



Psychische Erkrankungen in der Adoleszenz – Behandlungsansätze und klinische Erfahrungen aus der Adoleszenzpsychiatrie

Prof. Dr. Anne Karow



- 1) Aufgaben Transitionspsychiatrie
- 2) Adoleszenzpsychiatrie in Hamburg
- 3) Integrierte Versorgung und RECOVER Modell

Warum Adoleszenzpsychiatrie?

- 75% aller psychischen Erkrankungen über die gesamte Lebensspanne beginnen bis zum 24. Lebensjahr in Kindheit, Jugend und jungem Erwachsenenalter
- Frühe schwere psychische Erkrankungen in Kindheit und Jugend verlaufen in 60-80% der Fälle chronisch und persistieren in das Erwachsenenalter
- Die Inanspruchnahme von Behandlung in dieser Altersgruppe ist niedriger als bei Erwachsenen und liegt bei etwa 4-8%
- Die Folgen sind eine hohe und langfristige Krankheitslast für die Betroffenen und ihre Angehörigen

Psychische Erkrankungen beginnen oft in der Jugend und chronifizieren häufig ohne professionelle Behandlung

Die Etablierung transitionspsychiatrischer Schnittstellen verfolgt inhaltlich vor allem drei übergeordnete Ziele:

(Maßnahmen sekundärer bzw. indizierter, tertiärer und quartärer Prävention)

1. Die strukturierte Begleitung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit frühen, schweren und chronischen psychischen Erkrankungen und langfristigem Behandlungsbedarf aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen in das erwachsenenpsychiatrische Versorgungssystem
2. Die interdisziplinäre Früherkennung und Frühbehandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einem hohen Risiko für die zukünftige Entwicklung schwerer psychischer Erkrankungen
3. Die Förderung einer progressiven Entwicklung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in psychischen bzw. adoleszenten Krisen und Vermeidung langfristiger Krankheitsentwicklung bzw. unnötiger Chronifizierung und Hospitalisierung

Spezifische therapeutische Anforderungen der Adoleszenzpsychiatrie

- Habilitation (Lat. Befähigung) vs. Rehabilitation als zentrale therapeutische Aufgabe
- Notwendigkeit Einbezug aller Systeme (Familie/Schule/Wohngruppen/Behörden)
- Überlappende Zuständigkeiten im Sozialrecht zwischen Familien- und Jugendhilfe bzw. Jobcenter und Ambulanter Sozialpsychiatrie
- Transition KJP → EP mit entsprechender Schnittstellenproblematik
- Oft Erstkontakt und -diagnostik, unterschiedliche Wirk- und Nebenwirkungsprofile von Medikamenten, Off-Label Use

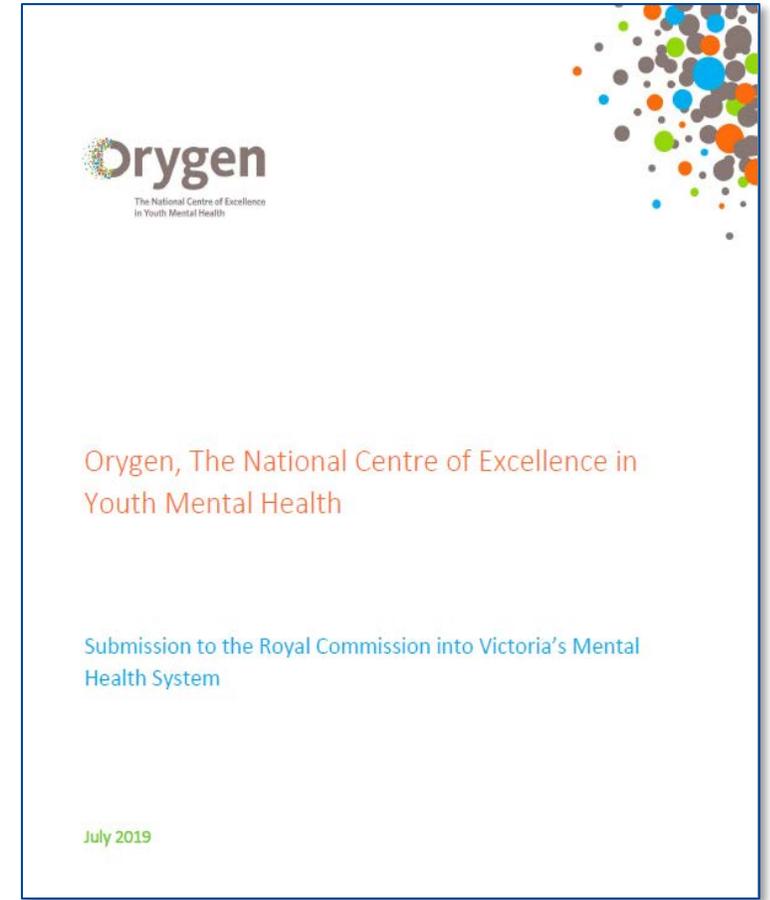
**Ziel ist es Entstehung und
Aufrechterhaltung
von schweren psychischen Störungen
zu verhindern**

