren keinen robusten Indikator für eine angemessene psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen dar, da nicht für alle Richtlinienverfahren ausreichend Evidenz zu ihrer Wirksamkeit bei kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern vorliegt. Zudem sind nicht alle Richtlinienverfahren für alle Störungsbilder gleichermaßen wirksam (z. B. bessere Wirksamkeit interpersonaler Therapie gegenüber kognitiver Verhaltenstherapie ([KVT] bei depressiven Störungen [5], generell robustere Effekte von KVT [6]). Auch fehlen Studien, die mögliche Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit von Richtlinienpsychotherapie gegenüber anderen psychotherapeutischen Leistungen untersucht haben.

Betrachtet man die wenigen Studien, die störungsspezifischen Anteil psychotherapeutisch behandelter Kinder und Jugendlicher untersucht haben, zeigt sich diesbezüglich eine große Spannweite: In einer Untersuchung zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung erhielten im Jahr 2017 zwischen 50% und 78% aller Kinder und Jugendlichen irgendeine Form von Psychotherapie, hiervon waren etwa 40% Richtlinienpsychotherapie [17]. Eine Studie zur Psychotherapie bei ADHS mit Daten der Jahre 2015–2017 fand hingegen nur einen Anteil von 13% psychotherapeutisch behandelter Kinder (Anteil von Richtlinienpsychotherapie: 92%) [26]. In einer Studie zur Therapie von Essstörungen (Anorexie/Bulimie) lag die Psychotherapiequote im Jahr 2009 zwischen 75,7% und 78,5% [27] und in einer Studie zur Behandlung depressiver Störungen bei etwa

69% im Jahr 2009 [28]. Bei den beiden letztgenannten Studien ist die Vergleichbarkeit mit unseren Daten allerdings eingeschränkt, da nur ältere Kinder bzw. Jugendliche (10–21 bzw. 12–18 Jahre) untersucht wurden und auch die Daten älter sind.

Die Bewertung einer angemessenen psychotherapeutischen Versorgung wird schließlich auch dadurch erschwert, dass manche Studienergebnisse nahelegen, dass – ungeachtet möglicher Leitlinienempfehlungen – auch eine medikamentöse Behandlung alleine einen Erfolg erzielen kann, der im Idealfall dem einer psychotherapeutischen Behandlung zumindest nahe kommen kann (z. B. bei ADHS [29] oder bei depressiven Störungen [30]).

Stärken und Schwächen

Die vorliegende Arbeit ist die erste Studie zur Prävalenz von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, die zudem die Psychotherapieprävalenz über einen 10-Jahres-Zeitraum untersucht hat. Sie beruht auf einer Vollerhebung aller gesetzlich versicherten Kinder und Jugendlichen in Deutschland.

Neben den Daten vertragsärztlicher Leistungserbringer sind in diesem Datensatz auch PIAs und Ausbildungsambulanzen enthalten, so dass die Auswertung ein umfassendes Gesamtbild zeichnet.

Die von uns analysierten Sekundärdaten weisen jedoch auch Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind: So ist unklar, auf welcher Grundlage die psychiatrischen Diagnosen durch die Behandler gestellt wurden. Außerdem können keine Angaben zu Haupt- bzw. Nebendiagnosen gemacht werden, da im ambulanten Setting bei Abrechnungsdaten eine entsprechende Differenzierung nicht erfolgt. Auch waren keine Informationen zu Intensität und Dauer der Therapie, zur Therapieindikation und zum Verhältnis zwischen dem Therapiebedarf bzw. der Therapienotwendigkeit und der tatsächlich durchgeführten Therapie verfügbar. Ebenso wenig konnten auf Informationen zur Wirksamkeit der Therapien zurückgegriffen werden. Auch waren keine Daten zu parallelen medikamentösen Behandlungen, die eine Psychotherapie ggf. entbehrlich erscheinen lassen könnten, oder zum sozioökonomischen Status der Wohnregion, einem möglichen Prädiktor der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen [31], verfügbar. Eine weitere Einschränkung unserer Arbeit ist, dass nur die Daten von GKV-Versicherten und nicht die von PKV-Versicherten berücksichtigt wurden. Da etwa 10% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland privat versichert sind und diese im Durchschnitt einen deutlich höheren sozioökonomischen Status und eine niedrigere Morbidität aufweisen als gesetzlich versicherte Kinder und Jugendliche [32], ist eine Generalisierung unserer Ergebnisse auf die Gesamtheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland nicht möglich.

