

Forschungsnetzwerk KODAP

Pilotdaten zur Inanspruchnahmepopulation universitärer Psychotherapie-Ambulanzen für Kinder und Jugendliche

Tina In-Albon¹, Hanna Christiansen², Stephanie Imort⁴, Karen Krause³, Angelika Schlarb⁴, Silvia Schneider³, Daniela Schwarz¹, Lorenz Weber², KODAP-Team und Julia Velten⁵

¹Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Koblenz-Landau

²Fachbereich Psychologie, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Philipps-Universität Marburg

³Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum

⁴Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Abteilung für Psychologie, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Universität Bielefeld

⁵Klinische Psychologie und Psychotherapie, Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum

Zusammenfassung: *Theoretischer Hintergrund:* Die Anzahl universitärer psychotherapeutischer Ambulanzen für Kinder und Jugendliche an psychologischen Instituten ist in nur wenigen Jahren deutlich angestiegen. Diese erfreuliche Entwicklung ist potentiell für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen, die praxisnahe Lehre im Psychologiestudium, die qualifizierte Psychotherapieausbildung und die klinisch-psychologische Forschung äußerst relevant. Der Wissensstand bezüglich Diagnostik, Ätiologie und psychotherapeutischer Behandlung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter steht für viele Störungsbilder deutlich hinter dem umfangreichen Forschungs- und Wissensstand psychischer Störungen des Erwachsenenalters. Vor diesem Hintergrund ist die Initiative, Daten der universitären Psychotherapieambulanzen für Kinder und Jugendliche zusammenzuführen, ein wesentlicher Schritt, um der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen gleich gut begründete und evaluierte Behandlungsansätze zukommen zu lassen. KODAP – die Koordination der Datenerhebung und -auswertung an Forschungs-, Lehr- und Ausbildungsambulanzen für psychologische Psychotherapie – übernimmt dabei die Koordination dieses komplexen Vorhabens sowohl für den Kinder- und Jugend- als auch den Erwachsenenbereich. *Fragestellung/Methode:* Es werden die soziodemographischen und klinischen Daten der im Jahr 2016 behandelten Patient_innen, deren Eltern und jeweiligen Therapeut_innen von sieben Ambulanzen beschrieben. Hierzu werden die deskriptiven Angaben zu Diagnosehäufigkeiten, Altersstruktur, Anzahl komorbider Störungen der Patient_innen und eine soziodemographische Beschreibung der Therapeut_innen und Eltern vorgestellt und diskutiert. *Ergebnisse:* Für das Jahr 2016 stehen Daten von 568 Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 20 Jahren ($M_{\text{Alter}} = 11.89$, $SD = 3.68$; 46.6% weiblich) zur Verfügung. Die häufigsten Diagnosen stellten die Angststörungen (F40, F41, F93) mit 317 Diagnosen (35.30%), gefolgt von den hyperkinetischen Störungen und den Störungen des Sozialverhaltens (F90, F91, F92) mit 195 Diagnosen (21.71%) dar. Bei 45.6% der Patient_innen wurde mehr als eine Störungsdiagnose festgestellt. Des Weiteren lagen die Daten von 257 Müttern bzw. 228 Vätern und 126 Therapeut_innen, davon 83.1% weiblich, vor. *Schlussfolgerungen:* Die Studie zeigt die Machbarkeit der Zusammenführung und Aufbereitung der Daten aus universitären Psychotherapieambulanzen für Kinder und Jugendliche. Zudem geben die Pilotdaten einen ersten Einblick in diese Inanspruchnahmepopulation.

Schlüsselwörter: Hochschulambulanzen für Kinder und Jugendliche, Versorgungsforschung, Psychotherapieforschung

KODAP Research Network: Pilot Data of a Project for Coordinating Research at University Outpatient Psychotherapy Clinics for Children and Adolescents in Germany

Abstract: *Background:* In recent years, the number of university outpatient psychotherapy clinics for children and adolescents in Germany has substantially increased. This is of potential importance not only for the health care of young people affected by mental disorders but also for teaching and mental health research. Knowledge about certain disorders in children and adolescents, predictors of treatment success, and treatment trajectories is still in its early stages. *Objective:* Therefore, in 2013 an initiative was launched to aggregate data from university outpatient psychotherapy clinics for children and adolescents in order to create a German-wide research data platform. KODAP – short for the coordination of data collection and evaluation at research and training outpatient clinics for psychotherapy – is responsible for the coordination of this complex project for children/adolescents and adults. *Method:* The patient population treated in seven university outpatient psychotherapy clinics for children and adolescents in 2016 is described. Descriptive data on the diagnoses as well as on the age, frequency of comorbid disorders of the patient population, their parents, and their therapists are presented. *Results:* For the year 2016, data of 568 children and adolescents between 3 and 20 years of age ($M = 11.89$, $SD = 3.68$; 46.6% female) were available. The most frequent diagnoses were anxiety disorders (F40, F41, F93; $n = 317$, 35.30%) followed by attention-deficit hyperactivity disorders and conduct

disorders (F90, F91, F92; $n = 195$, 21.71%). In 45.6% of the patients, there was at least one additional comorbid diagnosis. The data of 257 mothers, 228 fathers, and 126 therapists, of these 83.1% female, are described. *Conclusion:* The present study indicates the feasibility of consolidating and evaluating research data across university outpatient psychotherapy clinics for children and adolescents. This KODAP pilot study provides the first description of this patient population.

Keywords: psychotherapy research, outpatient clinic for psychotherapy, children and adolescents, health-care research

Das Forschungsnetzwerk KODAP (**Ko**ordination der **Da**tenerhebung und -auswertung an Forschungs- und Ausbildungsambulanzen für **Psy**chotherapie) hat sich zum Ziel gesetzt, die psychologische Psychotherapie an deutschen Hochschulambulanzen zu evaluieren und eine deutschlandweite Forschungsdatenplattform für die Klinische Psychologie und Psychotherapie sowohl für den Erwachsenen- als auch den Kinder- und Jugendlichenbereich zu schaffen (Hoyer et al., 2015; Velten et al., 2017). Seit 2017 ist der Verbund universitärer Ausbildungsstätten für Psychotherapie, unith e.V., Träger des 2013 initiierten KODAP Forschungsverbundes. Jährlich wird ein Kerndatensatz (siehe Velten et al., 2017) zusammengeführt, der die Patient_innenpopulation, die Bezugspersonen, die Therapeut_innen und die Therapieergebnisse abbildet. 2018 wurde mit der jährlichen Datenerhebung begonnen, so dass der Datensatz kontinuierlich mit weiteren Daten (z. B. Langzeitkattamnesen) aufgefüllt wird. Diese längsschnittlich angelegte Datensammlung wird es in einzigartiger Weise erlauben, dringend benötigte groß angelegte Analysen zu diagnoseabhängigen Behandlungsverläufen, Prädiktoren des Therapieverlaufs und Langzeitverläufen von Psychotherapie durchzuführen. Diese Ergebnisse sollen die Psychotherapieforschung im naturalistischen Setting in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP), insbesondere die Prozess- und Versorgungsforschung, vorantreiben.

Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ist wirksam (Weisz et al., 2017), bei manchen Störungen wie Angststörungen ist die Effektivität gut (In-Albon & Schneider, 2007), bei anderen Störungen, z. B. depressiven Störungen oder der Behandlung von mehreren Störungen gleichzeitig sind die Effekte deutlich schwächer und heterogener (Weisz et al., 2017). Jedoch steckt die Prozess- und Versorgungsforschung der KJP erst in den Anfängen. Es bedarf einer neuen Generation von Therapiestudien über die Mechanismen, die Therapieveränderungen bei dieser Altersgruppe bewirken (Weisz & Kazdin, 2017). Dafür sind (naturalistische) Studien mit großen Stichproben notwendig, damit auch seltener Störungen besser untersucht werden können. Eine Herangehensweise ist daher die Zusammenführung von Daten aus KJP-Ambulanzen, die eine in wesentlichen Punkten vergleichbare Diagnostik und Evaluation der Behandlung durchführen. Wie Maur

und Lehndorfer (2017) in ihrer Übersicht zur aktuellen Versorgung der KJP festhalten, ist aufgrund mangelnder veröffentlichter Zahlen bislang wenig über die Rolle der KJP-Ambulanzen der Ausbildungsinstitute und Institutsambulanzen bekannt. Ziel dieser Studie ist es, die klinischen Merkmale der Inanspruchnahmepopulation, deren Eltern und Therapeut_innen sowie allgemeiner Therapieaspekte zu beschreiben, die 2016 in den an KODAP teilnehmenden KJP-Ambulanzen behandelt wurden. Folgende Forschungsfragen stehen dabei im Vordergrund: Welche Störungsdiagnosen und Diagnosegruppen werden häufig, welche selten behandelt? Wie häufig treten komorbide Diagnosen auf? Wie ist die Alters- und Geschlechtsverteilung der behandelten Kinder und Jugendlichen?

Methoden

Im August 2017 wurden alle universitären Hochschul- und Ausbildungsambulanzen, die über unith e.V. verbunden sind, zur Teilnahme an KODAP eingeladen. Bis Oktober 2018 waren acht KJP-Ambulanzen an fünf Standorten¹ sowie 26 Ambulanzen für Erwachsene KODAP beigetreten. Davon konnten sieben KJP-Ambulanzen den in Velten et al. (2017) definierten KJP-Kerndatensatz für das Jahr 2016 übermitteln. Aufgrund einer Nichtzustimmung einer Ethikkommission konnte eine KJP-Ambulanz die Daten von 2016 nicht übermitteln. Bis dahin aufgeführte Gründe für eine Nichtteilnahme bei KODAP waren Erstgründung der Ambulanz bzw. noch nicht vorhandene Daten aufgrund einer erst kurz vorher erfolgten Ambulanzgründung.

Patient_innen-Variablen

Zur Charakterisierung der behandelten Kinder und Jugendlichen zu Therapiebeginn wurden Alter, Geschlecht, Bezugsperson, besuchte Schule, Schul- bzw. Berufsabschluss, Wohnsituation und psychosoziale Belastungsfaktoren (max. drei) ausgewertet. Erfasst wurden zudem frühere Behandlungen und die ICD-10 F-Diagnosen, dabei

¹ Nicht alle Standorte verfügen über eine Hochschul- und eine Ausbildungsambulanz.

die Erstdiagnose und weitere Diagnosen (max. fünf). Als Erstdiagnose wurde im KODAP-Projekt die für die Aufnahme der Behandlung relevanteste Diagnose definiert. Diese Gewichtung beruht im Wesentlichen auf der Einschätzung des Schweregrades der Störung(en) und Behandlungsanlasses durch die diagnostizierende Person. Die Diagnosen wurden anhand eines standardisierten Verfahrens bzw. eines strukturierten klinischen Interviews nach ICD-10 oder DSM-IV z.B. dem Kinder-DIPS (Schneider, Unnewehr & Margraf, 2009) vergeben. Das Kinder-DIPS, Kind- und Elternversion, wurde mehrfach evaluiert (Überblick bei Margraf, Cwik, Pflug & Schneider, 2017) und weist eine gute Akzeptanz bei Kindern, Eltern und Interviewern auf (Neuschwander, In-Albon, Meyer & Schneider, 2017), ist reliabel (Neuschwander, In-Albon, Adornetto, Roth & Schneider, 2013) und valide (Schneider et al., 2009).

Als dimensionales Maß sind im KODAP Kinder und Jugendlichen-Kerndatensatz die Child Behavior Checklist/6-18R (CBCL/6-18R, Döpfner, Plück & Kinnen, 2014a) bzw. der Youth Self Report/11-18R (YSR/11-18R; Döpfner, Plück & Kinnen, 2014b) als Fremd- und Selbstberichtverfahren zur Erfassung eines breiten Spektrums psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aufgeführt. Anhand von gruppierten symptomorientierten Items erhält man Auskunft zu internalen Problemen, externalen Problemen und zur Gesamtauffälligkeit. Die 118 Items der CBCL/6-18R werden zu 8 Syndromskalen (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität, soziale Probleme, schizoid/zwanghaft, Aufmerksamkeitsstörung, dissoziales Verhalten, aggressives Verhalten) zusammengefasst. Die Validität von CBCL und YSR wurde mehrfach nachgewiesen (Döpfner et al., 2014a, b) und auch die Objektivität von CBCL und YSR ist in Bezug auf Durchführung, Auswertung und Interpretation gegeben. Die internen Konsistenzen der CBCL/6-18R für die vorliegende Stichprobe sind mit Cronbachs $\alpha = .95$ für die Skala Gesamtauffälligkeit, $\alpha = .87$ für die Skala Internale Probleme und $\alpha = .93$ für die Skala Externale Probleme gut. Für den YSR/11-18R ist die interne Konsistenz mit Cronbachs α für die Gesamtskala mit $\alpha = .94$, $\alpha = .92$ für die Skala Internale Probleme und $\alpha = .87$ für die Skala Externale Probleme ebenfalls gut. Bei der Auswertung wird jedem Summenwert nach Geschlecht und Alter ein *T*-Wert zugeordnet. Für die übergeordneten Skalen Internale Probleme, Externale Probleme und Gesamtauffälligkeit wurde der Cut-off Wert für klinische Auffälligkeit bei einem *T*-Wert > 63 und mit den *T*-Werten von 60–63 ein Übergangsbereich definiert (Döpfner et al., 2014a, b).

