

Katholische Stiftungshochschule München

Masterthesis zur Erlangung des Grades „Master of Science (M.Sc.)“

im Masterstudiengang Suchthilfe/Suchttherapie

(Master of Science in Addiction Prevention and Treatment)

Entwicklung eines Behandlungskonzeptes zur spezifischen Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen nach den Mindestmerkmalen des OPS-Kode 9-694

Eine Evaluation durch Experten

Vorgelegt von:

Florian Moser

Matrikelnummer: 58251

Abgabedatum: 02.06.2020

Erstprüfer: Prof. Dr. Martin Knoll

Zweitprüfer: Prof. Dr. Michael Klein

Abstract

In der vorliegenden Masterthesis mit dem Titel „Entwicklung eines Behandlungskonzeptes zur spezifischen Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen nach den Mindestmerkmalen des OPS-Kode 9-694 – Eine Evaluation durch Experten“ werden der aktuelle Forschungsstand zum Thema, und im Anschluss durch narrative Interviews mit vier praktisch tätigen Behandelnden eine Evaluation der bereits in der Praxis umgesetzten Mindeststandards erhoben. Dies geschieht anhand eines Entwurfs einer möglichen Konzeption zur spezifischen Behandlung im besonderen Setting für Kinder und Jugendliche mit substanzbedingten Störungen. Die Forschungsfragen, wie ein pauschalierendes System die Qualität der Behandlung beeinflusst und wie die praktische Umsetzung der Mindeststandards eingeschätzt wird, leiten über zur Experteneinschätzung, ob die derzeit gültigen Mindeststandards noch aktuell sind. Eine Gegenüberstellung in einer Tabelle der aktuellen mit den neu formulierten Codes bietet hierzu einen klaren Überblick und zeigt mögliche Weiterentwicklungen in der Ausgestaltung der Mindeststandards auf.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	2
1 Einleitung	8
1.1 Hinführung zum Thema	8
1.2 Theoretische Grundlagen und Forschungsstand	11
1.2.1 Substanzbezogene Störungen bei Kindern und Jugendlichen.....	12
1.2.1.1 Besonderheiten jugendlicher Suchtproblematik	13
1.2.1.2 Epidemiologie	18
1.2.1.3 Ätiologie	24
1.2.1.4 Diagnostik	33
1.2.2 Behandlung von substanzbezogenen Störungen bei Kindern und Jugendlichen im deutschen Gesundheitssystem	42
1.2.2.1 Allgemeine Therapieprinzipien.....	43
1.2.2.2 Rechtliche Grundlagen	48
1.2.2.3 Bestehende Behandlungsangebote	57
1.2.3 Zwischenfazit	61
2 Ziele und Forschungsfrage	63
3 Methode	65
3.1 Forschungsdesign	65
3.2 Datengenerierung: Experteninterview nach Lamnek (2016)	67
3.2.1 Auswahl der Experten.....	69
3.2.2 Planung und Durchführung der Interviews	70
3.3 Datentransfer: Transkription nach Kuckartz (2018).....	71
3.4 Datenanalyse nach Mayring (2015).....	73
3.5 Datenvalidität: Gütekriterien nach Mayring (2015)	74

4 Ergebnisse	76
4.1 Analyse der transkribierten Interviews: Kategorienbildung nach Mayring (2015)	76
4.2 Kategorienbeschreibung.....	98
5 Diskussion	105
5.1 Herausforderungen und Umsetzung aktueller Vorgaben	106
5.2 Weiterentwicklung: Behandlungssetting.....	112
5.3 Weiterentwicklung: Methodisches Vorgehen.....	121
5.4 Strukturierte Übersicht von Veränderungspotenzialen	126
6 Fazit und Ausblick	134
7 Literaturverzeichnis	138
8 Anhang.....	148
I) Checklisten zur Dokumentation der Strukturvoraussetzungen der OPS- Behandlungskodes 9-65, 9-67 und 9-694	148
II) Vorschlagsverfahren im DIMDI	152
III) Behandlungskonzept.....	153
IV) Datenschutzerklärung	180
Danksagung	182
Eidesstattliche Erklärung	183