In der vorliegenden Studie wurde eine breite Auswahl an EBM-Ziffern für psychotherapeutische Leistungen berücksichtigt, sodass die ermittelte Psychotherapieprävalenz möglicherweise überschätzt wurde. Dieses breite Spektrum der berücksichtigten psychotherapeutischen Leistungen entspricht jedoch der Versorgungsrealität in Deutschland. Zudem liefern

Ergebnisse einer Metaanalyse Hinweise, dass bereits eine einzelne Psychotherapiesitzung wirksam sein kann [33].

Schlussfolgerung

Der Anteil psychotherapeutisch versorgter Kinder und Jugendlicher in Deutschland entspricht derzeit in etwa gut der Hälfte und der Anteil von Richtlinienpsychotherapien etwa einem Zehntel der Prävalenz psychischer Störungen in dieser Altersgruppe. Eine eindeutige Aussage zur Angemessenheit der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Sinne einer Unterversorgung lässt sich hieraus nicht ableiten, eine Überprüfung dieser Vermutung in zukünftigen, primärdatenbasierten Studien erscheint sinnvoll. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Prävalenz psychotherapeutischer Leistungen deuten möglicherweise auf Optimierungsbedarf hin. Die führende Position von Verhaltenstherapie unter den Richtlinienverfahren ist angesichts der insgesamt besseren Evidenz schlüssig.

KONSEQUENZEN FÜR KLINIK UND PRAXIS

- Der Anteil von Richtlinien-Psychotherapie bei psychotherapeutisch behandelten Kindern und Jugendlichen lag 2018 bei 18,4% (2009: 12,8%), hier ist eine weitere Steigerung wünschenswert.
- Seit dem Jahr 2012 hat Verhaltenstherapie die tiefenpsychologische Psychotherapie als führendes Richtlinienverfahren abgelöst, was angesichts der insgesamt besseren Evidenz schlüssig ist.
- Eine eindeutige Aussage zur Angemessenheit der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland lässt sich aus den Daten nicht ableiten, eine Unterversorgung ist jedoch nicht auszuschließen.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Barkmann C, Schulte-Markwort M. Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66: 194–203. doi:10.1136/jech.2009.102467
- [2] Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGs). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007; 50: 871–878. doi:10.1007/s00103-007-0250-6
- [3] Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007; 6: 168–176
- [4] Lambert M, Bock T, Naber D et al. Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013; 81: 614–627. doi:10.1055/s-0033-1355843
- [5] Zhou X, Hetrick SE, Cuijpers P et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2015; 14: 207–222. doi:10.1002/wps.20217
- [6] Weisz JR, Kuppens S, Ng MY et al. What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *Am Psychol* 2017; 72: 79–117. doi:10.1037/a0040360
- [7] AWMF. S3-Leitlinien Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Bonn: 2018
- [8] Steffen A. Epidemiologie und Versorgung psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter anhand vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009–2017. *Zi-Forum „Psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung – Aktuelle und zukünftige Herausforderungen“*; Berlin: 2018
- [9] Hintzpete B, Klasen F, Schön G et al. Mental health care use among children and adolescents in Germany: results of the longitudinal BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24: 705–713. doi:10.1007/s00787-015-0676-6
- [10] Kovess-Masfety V, Van Engelen J, Stone L et al. Unmet Need for Specialty Mental Health Services Among Children Across Europe. *Psychiatr Serv* 2017; 68: 789–795. doi:10.1176/appi.ps.201600409
- [11] Signorini G, Singh SP, Boricevic-Marsanic V et al. Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a 28-country survey in Europe. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 715–724. doi:10.1016/S2215-0366(17)30127-X
- [12] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesärzteregeister. 2018
- [13] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesärzteregeister. 2009
- [14] Sadler K, Vizard T, Ford T et al. Mental health of children and young people in England, 2017. London: NHS Digital; 2018
- [15] Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss. Bedarfsplanungs-Richtlinie (Quotenregelung zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen). 2009
- [16] Bundespsychotherapeutenkammer. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapierichtlinie. Wartezeiten 2018. Berlin: 2018
- [17] Bachmann C, Czwikla J, Jacobs H et al. Prävalenz und Versorgung der Posttraumatischen Belastungsstörung in Deutschland: Eine bundesweite Auswertung von Krankenkassendaten aus den Jahren 2008 und 2017. *Psychiatr Prax* 2021. doi:10.1055/a-1347-5410
- [18] Petrowski K, Hessel A, Körner A et al. Die Einstellung zur Psychotherapie in der Allgemeinbevölkerung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2014; 64: 82–85. doi:10.1055/s-0033-1361155
- [19] Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2016; 387: 1240–1250. doi:10.1016/S0140-6736(15)00238-X
- [20] Döpfner M, Breuer D, Wille N et al. How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample – results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17 (Suppl. 01): 59–70. doi:10.1007/s00787-008-1007-y
- [21] Bachmann CJ, Philipsen A, Hoffmann F. ADHD in Germany: Trends in Diagnosis and Pharmacotherapy. *Dtsch Arztebl International* 2017; 114: 141–148. doi:10.3238/arztebl.2017.0141
- [22] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Hrsg. S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens. Bonn: AWMF; 2016