Die *Clinical Global Impression* Skalen (CGI; Guy, 1976; Kadouri, Corruble & Falissard, 2007) wurden eingesetzt, um eine Einschätzung des Schweregrades der psychischen Beeinträchtigung der Patient_innen zu ermögli-

chen. Von der Therapeutin bzw. vom Therapeuten erfolgt eine Einschätzung, ob die_der Patient_in „überhaupt nicht psychisch krank“ (= 1) oder „extrem schwer psychisch krank“ (= 7) ist.

Eltern-Variablen

Zur Beschreibung der Eltern wurden die Variablen Alter, Beziehungsstatus, Schulabschluss, Berufsabschluss und Arbeitsstatus ausgewertet.

Therapeut_innen-Variablen

Zur Beschreibung der Therapeut_innen wurden Alter, Geschlecht und die Information über das Vorliegen einer Approbation verwendet. Darüber hinaus erlaubten die erhobenen Daten eine Berechnung der Anzahl der durchschnittlich im Untersuchungszeitraum behandelten Patient_innen pro Therapeut_in.

Variablen auf Ebene der psychotherapeutischen Behandlung

Anhand der vorliegenden Daten wurden die Anzahl probatorischer Sitzungen, die Anzahl der Sitzungen nach Probatorik, die Anwendung von Einzel- und/oder gruppen-therapeutischen Methoden, das verwendete Richtlinienverfahren sowie Informationen zum aktuellen Status der Therapie – noch laufend, abgebrochen, regulär beendet – ausgewertet.

Als Veränderungsmaß nach der Therapie wurde von Patient_innen, Therapeut_in und Bezugsperson die Clinical Global Impression of Change Skala (CGIC; Schneider & Olin, 1996) erhoben, ob sich der_die Patient_in auf einer 7-stufigen Likertskala von „sehr deutlich gebessert“ (= 1) bis „sehr deutlich verschlechtert“ (= 7) hat.

Datenanalyse

Als deskriptive Variablen werden Mittelwerte, Standardabweichungen sowie Häufigkeitsangaben berichtet. Einige Variablen wurden im Erhebungszeitraum 2016 nicht von allen teilnehmenden Ambulanzen erfasst, da noch keine Harmonisierung der Instrumente erfolgte. Gültige Prozente werden daher aufgeführt, um den Anteil an der jeweiligen Grundgesamtheit darzustellen.

Tabelle 1. Art und Anzahl der früheren Behandlungen

Frühere Behandlungen	Patientenanteil
Psychiatrische Behandlung	22.4 %
Psychotherapie	21.5 %
Ergotherapie	13.8 %
Stationäre Therapie	13.4 %
Logotherapie	10.3 %
Frühförderung	6.1 %
Sonstiges	32.4 %

Anmerkung: „Sonstiges“ kann nicht näher bezeichnet werden.

Ergebnisse

Aus vier Standorten (Bielefeld, Bochum, Landau, Marburg) stellten sieben KJP-Ambulanzen (Ausbildungs- und Forschungsambulanzen) Daten von 568 behandelten Kindern und Jugendlichen aus dem Jahr 2016 für das Pilotprojekt zur Verfügung. Von den jeweiligen Ambulanzen wurden zwischen 38 und 270 Datensätze übermittelt.

Kinder und Jugendliche

Soziodemographie. Der Altersrange behandelter Kinder und Jugendlicher lag zwischen drei und 20 Jahren, mit einem Mittelwert von 11.89 Jahren ($SD = 3.68$). Die Hälfte aller Kinder (50 %) war zwischen 10 und 16 Jahre alt. Im Altersbereich 6 bis 10 Jahre waren es 26.1 %, zwischen 16 und 19 Jahren 19.1 %, unter 6 Jahren 3.3 % und über 18 Jahren 1.5 %. Das Geschlechterverhältnis ($n = 1$ keine Angabe) war mit 46.5 % ($n = 264$) weiblichen Patientinnen, bzw. 53.3 % ($n = 303$) männlichen Patienten beinahe ausgeglichen. Als Bezugsperson der Patient_innen wurden in 42.9 % der Fälle beide Eltern, in 51.4 % die Mutter, der Vater in 1.9 % und die Großeltern in 1.0 % sowie in 1.9 % eine außerfamiliäre Person z. B. die Jugendhilfe genannt. Bei den häufigsten besuchten Schulen handelte es sich bei 32.4 % um eine Grundschule, bei 21 % um ein Gymnasium, bei 12.5 % um eine Gesamtschule und bei 10.3 % um eine Realschule Plus (Kombination aus Haupt- und Realschule). Die weiteren besuchten Schulen waren Sonder- und Förderschule, Waldorfschule/Montessori, Berufsschule sowie Kindergarten. Von den Kindern wohnten 54.4 % bei den Eltern, 31.9 % bei der Mutter, 2.6 % beim Vater und 5.9 % in der stationären Jugendhilfe. Weitere 4.8 % gaben eine sonstige Wohnsituation wie z. B. teilstationäre Jugendhilfe oder Tagesgruppen an. Die Mehrheit der Patient_innen (64.5 %) hatte vor der Vorstellung in der ambulanten Psychotherapie an den universitären KJP-Ambulanzen eine frühere Behandlung

in Anspruch genommen. Tabelle 1 zeigt die Art der früheren Behandlung.

Störungsdiagnosen. Bei 94 % ($n = 534$) der Fälle lag nach der Diagnostik mindestens eine Diagnose vor. Insgesamt wurden 898 Diagnosen vergeben. Die häufigsten Störungskategorien waren mit 40.65 % die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9), gefolgt von den Neurotischen, -Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) mit 36.41 % und den Affektiven Störungen (F3) mit 12.03 %. Dabei stellten insgesamt die Angststörungen (F40, F41, F93) mit 317 Diagnosen (35.30 %) den größten Störungsbereich dar, gefolgt von den hyperkinetischen Störungen und den Störungen des Sozialverhaltens (F90, F91, F92) mit 195 (21.71 %) Diagnosen.

Tabelle 2 zeigt die Häufigkeiten aller vergebenen Störungsdiagnosen aufgeteilt nach Störungsbereichen und die häufigsten vergebenen Indexdiagnosen. Die drei häufigsten vergebenen Indexdiagnosen waren die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) mit 56 Diagnosen (10.5 %), gefolgt von Spezifischen Phobien (F40.20) mit 45 Diagnosen (8.5 %) und Sozialen Phobien (F40.10) mit 42 Diagnosen (7.9 %).