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Aktuelles Rauchen bei 11- bis 17-Jährigen nach Geschlecht und sozioökonomischem Status.....	17
Abb. 2: Anteil der 11- bis 17-Jährigen mit riskantem Alkoholkonsum (AUDIT-C).....	20
Abb. 3: Anteil der Jugendlichen, die jemals eine andere illegale Droge außer Cannabis konsumiert haben.....	21
Abb. 4: Anteil der Jugendlichen, die jemals Tranquilizer/Sedativa eingenommen haben	22
Abb. 5: Anteil der Jugendlichen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert haben	22
Abb. 6: Therapeutische Behandlungsansätze; MAS-Achsen I-VI des multiaxialen Klassifikationsschemas	58
Abb. 7: PEPP-Checkliste für den OPS-Kode Version 2020 9-65	149
Abb. 8: PEPP-Checkliste für den OPS-Kode Version 2020 9-67	150
Abb. 9: PEPP-Checkliste für den OPS-Kode Version 2020 9-694	151
Abb. 10: Vorschlagsverfahren für ICD-10-GM und OPS	152

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Rauchen und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen nach Geschlecht und Alter	19
Tab. 2: Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und Erwachsenen.....	21
Tab. 3: Vollstationäre Patienten und Patientinnen der Krankenhäuser 2016 nach Hauptdiagnose und Altersgruppen	23
Tab. 4: Psychoanalytische Krankheitsmodelle und Theorien der Sucht.....	28
Tab. 5: Erster Durchgang der Zusammenfassung.....	78
Tab. 6: Zweiter Durchgang der Zusammenfassung	93
Tab. 7: Mögliche Weiterentwicklungen der Behandlungskodes	129

Abkürzungsverzeichnis

AACAP – American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

AG – Arbeitsgruppe

AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

BMG – Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit

DG-Sucht – Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

feM – freiheitsentziehende Maßnahmen

GM – German Modification

IneK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

ICD – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

KHG – Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)

MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

OPS – Operationen und Prozedurenschlüssel

PEPP – Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik

SEV – Sozialer Eingliederungsversuch

SKT – Sozialkompetenztraining

SPFH – Sozialpädagogische Familienhilfe

UN-KRK – UN-Kinderrechtskonvention

Einleitung

1.1 Hinführung zum Thema

Zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen stellt sich die Frage, wie sich ein möglichst professionelles Behandlungssetting aufbauen lässt. Fachkräfte verschiedener Professionen stehen vor der Herausforderung die theoretischen Hintergründe und den aktuellen Forschungsstand dieses Störungsbildes sowie die besonderen Herausforderungen dieser speziellen Klientel in die Behandlung einfließen zu lassen. Des Weiteren steht man zu Beginn der Erstellung eines Konzeptes für diese Zielgruppe vor der Herausforderung, dieses an die Vorgaben des deutschen Gesundheitssystems anzupassen. Strukturelle und fachliche Mindeststandards zur Erstellung eines spezialisierten Konzeptes zur Behandlung von substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen werden im Zusatzkode 9-694 des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) „Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ genannt. Herausgegeben wird der OPS jährlich neu überarbeitet vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Da der Kode 9-694 ein Zusatzkode ist, kann er nicht alleine stehen, sondern nur in Verbindung mit der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-65) und der psychiatrisch psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-67) angegeben werden (DIMDI: 2019, Vorabversion 2020)

Soll ein Konzept zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen erstellt und angewandt werden, so gilt es, die Standards dieser Komplexbehandlungskodes zu beachten. Diese spezifischen OPS-Kodes existieren seit 2010 im Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP) auf Grundlage des §17d KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) vom 30.11.2009. Eine inhaltliche Festlegung besteht darin, dass es sich um ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes

Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten mit einem praktikablen Differenzierungsgrad für den unterschiedlichen Behandlungsaufwand bei bestimmten medizinisch unterscheidbaren Patientengruppen handeln soll (§17d Abs. 1 KHG).