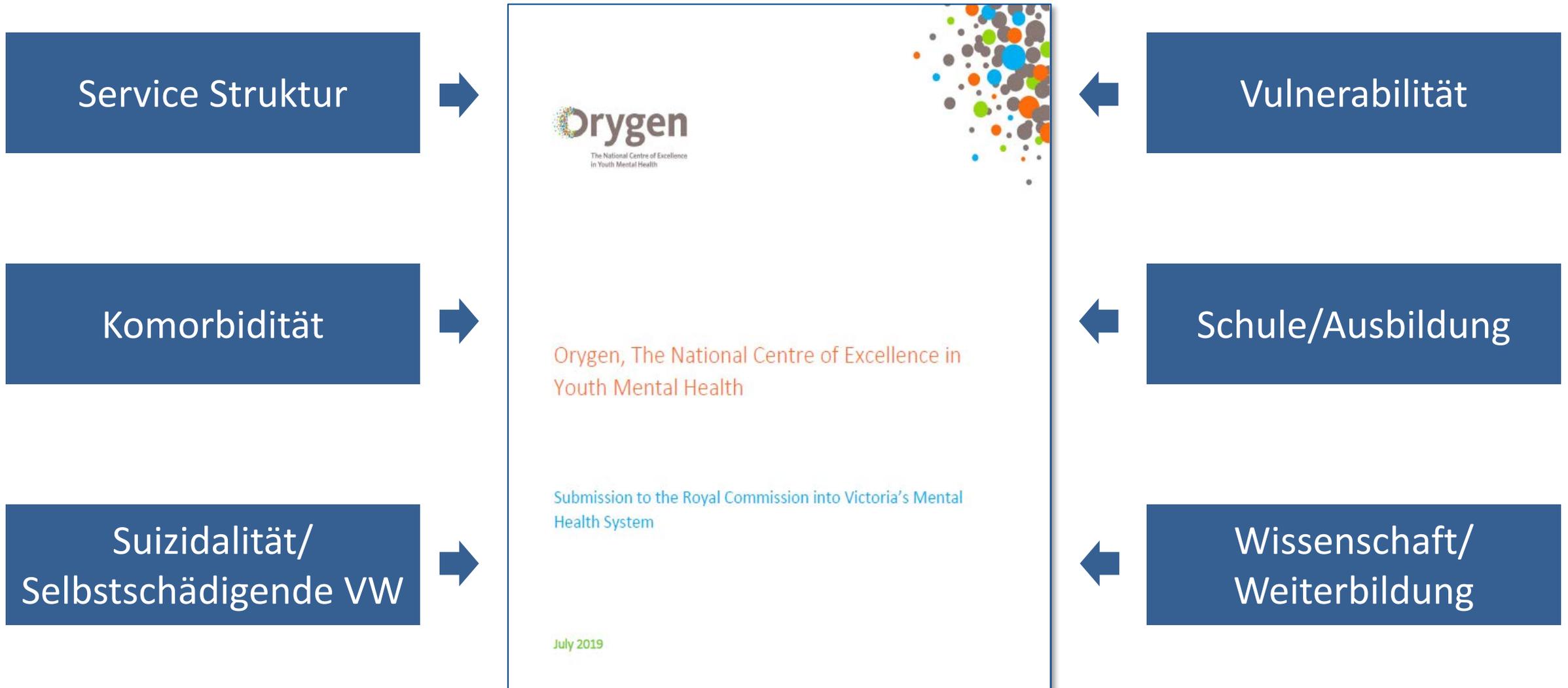
Ergänzende Ansätze in KJP und EP

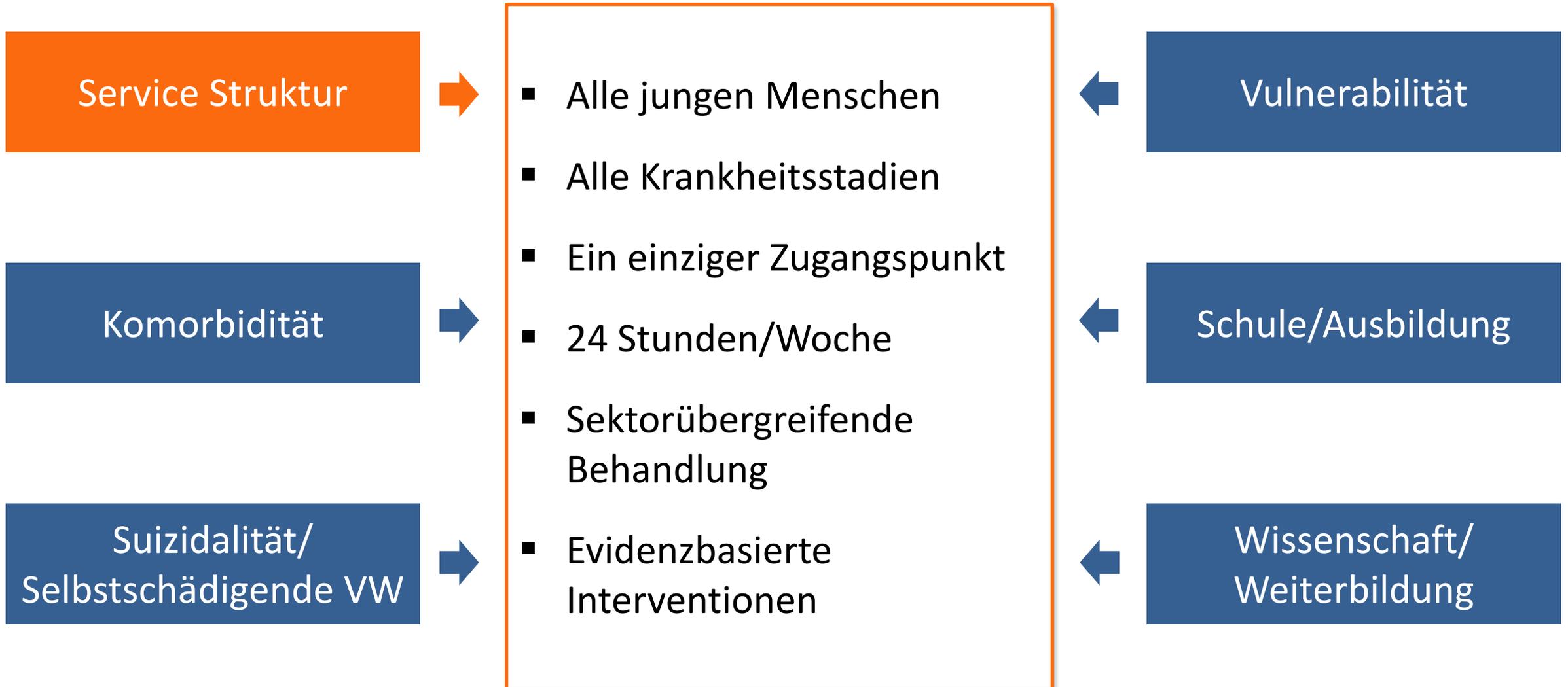
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Erwachsenenpsychiatrie
<ul style="list-style-type: none"> • Familienzentrierte Arbeitsweise Eltern-/Familiengespräche, Elterntraining, Etablieren von Hilfen zur Erziehung • Einverständniserklärungen alle Sorgeberechtigte notwendig • Einbezug des weiteren Lebensumfeldes z.B. Schule, Peers • Neben psychiatrischem Auftrag: Pädagogischer Auftrag, hierfür mehr Personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenzentrierte Arbeitsweise • Progression wird gefördert und gefordert • Einbeziehen der Angehörigen auf Wunsch des Patienten • Einbezug Sozialdienst, wenn erforderlich • Systematische Kombination Psychopharmakotherapie und Psychotherapie

Transition aus der jeweiligen Sicht – Typische Schwierigkeiten?

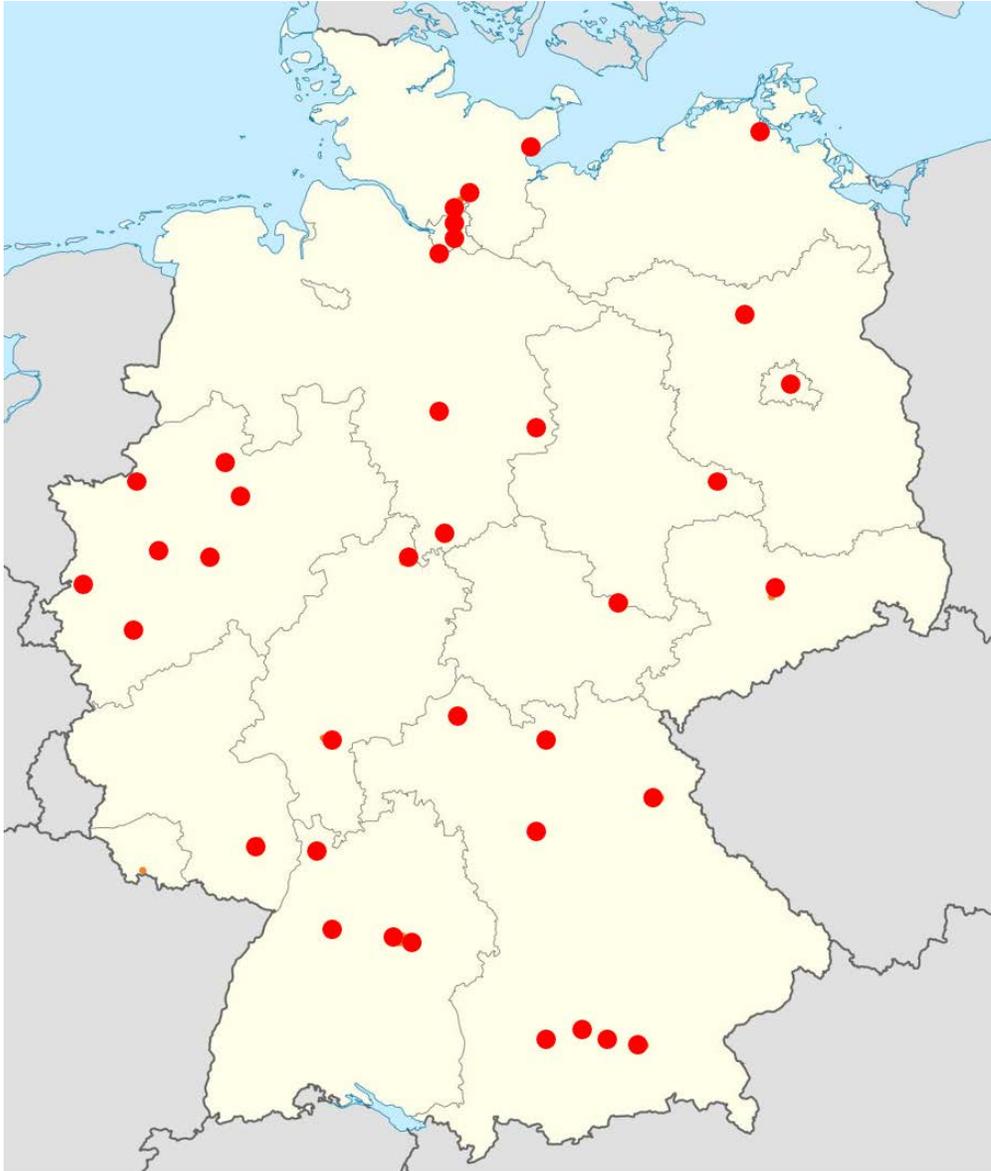
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Erwachsenenpsychiatrie
<ul style="list-style-type: none"> • Probleme, loszulassen („Patient braucht uns“) • Verkennen, dass Transition notwendig („Wenn Patient behandelt wird, ist er danach gesund“) • Aufbau eines bedrohlichen Szenarios: („Darum kümmert sich in der Erwachsenenpsychiatrie niemand mehr“) • Plötzliche Transition, wenn Patient in KJP nicht mehr/schwer zu führen -> wird von Patient als „Strafe“ empfunden • Konsultation erst im Notfall, dann schlechtere Erfahrung für Patient als wenn geplant und gut vorbereitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Unzureichender und undifferenzierter Einbezug von Vorbefunden („War schon mal in der KJP. ADHS oder so..., das haben da ja alle...“) • Unkenntnis verschiedener Störungsbilder (Störung des Sozialverhaltens, frühkindlicher Autismus oder Teilleistungsstörungen) • Patienten kommen nicht an, Behandlungen werden verschleppt, Rückfälle und Behandlungsabbrüche („Psychostimulantien wozu?“) • Fehlender/unzureichender Einbezug familiäres Umfeld • Zu frühe Erwartung an Selbstverantwortlichkeit („Wer nicht will, der hat schon“)