Die Anzahl der vergebenen Diagnosen lag im Schnitt bei 1.64 ($SD = 0.92$) mit einem Range von 0–5 Diagnosen, wobei max. 5 Diagnosen angegeben werden konnten. Eine komorbide zweite Diagnose lag bei 45.6 % ($n = 259$) und eine dritte bei 16.7 % ($n = 95$) der Patient_innen vor.

Psychopathologische Symptomatik

Im Datensatz sind die prä-Therapie Werte der CBCL/6–18R von $n = 182$ Müttern enthalten. Der Mittelwert des Gesamtwerts betrug $M = 52.92$ ($SD = 26.89$), für die internalisierende Problemskala $M = 15.70$ ($SD = 10.12$) und für die externalisierende Problemskala $M = 15.14$ ($SD = 11.15$). Der Mittelwert des Gesamt T -Werts betrug $M = 67.60$ ($SD = 9.94$). Der Range lag zwischen 31 und 91. Der

Tabelle 2. Häufigkeiten vergebener Störungsdiagnosen aufgeteilt nach Störungsbereichen und Häufigkeiten der Indexdiagnose

Störungsbereich	Störung bzw. Störungsbereich	ICD-10 Code	Anzahl vergebener Diagnosen	Häufigkeitsrang (1 = häufigste Diagnose)	Häufigkeit der Indexdiagnose
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	F10.20	1	60	
	Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	F12.20	2	48	
	Kokain: Schädlicher Gebrauch	F14.10	1	60	
	sonstige Stimulantien einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom	F15.20	1	60	
	multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	F19.X	1	60	
	Summe		6		
Schizophrenie, schizotypen und wahnhaftes Störungen	Schizophrenie	F20.X	2	48	
Affektive Störungen	Bipolare affektive Störung	F31.00	1	60	
	Leichte depr. Episode ohne somat. Syndrom	F32.00	40	6	24
	Leichte depr. Episode mit somat. Syndrom	F32.01	1	60	
	Mittelgradige depr. Episode	F32.10	21	13	14
	Schwere depr. Episode ohne psychot. Symptome	F32.20	1	60	
	Sonstige depr. Episoden; depr. Episode, n.n.bez.	F32.80 F32.90	1	60	
	Rezidivierende depr. Störung, ggf. leichte Episode ohne somat. Syndrom	F33.00	19	15	10
	Rezidivierende depr. Störung, ggf. mittelgradige Episode ohne somat. Syndrom	F33.10	5	27	3
	Rezidivierende depr. Störung, ggf. remittiert	F33.40	2	48	
	Dysthymia	F34.10	13	18	8
	Sonstige anhaltende affektive Störungen	F34.80	1	60	
	n.n.bez. affektive Störung	F39.00	1	60	
	Summe		106		
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Phobische Störungen	Agrophobie; Agrophobie ohne Angabe einer Panikstörung F40.0; F40.00	1	60	
	Agrophobie mit Panikstörung	F40.01	7	23	6
	Soziale Phobie	F40.10	70	3	42
	Spezifische (isolierte) Phobien	F40.2X	103	1	45
	Andere Angststörungen	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] F41.00	2	48	
	Generalisierte Angststörung	F41.10	37	7	30
	Angst und depr. Störung, gemischt	F41.20	4	33	4
	Zwangsstörungen	Vorw. Zwangsgedanken oder Grübelzwang F42.00	14	16	13
	Vorw. Zwangshandlungen [Zwangsrituale]	F42.10	3	41	
	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	F42.20	4	33	3
	Sonstige Zwangsstörungen	F42.80	2	48	
	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Posttraumatische Belastungsstörung F43.10	33	9	29
	Anpassungsstörungen	Anpassungsstörungen F43.2X	35	8	
Sonstige Reaktion auf schwere Belastung, n.n.bez.	F43.80 F43.90	3	41	2	
Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt F44.70	1	60		

Tabelle 2. Häufigkeiten vergebener Störungsdiagnosen aufgeteilt nach Störungsbereichen und Häufigkeiten der Indexdiagnose (Fortsetzung)

Störungsbereich	Störung bzw. Störungsbereich	ICD-10 Code	Anzahl vergebener Diagnosen	Häufigkeitsrang (1 = häufigste Diagnose)	Häufigkeit der Indexdiagnose	
	Somatoforme Störungen	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	F45.10	1	60	
		Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	F45.40	4	33	2
		Sonstige somatoforme Störungen, n.n.bez.	F45.80 F45.90	3	41	
		Summe		327		
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Essstörungen	Anorexia nervosa; Atypische Anorexia nervosa	F50.0 F50.1	10	21	2
		Bulimia nervosa	F50.20	2	48	2
		Essstörung, n.n.bez.	F50.90	3	41	
		Nichtorganische Schlafstörungen	F51.X	21	13	
		Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	F54.00	4	33	
		Summe		40		
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	F60.31	5	27	4
		Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ	F60.30	1	60	
		Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	F63.X	5	27	
		Summe		11		
Intelligenzminderung		F70.X	2			
Entwicklungsstörungen	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache		F80.X	5	27	
	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	Lese- und Rechtschreibstörung	F81.00	12	19	2
		Isolierte Rechtschreibstörung	F81.10	2	48	
		Rechenstörung	F81.20	5	27	2
	Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen		F82.X	4	33	
	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen		F83.00	2	48	
	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	Frühkindlicher Autismus	F84.00	2	48	
Asperger-Syndrom		F84.50	4	33	3	
Summe			36			
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Hyperkinetische Störungen	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	F90.00	84	2	56
		Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	F90.10	27	11	22
		Sonstige hyperkinetische Störungen	F90.80	1	60	
	Störung des Sozialverhaltens	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	F91.20	2	48	
		Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten	F91.30	60	4	31
		Sonstige Störungen des Sozialverhaltens, n.n.bez.	F91.80 F91.90	14	16	5
					2	

Tabelle 2. Häufigkeiten vergebener Störungsdiagnosen aufgeteilt nach Störungsbereichen und Häufigkeiten der Indexdiagnose (Fortsetzung)