Das PEPP ist ein Klassifikationssystem und setzt den Ressourcenverbrauch eines Krankenhauses in Bezug zu Anzahl und Art behandelter Krankenhausfälle (InEK 2019: 2). Es gilt zu untersuchen, wie sich ein fachlich strukturiertes Vorgehen bei einer so unsteady Zielgruppe in der Praxis umsetzen lässt. Des Weiteren gilt es bei der Behandlung von substanzbedingten Störungen auslösende, aufrechterhaltende Bedingungen sowie verschiedene komorbide Erkrankungen zu berücksichtigen. Es stellt sich daher die Frage, ob ein solch leistungsorientiertes, formelles System in der Praxis zur Professionalität der Behandlung beiträgt.

Durch die Definition von Mindestmerkmalen entsteht ein Behandlungsgerüst, in dem Behandelnde die Schwerpunkte der Behandlung je nach Bedarf einschätzen und umsetzen können. So ist es auch möglich, einzelne Inhalte dem Stand der Forschung anzupassen und geeignete Methoden in die Behandlung zu integrieren. Die Mindestmerkmale des OPS-Kode 9-694 sind daher auch als solche zu betrachten, da sich die Behandlungsschwerpunkte bei Kindern und Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen als sehr unterschiedlich erweisen können. Eine Spezialisierung, die alle wichtigen und empfohlenen Behandlungselemente enthält, wäre schon aufgrund der unterschiedlichen Ausprägung des Störungsbildes sowie der unterschiedlichen komorbiden Erkrankungen nicht umsetzbar. Für die Praktiker würde dies eine große Einschränkung in ihrer Behandlungsfreiheit bedeuten und flexibles, auf die Klienten zugeschnittenes Handeln einschränken. Deshalb ist es notwendig eine Balance zwischen praktischem Nutzen und Realisierbarkeit sowie überprüfbaren Mindeststandards zu finden.

Eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des Vergütungssystems ist im §17d KHG geregelt. Dabei soll das Augenmerk auf die „*Qualität der Versorgung*“ (§17d Abs. 8 KHG) sowie auf „*die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen*“ (ebd.) gerichtet werden. Dies soll eine Veränderung von Versorgungsstrukturen bewirken.

Dahingehend sollen die Mindestmerkmale des OPS-Kode 9-694 in dieser Arbeit hinterfragt und evaluiert werden. Für die Notwendigkeit solcher Untersuchungen können folgende Gründe genannt werden:

- Die Überprüfung der Mindestmerkmale durch ein pauschalierendes System, wie das PEPP-System, verlangt hohen administrativen Aufwand, was die Qualität der Behandlung beeinflussen kann.
- Klientel und Störungsbild unterscheiden sich sehr stark, auch durch kulturelle und soziale Unterschiede bedingt. Die Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung der fachlichen Mindestmerkmale sollte von Behandelnden stets hinterfragt und auf Aktualität überprüft werden.
- Durch neue Ansatzpunkte in der Therapie substanzbedingter Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist darauf zu achten, diese neuen Entwicklungen in die Praxis zu transferieren, wenn deren Wirksamkeit evaluiert wurde. So können modernisierte Standards geschaffen werden und eine Verbesserung der Qualität der Behandlung erreicht werden.

Möchte ein Krankenhaus einen OPS-Kode kodieren, so müssen beim entsprechenden Kode alle behandlungs- und strukturbezogenen Voraussetzungen erfüllt sein. Der OPS-Katalog gibt diese Voraussetzungen vor. Ob ein Krankenhaus die geforderten Voraussetzungen erfüllt, obliegt dem Krankenhaus (BWKG, BKG 2019: 2).