- [23] Wöflle S, Jost D, Oades R et al. Somatic and mental health service use of children and adolescents in Germany (KiGGS-study). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23: 753–764. doi:10.1007/s00787-014-0525-z
- [24] Kruse J, Larisch A, Hofmann M et al. Ambulante psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – Versorgungsprofile abgebildet durch Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). *Z Psychosom Med Psychother* 2013; 59: 254–272. doi:10.13109/zptm.2013.59.3.254
- [25] Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS et al. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56: 345–365. doi:10.1111/jcpp.12381
- [26] Scholle O, Kollhorst B, Riedel O et al. First-time users of ADHD medication among children and adolescents in Germany: An evaluation of adherence to prescribing guidelines based on claims data. *Front Psychiatry* 2021; 12: 653093. doi:10.3389/fpsy.2021.653093
- [27] Jaite C, Hoffmann F, Glaeske G et al. Prevalence, comorbidities and outpatient treatment of anorexia and bulimia nervosa in German children and adolescents. *Eat Weight Disord* 2013; 18: 157–165
- [28] Hoffmann F, Glaeske G, Petermann F et al. Outpatient treatment in German adolescents with depression: an analysis of nationwide health insurance data. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2012; 21: 972–979. doi:10.1002/pds.3295
- [29] The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1073–1086. doi:10.1001/archpsyc.56.12.1073
- [30] March JS, Silva S, Petrycki S et al. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 1132–1143. doi:10.1001/archpsyc.64.10.1132
- [31] Abbas S, Ihle P, Adler JB et al. Predictors of non-drug psychiatric/psychotherapeutic treatment in children and adolescents with mental or behavioural disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017; 26: 433–444. doi:10.1007/s00787-016-0900-z
- [32] Hoffmann F, Bachmann CJ. Unterschiede in den soziodemografischen Merkmalen, der Gesundheit und Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen nach ihrer Krankenkassenzugehörigkeit. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2014; 57: 455–463. doi:10.1007/s00103-013-1916-x
- [33] Schleider JL, Weisz JR. Little Treatments, Promising Effects? Meta-Analysis of Single-Session Interventions for Youth Psychiatric Problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56: 107–115. doi:10.1016/j.jaac.2016.11.007