Störungsbereich	Störung bzw. Störungsbereich	ICD-10 Code	Anzahl vergebener Diagnosen	Häufigkeitsrang (1 = häufigste Diagnose)	Häufigkeit der Indexdiagnose
Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	Störung des Sozialverhaltens mit depr. Störung	F92.00	3	41	2
	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	F92.80	4	33	2
Emotionale Störungen des Kindesalters	Emotionale Störung mit Trennungsangst	F93.00	43	5	26
	Phobische Störung	F93.10	12	19	6
	Störung mit sozialer Ängstlichkeit	F93.20	6	26	3
	Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität	F93.30	2	48	
	Sonstige emotionale Störung des Kindesalters, n.n.bez.	F93.80 F93.90	30	10	16 4
Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend	Elektiver Mutismus	F94.00	8	22	6
	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	F94.10	3	41	
	Sonstige Störungen sozialer Funktionen, n.n.bez.	F94.80 F94.90	7	23	
Ticstörungen	Vorübergehende Ticstörung	F95.00	4	33	
	Chronische motorische oder vokale Ticstörung	F95.10	7	23	4
	Kombinierte, vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)	F95.20	5	27	
Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen der Kindheit und Jugend	Enuresis	F98.0X	25	12	4
	Enkopresis	F98.10	3	41	1
	Stottern (Stammeln)	F98.50	1	60	
	Poltern	F98.60	1	60	
	Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen	F98.80	12	19	9
Summe			364		

Anmerkung: n.n.bez. = nicht näher bezeichnet

Mittelwert der *T*-verteilten Problemskalen Internale Probleme lag bei $M = 67.03$ ($SD = 10.70$) und für Externale Probleme bei $M = 61.84$ ($SD = 12.01$). Die Gesamt *T*-Wert Verteilungen bezüglich der Cut-offs zeigten, dass 22.1% ($n = 41$) der Kinder einen *T*-Wert von unter 60 aufwiesen, 8.7% ($n = 16$) im Übergangsbereich zwischen 60 und 63 lagen und somit 69.2% ($n = 125$) der Kinder einen *T*-Wert über 63 aufwiesen. Auf den beiden Unterskalen 2. Ordnung wiesen 65.6% bei der Internalisierenden Problemskala und 46.5% bei der Externalisierenden Problemskala einen auffälligen Wert auf.

Für den YSR/11–18R liegen die Daten von $n = 129$ Kindern und Jugendlichen vor. Der Mittelwert des YSR/11–18R lag für den Gesamtwert bei $M = 53.00$ ($SD = 27.19$), für die Internalisierende Problemskala $M = 18.58$ ($SD = 12.31$) und für die Externalisierende Problemskala $M = 13.31$ ($SD = 8.35$).

Der Mittelwert des Gesamt *T*-Werts betrug $M = 61.35$ ($SD = 10.23$) mit einem Range von 31 bis 89. Der Mittelwert der Problemskala Externale Probleme lag bei $M = 54.88$ ($SD = 9.53$) und für Internale Probleme bei $M = 63.43$ ($SD = 12.75$). Bezüglich der Verteilungen der Gesamt *T*-Wert Cut-off zeigte sich, dass 59.7% ($n = 77$) einen Wert unter 60 aufwiesen, 6.2% ($n = 8$) lagen im Übergangsbereich zwischen 60 und 63 und 34.1% ($n = 44$) wiesen einen Wert höher als 63 auf. Auf den beiden Unterskalen 2. Ordnung wiesen 53.1% bei der Internalisierenden Problemskala und 22.3% bei der Externalisierenden Problemskala einen auffälligen Wert auf. Die drei am stärksten ausgeprägten Unterskalen waren Körperliche Beschwerden (53.6%), Ängstlich/depressiv (48.4%) und Rückzüglich/depressiv (46.7%).

Zwei KJP-Ambulanzen ($n = 73$) übermittelten Daten zum Schweregrad der Beeinträchtigung vor Beginn der Thera-

pie erfasst anhand der Clinical Global Impression Skala. Nach Einschätzung der Therapeut_innen waren 1.4% der Patient_innen als überhaupt nicht krank, 2.7% als Grenzfalle psychischer Erkrankung, 15.1% als leicht krank, 46.6% als mäßig krank, 28.8% als deutlich krank und 5.5% als schwer krank einzuordnen.

Psychosoziale Belastungsfaktoren. Zu aktuellen psychosozialen Belastungsfaktoren haben fünf Ambulanzen Daten geliefert. Bei 65.2% der Kinder ($n = 161$) wurde mind. ein aktuell schwieriger psychosozialer Belastungsfaktor (Achse 5 des MAS) festgehalten. Bei 37.7% ($n = 92$) der Patient_innen lagen zwei und bei 21.3% ($n = 52$) drei aktuell schwierige Belastungsfaktoren vor. Die drei häufigsten Faktoren, unter den Kindern, bei denen mind. ein und max. 3 psychosoziale Belastungsfaktoren angegeben wurden, waren eine abnorme unmittelbare Umgebung (45.34%), psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie (42.24%) und abnorme intrafamiliäre Beziehungen (36.64%).

Eltern. Die Mütter ($n = 257$) waren im Durchschnitt 42.11 Jahre alt ($SD = 6.70$) bei einem Range von 23 bis 57 Jahren. Die Väter ($n = 228$) waren durchschnittlich 45.09 Jahre alt ($SD = 7.44$) bei einem Range von 24 bis 65 Jahren. Der aktuelle Beziehungsstatus der Eltern war bei 48.5% verheiratet, 19.2% getrennt lebend, 18.4% geschieden, 7.1% ledig, 3.8% verwitwet und 2.9% gemeinsam lebend, nicht verheiratet. Als höchster Schulabschluss gaben 56.9% der Väter an, über Abitur oder Fachhochschulreife zu verfügen, bei den Müttern waren es 47.6%; 35.5% der Mütter und 13.8% der Väter hatten einen Realschulabschluss.

Als höchster berufsqualifizierender Abschluss bei der Mutter wurde von 68.3% eine Lehre, von 25.1% ein Universitäts-/Fachhochschul-Abschluss und von 3.6% kein Abschluss angegeben. Beim Vater wurde von 60.2% eine Lehre, von 34.2% ein Universitäts-/Fachhochschul-Abschluss und von 4.3% kein Abschluss angegeben. Die Arbeitsfähigkeit bei Therapiebeginn war bei 84.6% der Mütter laut Selbstauskunft vorhanden, bzw. 90.8% der Väter gaben eine Arbeitsfähigkeit an. Hingegen waren aufgrund Krankschreibung 4.9% der Mütter und 0.8% der Väter arbeitsunfähig.