Um die Krankenhäuser in der Dokumentation der vorgegebenen Strukturvoraussetzungen der Behandlungskodes zu unterstützen, wurde eine Arbeitshilfe der Landeskrankenhausgesellschaften von Baden-Württemberg, Bayern und Niedersachsen entwickelt, welche folgende Vorgehensweise empfiehlt (ebd.: 2 f.):

- Selbstkritische Prüfung ob die gesamten Strukturvoraussetzungen der betreffenden OPS-Kodes in der Einrichtung erfüllt wurden.
- Das Krankenhaus sollte vor der Budgetverhandlung aktiv die Erfüllung der geforderten strukturellen Voraussetzungen thematisieren. Dies wird durch unterzeichnete Checklisten belegt, die das Krankenhaus freiwillig einmal im Jahr auf Anfrage der Krankenkassen veröffentlicht.
- Zur Überprüfung der Korrektheit der entsprechenden Kodierung und Dokumentation ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)

einzuschalten, wenn medizinische Fragestellungen und Inhalte der Behandlung geklärt werden sollen.

Die Checklisten zur Dokumentation der Strukturvoraussetzungen der OPS-Behandlungskodes 9-65, 9-67 und 9-694 sind im Anhang aufgeführt (siehe Anhang I).

Die Entstehung und Umsetzung eines Konzeptes zur Behandlung von substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen verlangt somit die Auseinandersetzung mit den Mindestmerkmalen, die vom OPS vorgegeben werden sowie die Untersuchung und Weiterentwicklung dieses momentanen Standes der Forschung. Nur so können neue Entwicklungen überholte Ansichten und Methoden ablösen und eine leitliniengerechte/systematische Behandlung sichergestellt werden, was sich positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken kann und somit Vorteile für Patienten, Behandler und Kostenträger mit sich bringt. Diese Arbeit beschäftigt sich im Folgenden mit dem Stand der Forschung hinsichtlich der Mindeststandards des OPS-Kode 9-694. Um zu untersuchen, wie sich diese in der Praxis umsetzen lassen, soll ein auf den Mindeststandards aufgebautes Behandlungskonzept von Expertinnen und Experten evaluiert werden.

1.2 Theoretische Grundlagen und Forschungsstand

Im Folgenden soll ein Überblick über die Besonderheiten bei der Entstehung, Ausprägung und Behandlung von substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter im deutschen Gesundheitssystem gegeben werden.

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen verlangt durch die großen Unterschiede in deren psychischer und physischer Entwicklung bereits spezifisches und individuelles Vorgehen der praktisch Tätigen, das durch das Vorhandensein einer Suchterkrankung noch mehr an Bedeutung gewinnt. Somit besteht die Herausforderung, die Therapie individuell an die Bedarfe der Klientel anzupassen. Die bestehenden und sich entwickelnden Konzepte sind daher einerseits gefordert, die Suchtproblematik mit den kinder- und jugendspezifischen Besonderheiten in die Behandlung zu

integrieren, andererseits müssen die Behandlungs- und Therapieprinzipien sowie strukturelle Vorgaben stets auf Aktualität hin überprüft und ggf. verändert werden.

Durch die Auseinandersetzung mit diesen Inhalten vermittelt dieses Kapitel wichtige Kenntnisse über die Besonderheiten der Zielgruppe bez. der Behandlung sowie die notwendigen Ansatz- und Behandlungspunkte, die bei der Entwicklung, bzw. Entstehung spezifischer Konzepte zu berücksichtigen sind.

1.2.1 Substanzbezogene Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Dieser Teil der Thesis soll die Grundlagen hinsichtlich der Behandlung von substanzbezogenen Störungen bei Kindern und Jugendlichen aufzeigen und näher beschreiben.