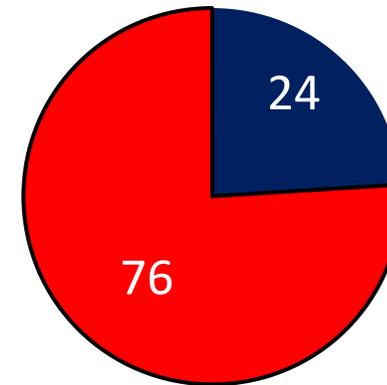
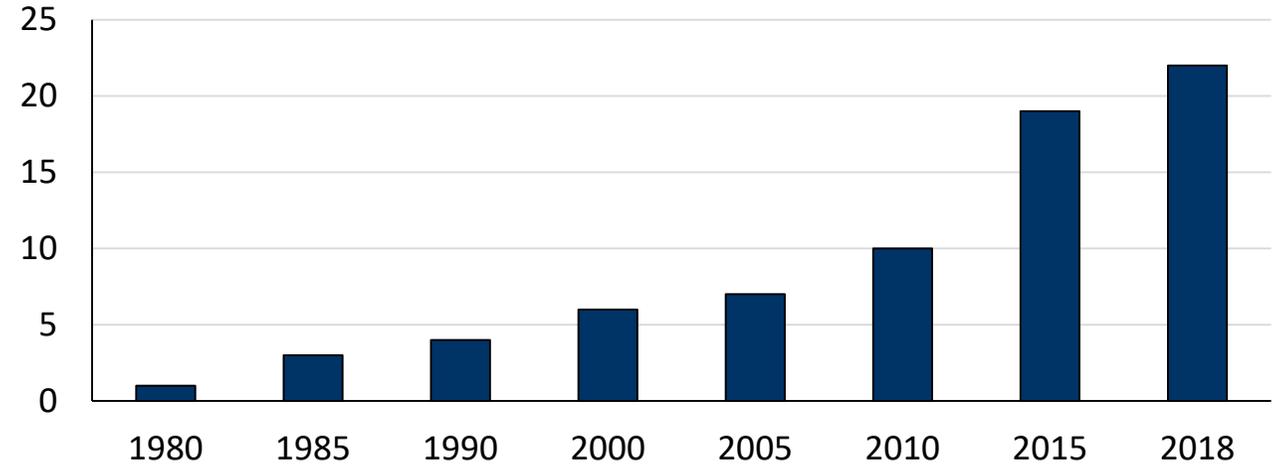




Adoleszenzspezifische Angebote in Deutschland

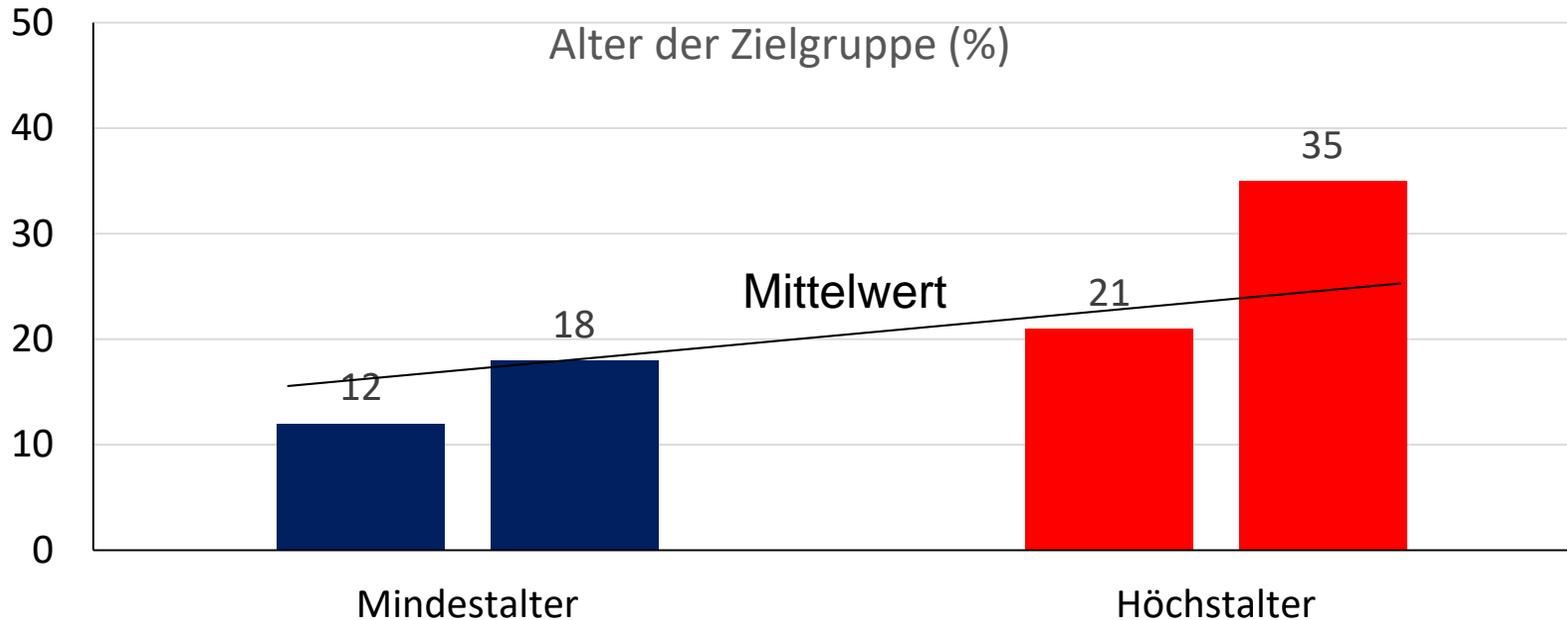


Zunahme adoleszenzspezifischer Angebote



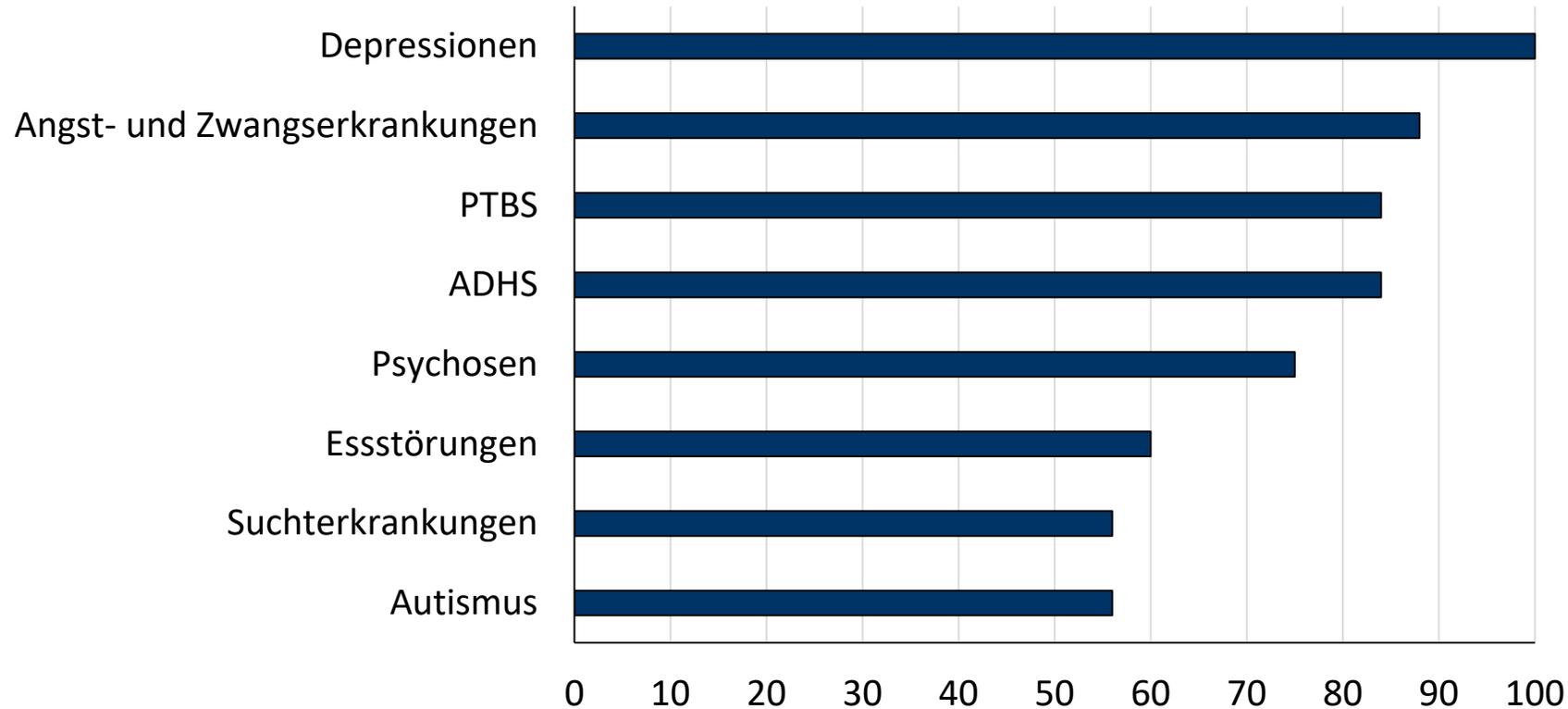
■ Interdisciplinary ■ One Discipline

Welche Altersgruppe wird behandelt?