Therapeut_innen. Insgesamt waren 126 Therapeut_innen, davon 83.1% ($n = 103$, $n = 2$ Angaben fehlend) weiblich, an der Diagnostik und Therapie beteiligt. Das Alter lag im Schnitt bei 29.76 ($SD = 5.04$) Jahren und einem Range von 24 bis 52 Jahren. Der Großteil der Therapeut_innen (78.9%) hatte (noch) keine Approbation. Die durchschnittliche Anzahl Patient_innen pro Therapeut_in lag bei 4.51 ($SD = 3.45$, Range 1–13). Bei 93.3% der Behandlungen gab es keinen Therapeut_innenwechsel.

Psychotherapie. In allen Fällen wurde die Verhaltenstherapie als therapeutisches Verfahren durchgeführt. Eine

Einzeltherapie wurde bei 99.3% der Patient_innen durchgeführt, bei 0.8% kam eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie zum Einsatz.

Im Rahmen der Probatorik lag die durchschnittliche Anzahl an Sitzungen bei 6.93 ($SD = 1.59$, Range = 1 bis 13). Nach der Probatorik lag die Anzahl der Behandlungsstunden, bei den regulär beendeten Therapien, bei 35.75 ($SD = 19.81$, Range = 1 bis 78) und bei den noch laufenden Therapien bei 31.65 ($SD = 20.17$). Bei 10.1% der Patient_innen wurde nach der Probatorik keine weitere Sitzung durchgeführt. Die Mehrzahl der Therapien (52.3%) war zum Zeitpunkt der Datenübertragung noch nicht abgeschlossen. Ein reguläres Therapieende gab es bei 24.2%, einen Abbruch von Seiten der Patient_innen/Familie bei 10.4%, keine Kostenübernahme bei 0.4% und sonstiges (11.5%, leider keine weiteren Informationen).

Die Gesamtbeurteilung der Behandlung nach der Therapie anhand des CGIC lag bei den Patient_innen ($n = 119$) bei einem Mittelwert von 1.81 ($SD = 1.00$), bei den Müttern ($n = 99$) zeigte sich ein Mittelwert von 2.18 ($SD = 1.16$) und bei den Therapeut_innen ($n = 118$) von 2.36 ($SD = 0.87$). Keine Veränderungen durch die Therapie wurden von 3.4% der Patient_innen und 5.1% der Mütter angegeben. Die beiden Kategorien etwas schlechter oder viel schlechter wurden zusammengefasst von 1.6% der Patient_innen und 4.0% der Mütter angegeben.

Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie lag darin, einen ersten ambulanzübergreifenden Pilotdatensatz des Jahres 2016 für den Kinder- und Jugendlichenbereich zu erstellen und auszuwerten. Anhand des Datensatzes konnte eine Beschreibung der Patient_innenstichprobe, der Bezugspersonen, der Kinder- und Jugendlichentherapeut_innen und der psychotherapeutischen Behandlung erstellt werden.

Durch den Datenrücklauf von sieben universitären KJP-Ambulanzen ergab sich eine Stichprobe von 568 behandelten Kindern und Jugendlichen für das Jahr 2016. Es wurden Kinder und Jugendliche im Altersbereich von 3 bis 20 Jahren diagnostiziert und behandelt. Der Altersrange, welcher von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen behandelt werden darf, wird somit beinahe ausgeschöpft, wobei Kleinkinder und Kinder im Vorschulalter bzw. junge Erwachsene deutlich seltener als Kinder im Grundschulalter vorgestellt werden.

Die häufigsten vergebenen Diagnosen waren die Angststörungen und die Hyperkinetischen Störungen. Dies entspricht nationalen und internationalen epidemiologischen Studien, bspw. zeigte die Meta-Analyse von Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye und Rohde (2015), in der weltweite

Prävalenzraten von 41 Studien aus 27 Ländern psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zusammengefasst werden, eine gepoolte Prävalenzrate von 13.4%. Für die Angststörungen lag die Prävalenzrate bei 6.5%, für disruptive Verhaltensstörungen bei 5.7%, für ADHS bei 3.4% und für depressive Störungen bei 2.6%. In der BELLA-Studie (Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten) lag die Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten gemäß dem SDQ bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren bei 17.2% zusätzlich wurden auch Häufigkeiten für einzelne Symptombereiche erfasst (Klasen, Meyrose, Otto, Reiss & Ravens-Sieberer, 2017). Im Selbstbericht wiesen 16% der Kinder und Jugendlichen klinisch bedeutsame Symptome auf für Depression, 15% für Angst und 2% für ADHS. Im Elternbericht zeigten 11% der Kinder und Jugendlichen bedeutsame Anzeichen für Depression, 10% für Angst und 5% für ADHS (Klasen et al., 2016). Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Inanspruchnahme von Psychotherapie von weiteren Faktoren abhängt als von einer ICD/DSM-Diagnose und somit Prävalenzraten aus epidemiologischen Studien nicht mit denjenigen in klinischen Einrichtungen übereinstimmen müssen.

Betrachtet man das Inanspruchnahmeverhalten bei spezifischen psychischen Auffälligkeiten, zeigt die BELLA-Studie, dass ADHS im Vergleich zu Ängsten und depressiven Symptomen – bei Mädchen und Jungen – zu einer höheren psychiatrisch-psychotherapeutischen Inanspruchnahme führt (Hintzpeter et al., 2014). Bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeut_innen sind die häufigsten KJP-Diagnosen die Anpassungsstörungen (25–30%), emotionale, Angst- und affektive Störungen des Kindesalters sowie ADHS und Störungen des Sozialverhaltens (Maur & Lehdorfer, 2017). Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern hingegen dominieren die hyperkinetischen Störungen mit 45–50% (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], 2017).

Die Diagnosen werden in den beteiligten KJP-Ambulanzen basierend auf einem strukturierten Interview, dem Kinder-DIPS (Schneider et al., 2009; Schneider, Pflug, In-Albon & Margraf, 2017) gestellt. Die Verwendung von strukturierten Interviews zur Erhebung von Diagnosen entspricht den Empfehlungen zur Durchführung der Diagnostik nach dem Gold-Standard (Costello, Egger & Angold, 2005; Silverman & Ollendick, 2005). Für die weitere Verbreitung des Kinder-DIPS wird hoffentlich beitragen, dass die aktuellen Versionen des Kinder-DIPS und DIPS open access zugänglich sind (Margraf et al., 2017; Schneider et al., 2017). Grenzen liegen sicherlich darin, dass die Interviews nur so gut sein können, wie die zugrundeliegenden Klassifikationssysteme und mit einem Interview nicht alle Diagnosen erhoben werden können. Jedoch erlaubt die open access Plattform, dass Interview-

sektionen von weiteren Diagnosen für die Anwendung zur Verfügung gestellt werden, wie z.B. die Kriterien für Nichtsuizidale Selbstverletzungen. Weitere zusätzliche Störungssektionen sind in Vorbereitung.