Um den besonderen Bedürfnissen dieser Zielgruppe gerecht zu werden, ist die Unterscheidung zur Therapie von Erwachsenen stets zu beachten. Im ersten Teil des Kapitels sollen daher die Besonderheiten jugendlicher Suchtproblematik dargestellt werden. Es ist Aufgabe des Versorgungssystems die Behandlungsangebote hinsichtlich Entwicklungsaufgaben, Lebenssituation und individuellen Bedarfen anzupassen.

Im Anschluss soll die Epidemiologie näher betrachtet werden, um einen Überblick über die aktuelle Entwicklung des Konsumverhaltens von Kindern und Jugendlichen zu schaffen. So werden konkrete Bedarfe der Klientel erkannt und die Notwendigkeit passender Angebote wird verdeutlicht. Bereits 2009 beschreibt Thomasius (2009: 13), dass Suchtstörungen die zahlenmäßig größten Risiken für eine altersgerechte Entwicklung sowie Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darstellen.

Die Ätiologie betrachtet die Entstehung der Suchterkrankung im bio-psycho-sozialen Kontext.

„Die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung ist ein sehr komplexes Zusammenspiel zahlreicher Faktoren. Im Wesentlichen sind die drei Aspekte „Droge“, „Person“ und „Umwelt“ daran beteiligt“ (Wendt, 2017: 18).

Der Einbezug mehrerer Professionen und Herangehensweisen ist unerlässlich, um die Komplexität jugendlicher Suchtproblematik detailliert erfassen und professionell behandeln zu können.

Abschließend wird die Diagnostik anhand geltender Standards bez. Kindern und Jugendlichen näher erläutert. Einerseits ist die Einordnung von Suchterkrankungen durch systematisierte Klassifikationssysteme möglich, andererseits muss sich das Versorgungssystem mit medizinisch-psychologischen und sozialen Gegebenheiten von Kindern und Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen auseinandersetzen, um eine möglichst vollständige Diagnostik sicherzustellen, die dem Hilfebedarf gerecht wird. So kann eine professionelle Behandlungs- und Therapieplanung ermöglicht werden.

1.2.1.1 Besonderheiten jugendlicher Suchtproblematik

Wird versucht eine auf den aktuellen Forschungsstand ausgerichtete Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Substanzstörungen sicherzustellen, sollten die zielgruppenspezifischen Besonderheiten unbedingt berücksichtigt werden. Eine Übertragung von Behandlungskonzepten für Erwachsene ist dabei aufgrund folgender Ausführungen nicht zielführend:

Die S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen (AWMF, 2016: 245) beschreibt die Notwendigkeit von geschlechts- und altersspezifischen Erkenntnissen beispielsweise bei Dosierungsempfehlungen beim Einsatz von Psychopharmaka. Dosierungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche weichen gegenüber Erwachsenen durch einen sich entwickelnden Metabolismus sowie das geringere Körpergewicht ab. Dies liegt zunächst in der körperlichen Entwicklung begründet, da die hirnorganische Entwicklung erst im jungen Erwachsenenalter abgeschlossen ist. Durch die Umbauprozesse der Physis wirken sich die psychotropen Substanzen im jungen Alter anders aus, was einer speziellen Betrachtung durch das Hilfesystem hinsichtlich der Behandlungsplanung bedarf. Andererseits sind entwicklungspsychologische Eigenheiten dieser Zielgruppe gesondert mit einzubeziehen. Will man ein Behandlungskonzept speziell für

Kinder und Jugendliche erstellen, gilt es diese Besonderheiten für den Einzelfall zu erheben, da sich auch bei gleichem Alter große Unterschiede beim Voranschreiten in bestimmten physischen und psychischen Entwicklungsaufgaben erkennen lassen. Belastende Lebensphasen, die durch Entwicklungsaufgaben begründet sind, werden nach der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) näher erläutert (2001: 16 f.):

Im Kindes- und Jugendalter sind Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Den Ausgangspunkt, um diese meistern zu können, bildet die Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse nach körperlicher und seelischer Zuwendung, Spiel, Empathie und Verständnis.