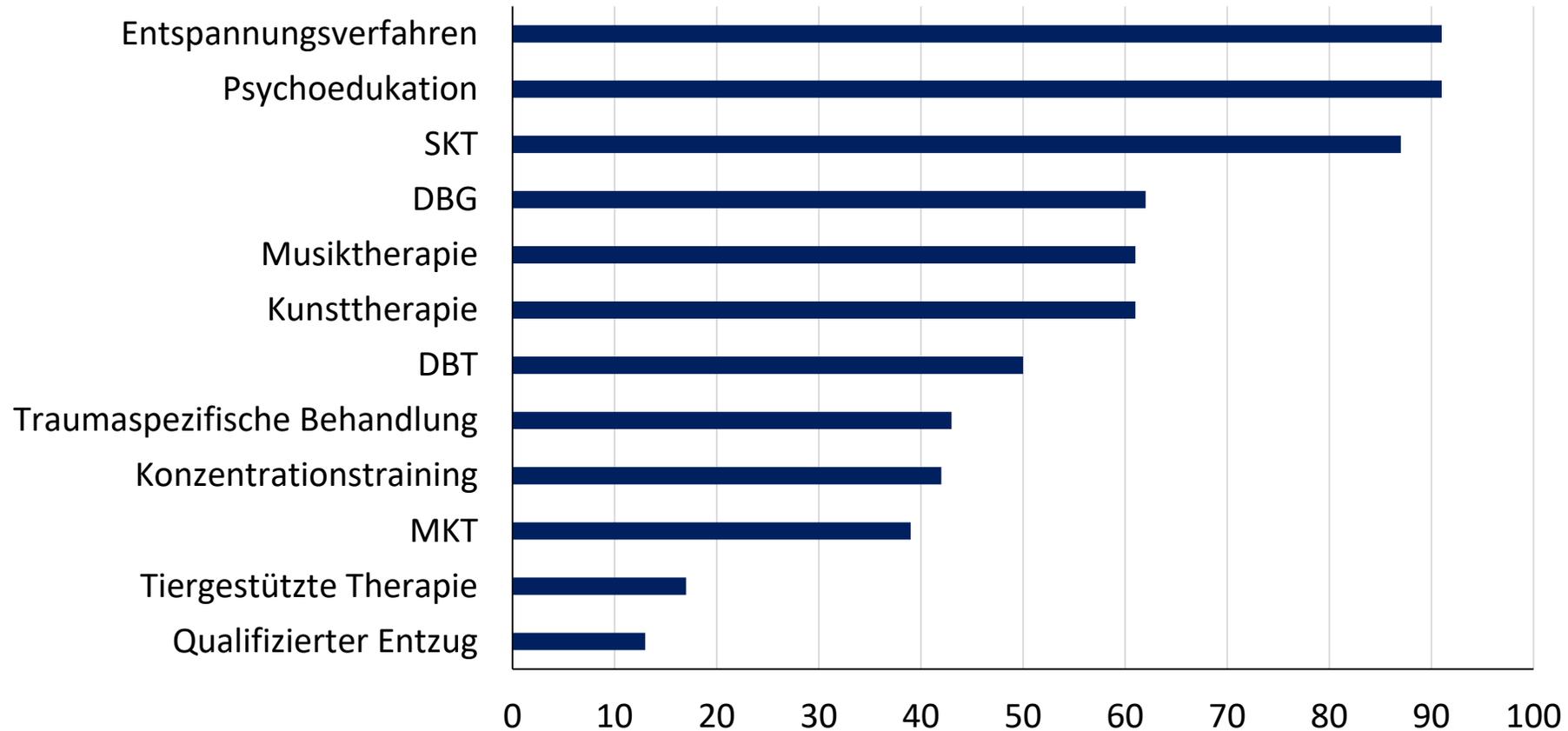
- Im Mittel wird die Altersgruppe 16-25 Jahre adressiert
- 16% der Angebote bis 21 Jahre und 64% ab 18 Jahren
- In 52% der Angebote erfolgt die gemeinsame Behandlung von minderjährigen und volljährigen Patienten

Behandelte Krankheitsbilder (Mehrfachnennungen, %)

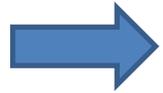


- Häufigste genannte Diagnosen: Depression und Persönlichkeitsstörung (Borderline)
- Spezifische Angebote für Psychosen und Sucht
- 64% Früherkennungsangebot vor Ort
- Oft genannte Ausschlusskriterien: akute Suizidalität, akute Psychose, Sucht als Hauptdiagnose, geistige/körperliche Behinderung (seltener: Autismus, Essstörung, sprachliche Barriere)

Therapeutische Angebote (Mehrfachnennungen, %)



- Einzelpsychotherapie und Bezugspflege werden durchgehend angeboten



Präventive Ansätze: Ressourcenstärkung und Entwicklungsförderung

Familie und Schule/Arbeit

- Familientherapie
- Hausbesuche
- Jobfit und Bewerbungstraining
- Schulbegleitung
- Hausaufgabengruppen

Körper und Selbstfürsorge

- Sporttherapie
- Körperbildtherapie
- Ernährungs- und Haushaltstraining
- Kochkurse

Perspektive/Zukunft/Achtsamkeit

- Problemlösegruppe
- Lebensplanungsgruppe
- Spezifische Bezugsarbeit
 - „Do-It“
 - „Skills To Go“
- Peer-Gruppen
 - Offene Gruppen

Stand transitionsspezifischer Behandlungsangebote in Deutschland

- Zunahme krankenhausbasierter, adoleszenzspezifischer Behandlungsangebote Deutschlandweit
- Diagnoseübergreifende Therapieangebote und Multiprofessionalität
- Die häufigsten Krankheitsbilder sind affektive Störungen und Persönlichkeits(entwicklungs)störungen, weniger Akutbehandlung, Psychosen und Suchterkrankungen
- Adoleszenzspezifische Themenfelder werden durch spezifische Therapieangebote adressiert, unklar wie geeignet und wirksam diese Angebote sind
- Eine große Anzahl der Angebote richtet sich an volljährige Patienten, weniger fachübergreifende Angebote – Notwendigkeit Förderung der interdisziplinärer Zusammenarbeit



Der Adoleszenzbereich in Hamburg

21 stationäre Plätze (16-25 Jahre)
8 teilstationäre Plätze (16-25 Jahre)
FEPS Ambulanz (12-29 Jahre)

- Diagnostik/Krisenintervention
- Depressive Störungen (DBG-A)
- Emotional Instabile Syndrome (DBT-A)
- Traumabehandlung (DBT-PTBS)

Gemeinsame Zuständigkeit KJP/EP

Enge Kooperation Früherkennung/IV



UKE
HAMBURG

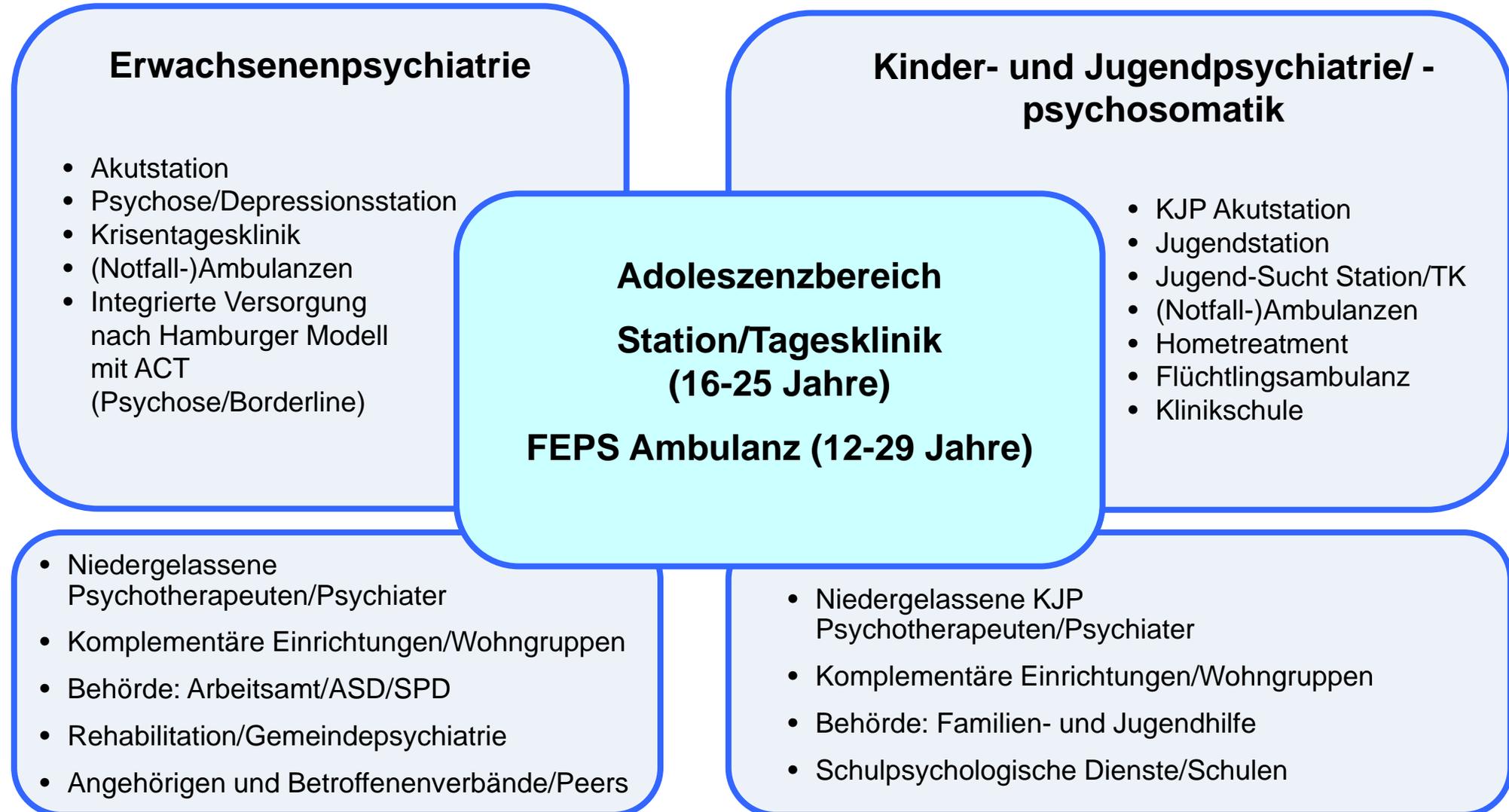
Zentrum für Psychosoziale Medizin,
Psychiatrie und Psychotherapie