Als Breitbandverfahren für die dimensionale Diagnostik liegen von fünf Ambulanzen Daten der CBCL/4–18R und des YSR/11–18R vor. Dabei sind die Ergebnisse der CBCL als auch der YSR der vorliegenden Stichprobe vergleichbar mit der klinischen Vergleichsgruppe der ambulant psychotherapeutisch versorgten Patient_innen aus einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik und einer psychotherapeutischen Ausbildungsambulanz (Döpfner et al., 2014a, b; Walter et al., 2017). Die Ergebnisse sprechen dafür, dass bei der überwiegenden Mehrzahl der Patient_innen klinisch erhöhte Werte im Bereich der Externalen und Internalen Probleme vorliegen.

Sowohl die Ergebnisse der kategorialen als auch der dimensional Diagnostik verweisen darauf, dass in den KJP-Ausbildungs-, Lehr- und Forschungsambulanzen eine Vielzahl von unterschiedlichen Störungen und Schweregraden behandelt werden. Dies zeigt sich zudem dadurch, dass beinahe die Hälfte aller Patient_innen mind. eine weitere Diagnose aufwies. Dies ist sowohl für die Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als auch für die Aussagekraft von Psychotherapiestudien wichtig, die häufig im ambulanten und universitären Setting durchgeführt werden (z.B. Christiansen, Reh, Schmidt & Rief, 2014; Schneider et al., 2011; 2013).

Bezüglich des Bildungsstands der Eltern der behandelten Kinder und Jugendlichen ist festzuhalten, dass bislang insbesondere gut gebildete Eltern mit ihren Kindern den Kontakt zu den KJP-Ambulanzen aufnehmen. Als Entwicklungsziel der KJP-Ambulanzen wird daher angestrebt, Familien mit unterschiedlichem Bildungsstand und sozioökonomischen Status besser zu erreichen. Insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass sich in der BELLA-Studie die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung als unabhängig vom Sozialstatus zeigte, besteht hier Klärungsbedarf (Hintzpeter et al., 2014; Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007). Die Untersuchung möglicher Barrieren für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Unterstützung in universitären Hochschul- und Ausbildungsambulanzen ist hierzu eine wichtige Voraussetzung. Gleichzeitig muss jedoch berücksichtigt werden, dass es sich bei den universitären KJP-Ambulanzen um „sehr junge“ Versorgungsanbieter handelt, die z. T. erst ca. 2 Jahre vor dem hier berichteten Erhebungszeitraum gegründet wurden und daher kaum in das örtliche Versorgungsnetzwerk integriert waren. Von der Geschlechterverteilung sind Mädchen und Jungen praktisch gleich häufig in den Ambulanzen anzutreffen. In der BELLA-Studie zeigte sich ebenfalls, dass bei Kindern mit einer diagnostizierten psychischen Stö-

rung (Elternangabe), 48.4 % der Mädchen und 49.2 % der Jungen sich deswegen in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung befinden (Hintzpeter et al., 2014). Somit scheint das Inanspruchnahmeverhalten der Eltern nicht grundsätzlich vom Geschlecht des Kindes abhängig zu sein.

Bei den behandelnden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen ist die Mehrheit weiblich. Dieser Frauenanteil entspricht der Geschlechterverteilung der Psychologischen Psychotherapeut_innen, die in den in unith vernetzten Hochschul- und Ausbildungsambulanzen arbeiten (Velten et al., 2018) und spiegelt den hohen Frauenanteil unter den Studierenden der Psychologie wider (Margraf, 2015).

Als psychotherapeutisches Verfahren wurde in allen Ambulanzen Verhaltenstherapie angewendet, was dadurch zu erklären ist, dass derzeit alle unith Institute in Verhaltenstherapie ausbilden. Betrachtet man die therapeutischen Verfahren bei den KJP Niedergelassenen, ist die Verfahrensbreite größer. Am Beispiel der Kassennärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) (2017) zeigte sich bei den niedergelassenen KJPs für 2016 eine Zunahme des Verhaltenstherapie-Anteils auf etwa 42 % (Rheinland-Pfalz: 43.5 %, Anteil PA: 5.9 %, TP: 50.7 %) (zitiert nach Maur & Lehndorfer, 2017). Für die Zukunft sollte dieser Datensatz mit Datensätzen aus Ausbildungsambulanzen mit tiefenpsychologischer/psychoanalytischer Ausrichtung verglichen werden und somit ein wichtiger Beitrag für die Wirksamkeit der in Deutschland zugelassenen Richtlinienverfahren geleistet werden. Daher wäre es wünschenswert, dass auch tiefenpsychologische/psychoanalytische Ambulanzen sich dem Forschungsnetzwerk anschließen und ihre Kerndatensätze übermitteln.

Der Anteil an Gruppentherapien lag unter 1%. Dies deckt sich mit dem Wert für Rheinland-Pfalz, welcher für 2017 bei 0.13 % lag (KV RLP, 2017). In Anbetracht der Wartelisten, der Kosteneffizienz wie auch der Wirksamkeit von Psychotherapie in Gruppen (z. B. In-Albon & Schneider, 2007; Schlarb, Sommer, Hautzinger & Grünwald, 2015) sollte es zukünftig sicherlich ein Ziel sein, die Anzahl von Gruppentherapien zu steigern.

Die Erfahrungen bei der hier dargestellten ersten Zusammenstellung der Daten aus den KJP-Ambulanzen ermöglichen es darauf aufbauend, weitere wichtige Fragen für die zukünftigen Datenerhebungen anzugehen. Beispielsweise ist es für die Datenzusammenführung relevant, einheitliche Festlegungen von Daten wie den Beginn der Behandlung oder was im Detail unter dem Begriff „probatorische Sitzungen“ verstanden wird (z. B. zusätzliche Diagnostik), zu erfassen. Durch die Harmonisierung der Instrumente wird es zukünftig möglich sein, Aussagen zu möglichen Selektionseffekten zu machen. Weiterführende Fragestellungen könnten der Vergleich

von regulären Therapien mit denen, die im Rahmen von Forschungsprojekten durchgeführt werden oder der Anteil von Kurzzeittherapien und Langzeittherapien sein.

Eine deutliche Stärke des hier dargestellten Datensatzes ist sicherlich die strukturierte Erhebung der Diagnosen anhand klinischer Interviews. Insgesamt kann trotz des Verbesserungspotentials des KODAP Datensatzes von einer ersten wichtigen und notwendigen Arbeit im Bereich der KJP ausgegangen werden.

Ausblick

Für die kommenden KODAP Datenerhebungen ist es ein wichtiges Ziel, weitere KJP-Ambulanzen für die Mitgliedschaft für KODAP zu gewinnen und den Längsschnittdatensatz aufzubauen. KODAP spezifisch werden zukünftig auf kategorialer und dimensionaler Ebene prä- und post KJP Therapiedaten angegeben und die Psychopathologie der Bezugspersonen berichtet werden. Des Weiteren sollte im ambulanten KJP Bereich der Anteil der Gruppentherapien gesteigert und Hemmschwellen zur Aufnahme einer Psychotherapie untersucht werden.

Literatur

- Christiansen, H., Reh, V., Schmidt, M. & Rief, W. (2014). Slow cortical potential Neurofeedback and self-management training in outpatient care for children with ADHD: Study protocol and first preliminary results of a randomized controlled trial. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, Art. 943. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00943>
- Costello, E. J., Egger, H. & Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 972–986.
- Döpfner, M., Plück, J. & Kinnen, C. (2014a). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6–18R); deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Plück, J. & Kinnen, C. (2014b). *Fragebogen für Jugendliche (YSR/11–18R), deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach*. Göttingen: Hogrefe.
- Guy, W. (Ed.). (1976). *Clinical Global Impressions*. In W. Guy (Ed.). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Hintzpeter, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U. et al. (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten: Ergebnisse der BELLA-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 23, 229–238. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000148>
- Hoyer, J., Velten, J., Benecke, C., Berking, M., Heinrichs, N., In-Albon, T. et al. (2015). Koordination der Forschung an Hochschulambulanzen für Psychotherapie: Status Quo und Agenda. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 44, 80–87.

- In-Albon, T. & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76 (1), 15–24.
- Kadouri, A., Corruble, E. & Falissard, B. (2007). The improved Clinical Global Impression Scale (iCGI): Development and validation in depression. *BMC Psychiatry*, 7, 7.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2017). *Statistische Information aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2016*. Zugriff am 12.09.2017. Verfügbar unter www.kbv.de/media/sp/2015_12_31.pdf
- Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP). (2017). *Auswertung genehmigungspflichtige Psychotherapien von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten im Jahr 2016*. (Persönliche Mitteilung, 21.08.2017 aus Maur & Lehdorfer, 2017.)
- Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiss, F. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165, 402–407.
- Klasen, F., Petermann, F., Meyrose, A.-K., Barkmann, C., Otto, C., Haller, A.-C. et al. (2016). Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 25, 10–20.
- Margraf, J. (2015). Zur Lage der Psychologie. *Psychologische Rundschau*, 66, 1–30.
- Margraf, J., Cwik, J. C., Pflug, V. & Schneider, S. (2017). Strukturierte klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen über die Lebensspanne. Gütekriterien und Weiterentwicklungen der DIPS-Verfahren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46, 176–186.
- Maur, S. & Lehdorfer, P. (2017). Kinder und Jugendlichenpsychotherapie – (berufspolitische) Gedanken für eine gute Versorgung. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 346–354.
- Neuschwander, M., In-Albon, T., Adornetto, C., Roth, B. & Schneider, S. (2013). Interrater-Reliabilität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41, 319–334.
- Neuschwander, M., In-Albon, T., Meyer, A. H. & Schneider, S. (2017). Acceptance of a structured diagnostic interview in children, parents, and interviewers. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26, e1573. <https://doi.org/10.1002/mpr.1573>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 345–365.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGs). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50, 871–878. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6>
- Schlarb, A. A., Sommer, F., Hautzinger, M. & Grünwald, J. (2015). Aufmerksamkeitstherapie bei Grundschulern. *Kindheit und Entwicklung*, 24, 95–104.
- Schneider, L. S. & Olin, J. T. (1996). Clinical global impressions in Alzheimer's clinical trials. *International Psychogeriatrics*, 8, 277–289.
- Schneider, S., Blatter-Meunier, J., Herren, C., In-Albon, T., Adornetto, C., Meyer, A. et al. (2013). The efficacy of a family-based cognitive-behavioral treatment for separation anxiety disorder in children aged 8-13: A randomized comparison with a general anxiety program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 932–940.
- Schneider, S., Blatter-Meunier, J., Herren, C., Adornetto, C., In-Albon, T., Lavallee, K. (2011). Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder in young children: A randomized waiting-list-controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 206–215.
- Schneider, S., Pflug, V., In-Albon, T. & Margraf, J. (2017). *Kinder-DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Bochum: Ruhr-Universität Bochum. Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit. <https://doi.org/10.13154/rub.101.90>
- Schneider, S., Unnewehr, S. & Margraf, J. (Hrsg.). (2009). *Kinder-DIPS für DSM-IV-TR. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter* (2., erw. und vollst. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Silverman, W. K. & Ollendick, T. H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and ist disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 380–411.
- Velten, J., Bräscher, A., Fehm, L., Fladung, A., Fydrich, T., Heider, J. et al. (2018). Behandlungsdiagnosen in universitären Ambulanzen für psychologische Psychotherapie im Jahr 2016. Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zum KODAP-Projekt. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 47, 175–185. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000490>
- Velten, J., Margraf, J., Benecke, C., Berking, M., In-Albon, T., Lincoln, T. et al. (2017). Methodenpapier zur Koordination der Datenerhebung und -auswertung an Hochschul- und Ausbildungsambulanzen für Psychotherapie (KODAP). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46, 169–175.
- Walter, D., Dachs, L., Faber, M., Goletz, H., Goertz-Dorten, A., Hautmann, C. et al. (2017). Effectiveness of outpatient cognitive-behavioral therapy for adolescents under routine care conditions on behavioral and emotional problems rated by parents and patients: An observational study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27 (1), 65–77.
- Weisz, J. R. & Kazdin, A. E. (2017). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Yi Ng, M., Eckshtain, D., Ugueto, A.M., Vaughn-Coaxum, R. et al. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analyses and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72 (2), 79–117.

Danksagung

KODAP-Team: Jürgen Hoyer, Jürgen Margraf, Cord Benecke, Thomas Fydrich, Tina In-Albon, Tanja Lincoln, Wolfgang Lutz, Angelika Schlarb, Henning Schöttke, Ulrike Willutzki. Wir bedanken uns für die Unterstützung bei unith e.V. (Universitäre Ausbildung für Psychotherapie) und BVKJ e.V. (Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter).

Autorenschaften

Bis auf Erst- und Letztautorenschaft sind alle Autoren in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

Prof. Dr. Tina In-Albon

Klinische Psychologie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
Universität Koblenz-Landau
Ostbahnstraße 12
76829 Landau
in-albon@uni-landau.de