Der stationäre Adoleszentenbereich
Behandlung von Jugendlichen
und jungen Erwachsenen

Eine klinikübergreifende Kooperation der Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie

Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Früherkennung und Adoleszenzbereich im Netzwerk



Diagnose-, Alters- und Fachübergreifende Früherkennungsambulanz (12-29 Jahre)

- Früherkennungsdiagnostik
- Früh-/Krisenintervention
- Behandlungsplanung/Navigation
- Familienintervention

Gemeinsame Zuständigkeit KJP/EP

Enge Kooperation Adoleszentenstation/IV

UKE
HAMBURG

Früherkennungsambulanz für
psychische Störungen (FEPS)

Früherkennung von psychischen Störungen
Im Jugend- und frühen
Erwachsenenalter

Ein gemeinsames Projekt der Erwachsenen-
psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie

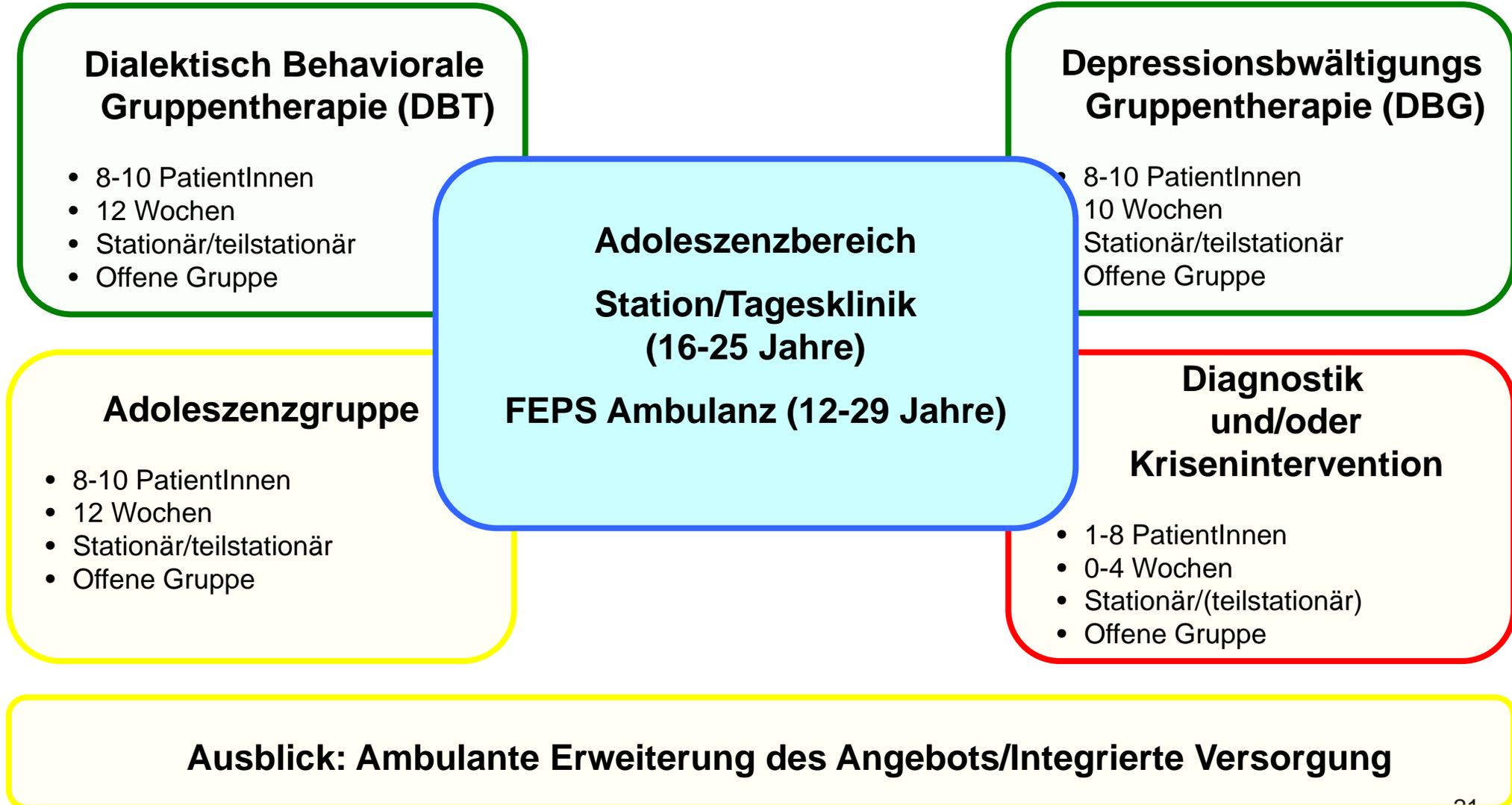
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

in Kooperation mit

FePS Früherkennungsambulanz
für psychische Störungen

psychnet
Hamburger Netz psychische Gesundheit

Therapieangebote im Adoleszenzbereich



Welche Behandlungsangebote werden gut angenommen? Welche weniger?

Wird von den meisten Patienten angenommen:

- Einzeltherapie
- DBT
- DGB (nach Anpassung)
- Offene Gruppe
- BeKo (früher SKT)

Teilnahme nach individueller Interessenslage:

- Hundetherapie
- Kreativangebote
- Musiktherapie
- Sport/Boxen

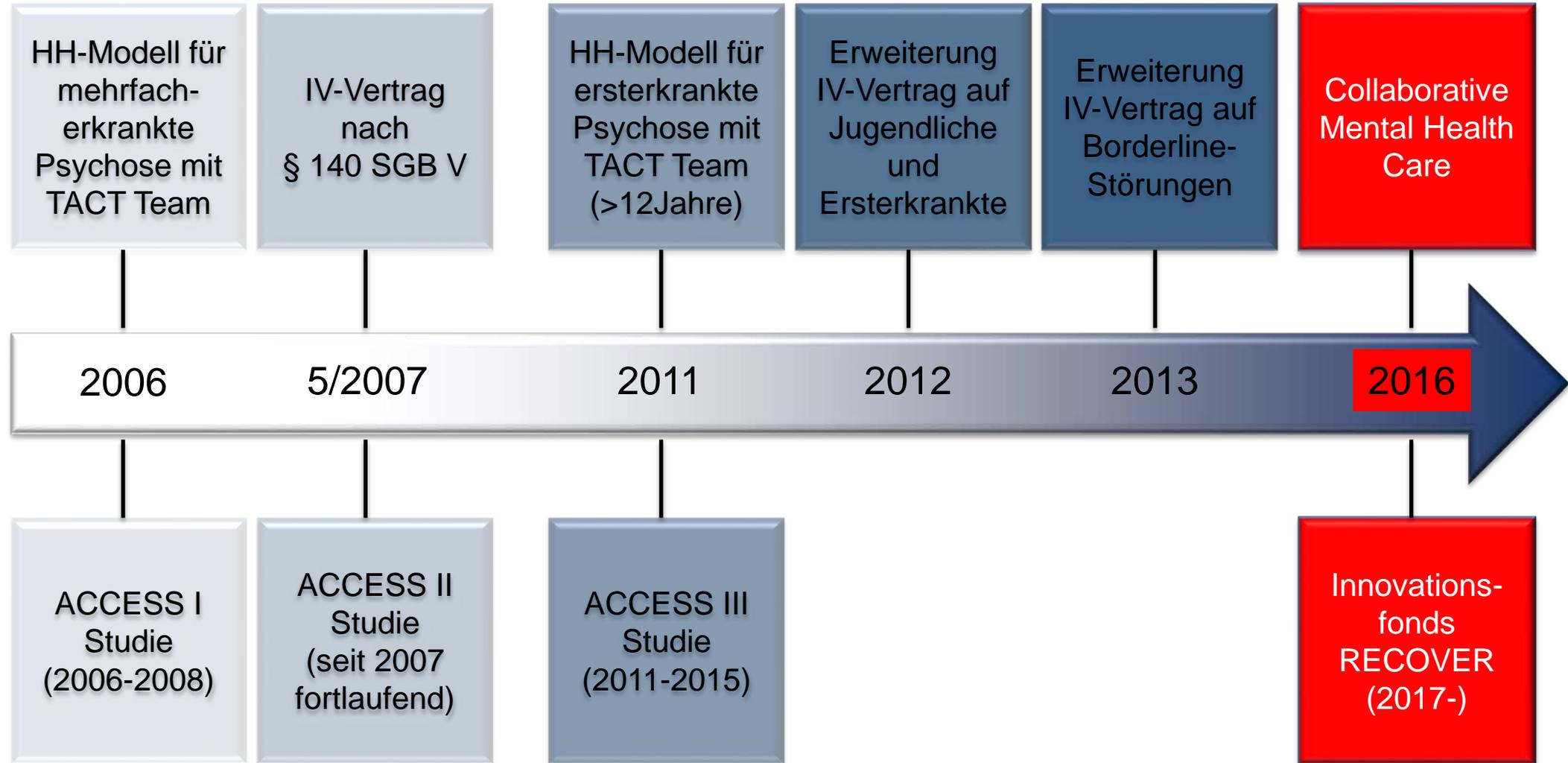
Eher schwierig:

- Bewegungsangebote/Achtsamkeitsübungen
- Entspannungsgruppen
- Skillsgruppen
- Selbstständig organisierte Gruppen

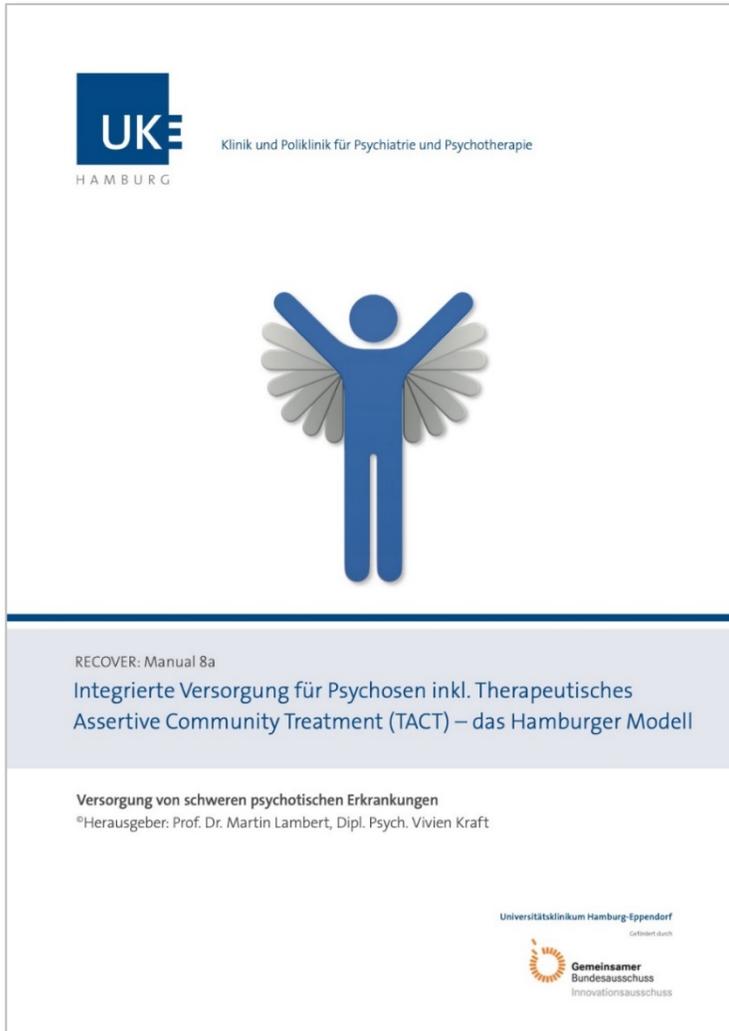
Immer ein Thema:

- Stationsregeln
- Beziehungen/Mobbing

Entwicklung der Hamburger Integrierten Versorgungsmodelle



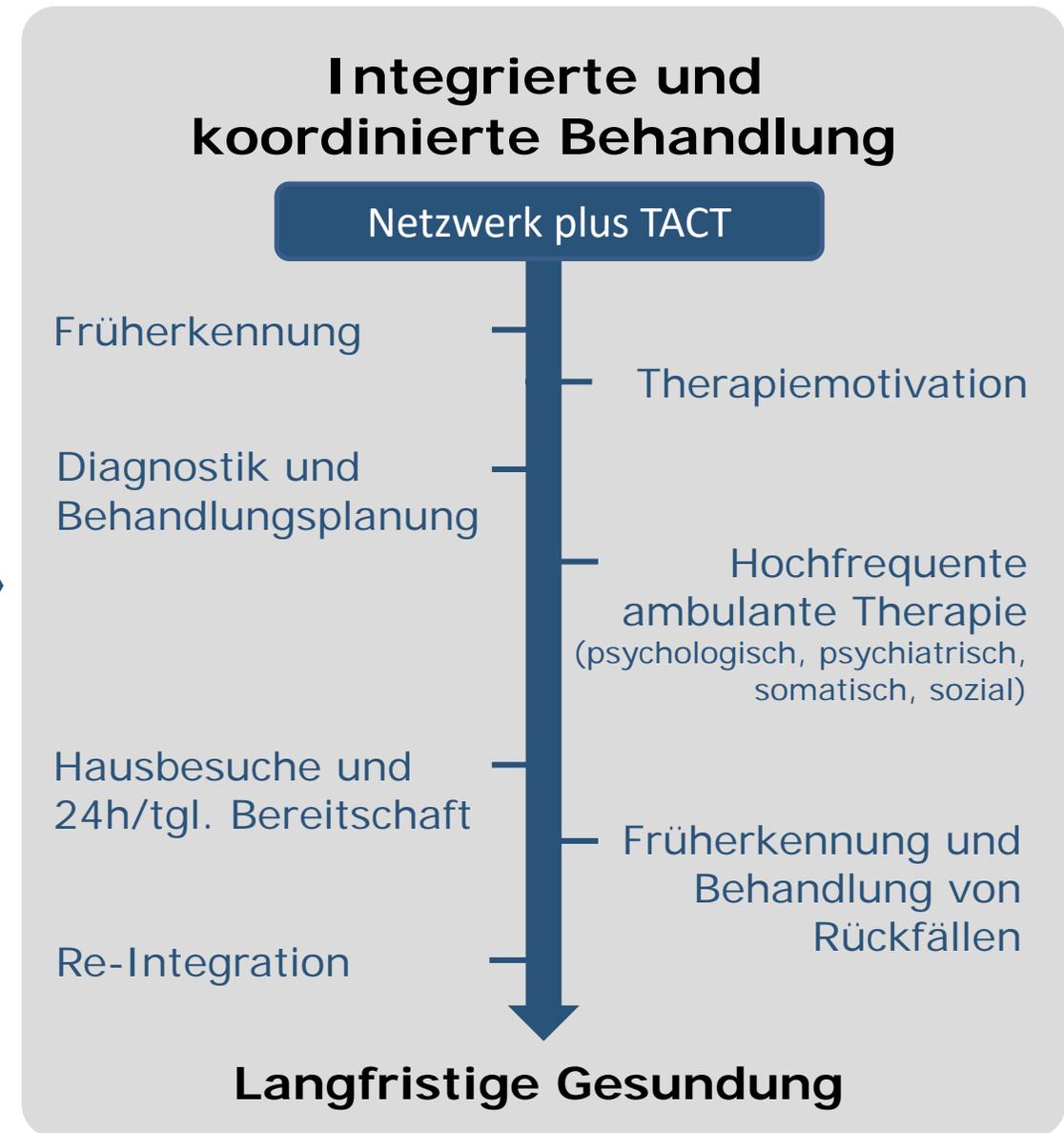
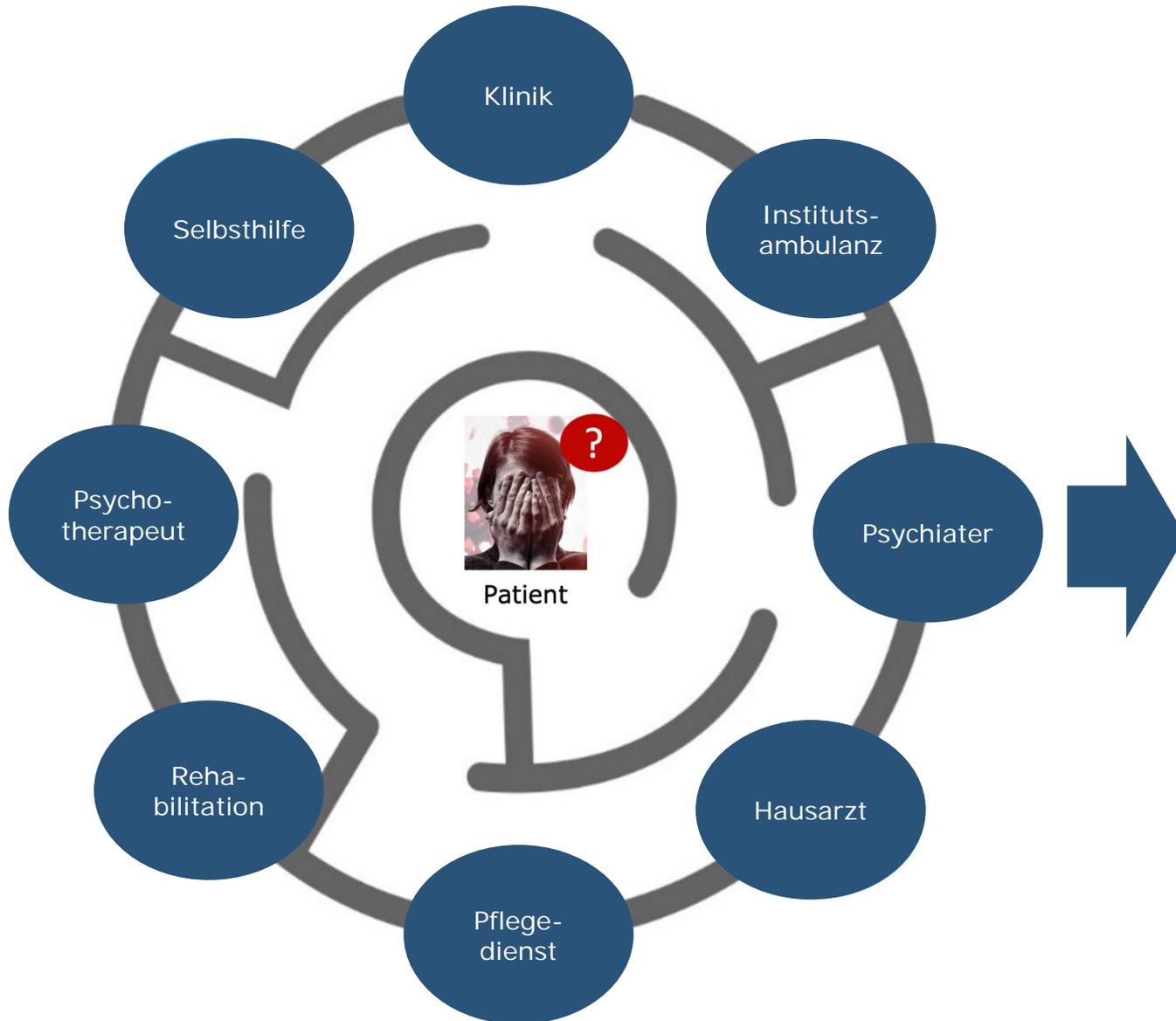
Integrierte Versorgung: das Hamburger Modell



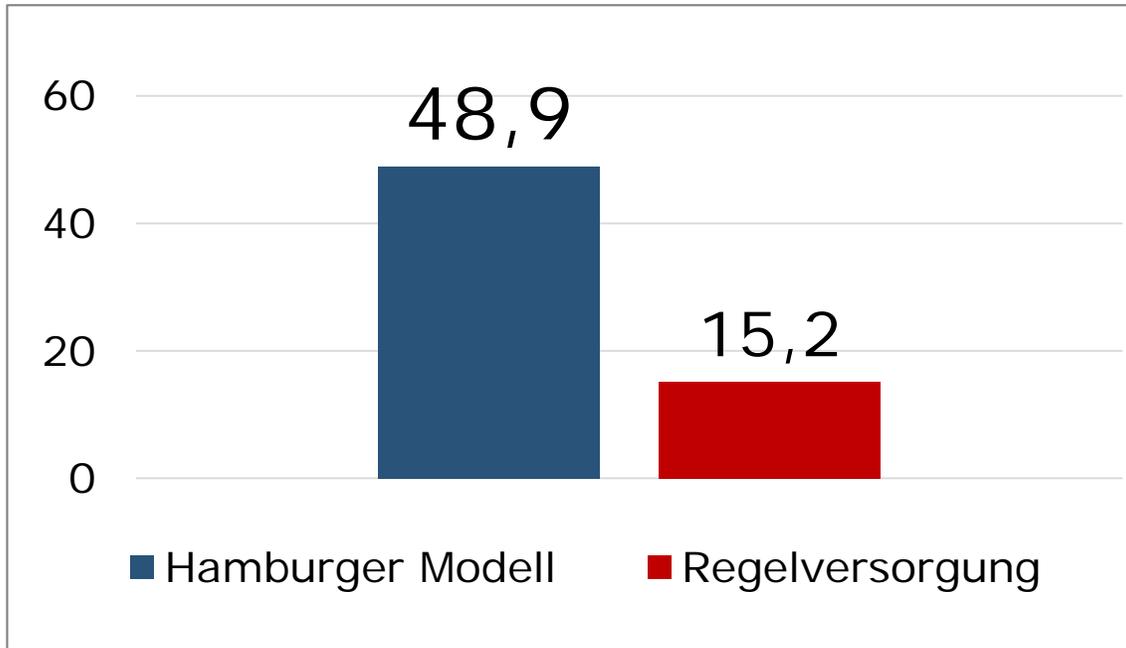
Qualitätssicherungsmanual
des Hamburger Modells

- Seit 2007 bestehende integrierte und koordinierte Behandlung von schweren psychotischen Erkrankungen
- Sektorenübergreifendes Netzwerk aus Kliniken der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie mit stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten und ambulanten Leistungserbringern
- Im Netzwerk 2 Teams nach dem Modell des Therapeutischen Assertive Community Treatment (TACT)
- Jahresfallpauschale nach §140a SGB V (Assertive Community Treatment nicht Teil der Regelversorgung)
- Unterstützende Krankenkassen:
 - DAK Gesundheit
 - HEK
 - IKK Classic
 - Mobil Krankenkasse (früher BKK Mobil Oil)

Das Versorgungssystem für SMI und das Hamburger Modell



Integrierte Versorgung – das Hamburger Modell



Im Vergleich zur Regelversorgung führt das Hamburger Modell zu einer **dreifach höheren Remissionsrate** symptomatischer und funktionaler Gesundheit

Pro Patient:in	Hamburger Modell	Standardversorgung
Durchschnittliche Anzahl Tage im Krankenhaus	10,3	28,2
Durchschnittliche Anzahl Tage in Tagesklinik	2,6	16,4
Durchschnittliche Anzahl ambulante Kontakte	116,3	15,6
Durchschnittliche jährliche Behandlungskosten (stationär & ambulant)	9.850 Euro	18.215 Euro

Im Vergleich zur Regelversorgung **reduziert** das Hamburger Modell bei 7,5facher Anzahl von Behandlungen die **jährlichen direkten Kosten um 46%**

RECOVER

Gestufte und koordinierte Versorgung
unter Einbindung von E-Mental-Health



Was sind die Versorgungsgrundsätze der gestuften und koordinierten Versorgung?



Sektorenübergreifend-koordiniert

Leistungserbringer arbeiten über die Sektorengrenzen hinweg abgestimmt und koordiniert zusammen.



Schweregrad-gestuft

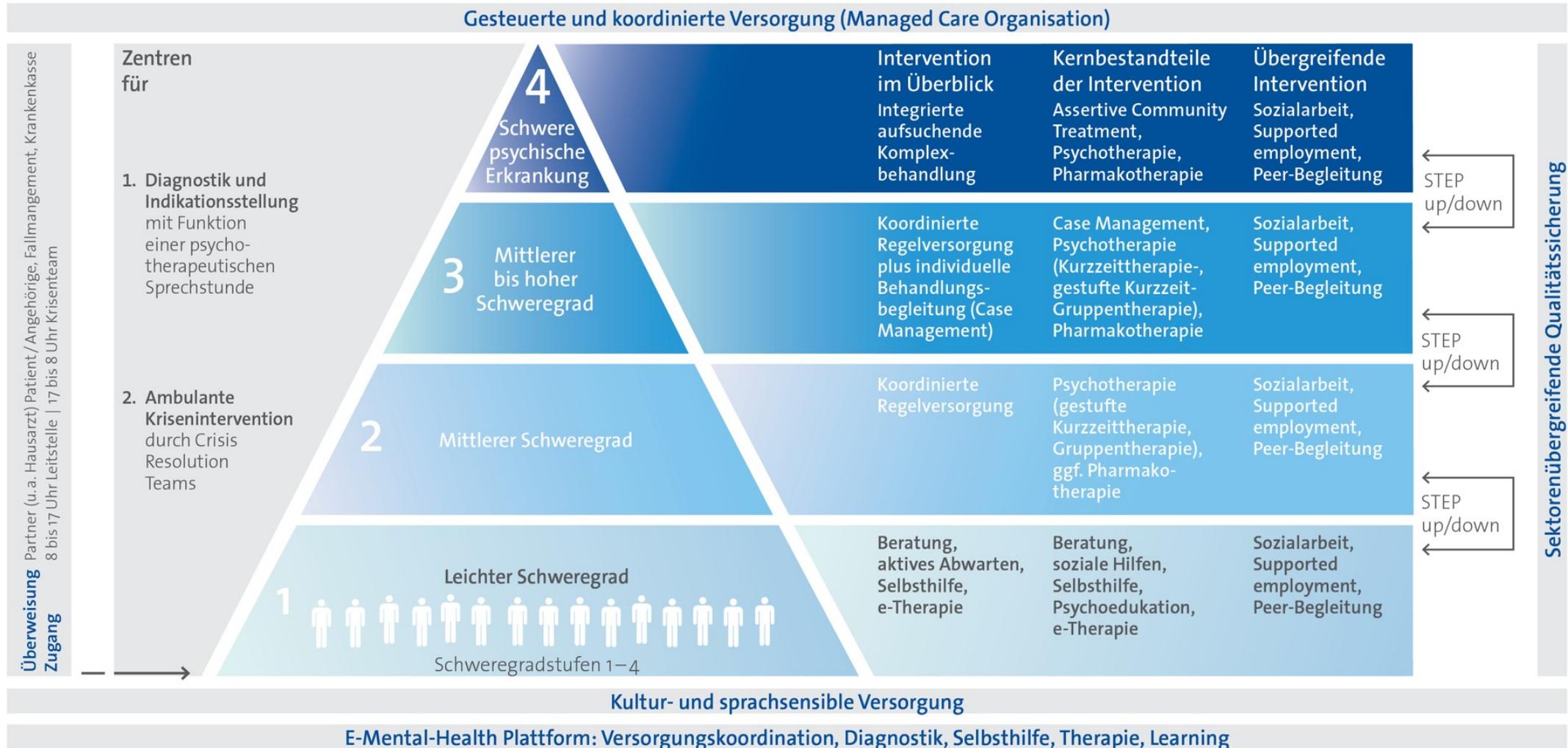
Die Therapien richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung. Es wird mit der effektivsten und ressourcensparenden Behandlung begonnen.



Evidenzbasiert

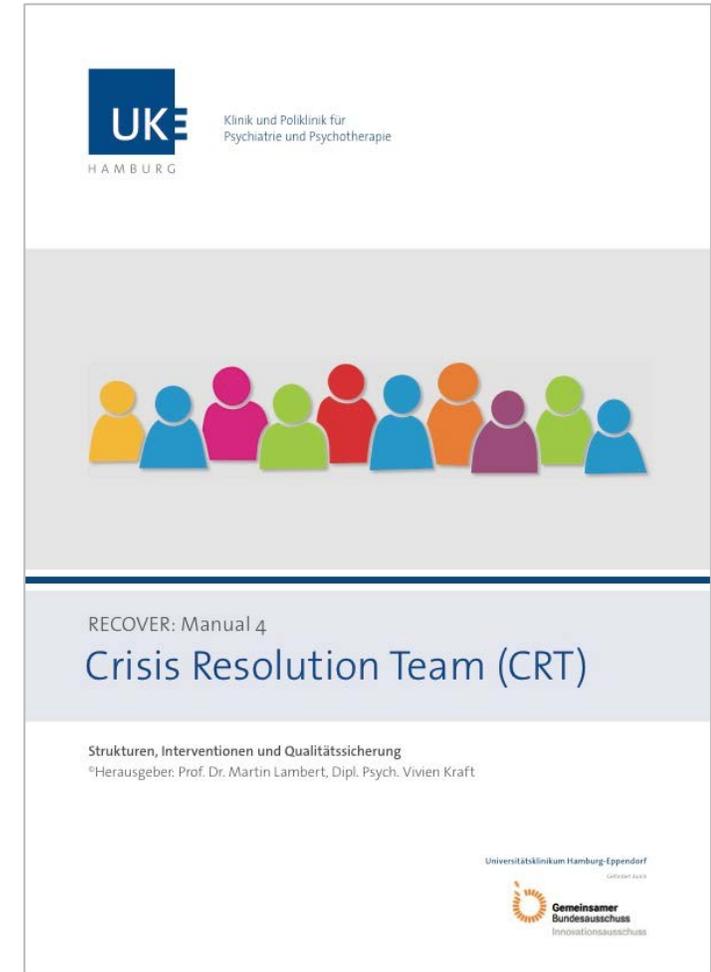
= Möglichst viele Behandlungsmodelle und Therapien sind nachweislich wirksam. Wirksame Therapien sind effizienter.

Das RECOVER-Versorgungsmodell



- **Multiprofessionell, interdisziplinär**
 - Ärzte, Psychologen, Pflege, Sozialarbeiter, Genesungsbegleiter
 - Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Allgemeinmedizin, Sexualmedizin/Forensik, Supported Employment
- **Hauptaufgaben:**
 - Biopsychosoziale interdisziplinäre (Erst)Diagnostik
 - Indikationsstellung und Behandlungsplanung
 - Sektorenübergreifende aufsuchende Krisenintervention (stationsverkürzend und stationsersetzend)
 - Managed Care (Umsetzung des sektorenübergreifenden Behandlungsplans)

Lambert M, Kraft V. Stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld -
Crisis Resolution Team (CRT): Strukturen, Interventionen und Qualitätssicherung © UKE 2017



RECOVER Modell: Ergebnisse

Die Studie: RCT, 12 Monate RECOVER versus Regelversorgung, N=905, Alter 16+ Jahre

Die Ergebnisse: 1. Kostenreduktion, 2. besseres Outcome und 3. Effizienz in RECOVER

Hohe Kostenreduktion (p>0.001)	Besserer Behandlungserfolg (p<0.05, EM Imputation)	Kosteneffektivität
<ul style="list-style-type: none"> • direkte und indirekte Kosten -22% • GKV Kosten -36% • Krankenhauskosten -50% • Hochkostenpatienten -54% 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychosozialer Behandlungserfolg (kombiniertes Maß aus Symptomen, Alltagsfunktion und Lebensqualität) 	<ul style="list-style-type: none"> • >95% kosteneffektiv, • Versorgungskosten • Qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALY) • Dominanz für RECOVER (ICER)

Hintergrund für eine Transitionsmedizinische Versorgung in der Adoleszenz:

- 75% der psychischen Erkrankungen beginnen in der Kindheit und Jugend bis zum Alter von 24 Jahren.
- Frühe und schwere psychische Erkrankungen bergen ein Risiko von 60-80% der Kontinuität und Chronizität.
- Die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens ist in dieser Altersgruppe geringer als bei Erwachsenen. Die Folgen sind eine hohe und langfristige Krankheitslast für junge Patienten und deren Angehörige.

Psychische Erkrankungen beginnen früh in der Pubertät und haben ohne angemessene Behandlung ein hohes Risiko für die Persistenz bis in das Erwachsenenalter

- Verkürzung der Dauer der unbehandelten Krankheit
- Reduktion von Behandlungsabbrüchen und Verbesserung des klinischen und funktionellen Outcomes
- Besserer Zusammenarbeit und Zufriedenheit von Patienten und ihren Familien
- Geringeren Gesamtkosten durch geringere Kosten für stationäre und tagesklinische Behandlungen, weniger Notfallkontakte, weniger Nutzung von Rehabilitationseinrichtungen, aber mit höheren ambulanten Kosten

Integrierte Versorgung ist eine wertvolle Investition, für die Betroffenen, ihre Familien und die Gesellschaft

Herausforderungen sind:

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit individueller Gewichtung Kinder- und Jugendpsychiatrischer und Erwachsenenpsychiatrischer Schwerpunkte in der Behandlung
- Zusammenarbeit verschiedener Bereiche des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystems
- die vollständige Abdeckung der Verantwortlichkeiten sowohl für Jugendliche als auch für junge Erwachsene
- die Flexibilität der Behandlung und ausreichende Ressourcen mit dem Ziel, auf die individuellen Bedürfnisse junger Menschen einzugehen

Herzlichen Dank für ihre
Aufmerksamkeit!