- Das Kindesalter betreffende Entwicklungsaufgaben:
 - Psychische und physische Entwicklung sowie deren Verarbeitung
 - Entwicklung motorischer Fähigkeiten
 - Entwicklung von Kognition und Sprache
 - Entwicklung von sozialem Verhalten
 - Entwicklung selbstbestimmter Identität
 - Entwicklung einer Geschlechtstypisierung

Werden diese Entwicklungsschritte positiv bewältigt, bilden sie einen wichtigen Pfeiler für die Bewältigung der anstehenden Anforderungen im Jugendalter. Hierbei sind mit den Entwicklungsaufgaben psychische, emotionale, soziale und biologische Veränderungen verbunden.

- Das Jugendalter betreffende Entwicklungsaufgaben:
 - Verarbeitung psychischer und physischer Veränderungen
 - Auseinandersetzung mit eigener Geschlechterrolle
 - Selbstbestimmte Identitätsbildung
 - Schaffen eines Freundeskreises
 - Bewältigung von Leistungsanforderungen schulischer Art sowie eventuellen Leistungseinbrüchen während der Pubertät
 - Entwicklung des eigenen Wertesystems
 - Entwicklung eigener Lebens- und Berufsperspektive

- Auseinandersetzung mit Normen, Werten und gesellschaftlichen Institutionen
- Auseinandersetzungen mit Angeboten der Konsumgesellschaft, einschließlich Medien, sowie Angeboten gesundheitsgefährdender Suchstoffe und Angeboten des kommerziellen Freizeitmarktes

Das Ausprobieren von eigenen Fähigkeiten und das Erfahren eigener Grenzen kennzeichnen diesen Lebensabschnitt.

Die Betrachtung von Entwicklungsaufgaben gibt wichtige Anhaltspunkte bez. der Resilienz, bzw. Anfälligkeiten für Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Die angewandten Behandlungskonzepte sollten dies berücksichtigen und eine Stütze für noch nicht bewältigte Aufgaben darstellen. So bietet das Setting Unterstützung, diese Aufgaben im geschützten Rahmen bewältigen zu können. Dabei gilt es nach Barth (2011: 272) in der Behandlung gewisse Strukturen und Regeln für therapeutisches und pädagogisches Arbeiten zu schaffen. Da Pubertät und Sucht häufig mit Strukturverlust und Auflehnung gegen vorgegebene Gefüge korrelieren, treten im Behandlungsalltag häufig Probleme auf. Grundsätzlich sollen Strukturen in bestimmter Form veränderbar sein, sodass diese bearbeitbar sind und als positiv erlebt und bewertet werden können. Dies sollte in der Ausgestaltung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen beachtet werden.

Ein spezielles Behandlungsangebot steht somit vor der Herausforderung all diese Entwicklungsaufgaben für den Einzelfall im Blick zu haben. Die durch bewältigte Entwicklungsaufgaben erworbene Sicherheit ist notwendig, um den steigenden Leistungsdruck der Gesellschaft gegenüberstehen zu können. Dieser ist oftmals durch Versagensängste, steigende Ansprüche in Schule und Beruf oder übermäßige Ansprüche an die eigenen Erfolge geprägt. Die erworbene Resilienz durch die bewältigten Entwicklungsaufgaben hilft somit bei der Bewältigung der folgenden Aufgaben. Ein Ausbleiben dieser Reifungsprozesse begünstigt andererseits die Wahrscheinlichkeit der Einnahme psychotroper Substanzen als Mittel gegen Stress, Ängste oder zur Leistungssteigerung, um Anforderungen besser schaffen zu können. Dieses dysfunktionale Verhalten kann den Grundstein für eine lebenslange Suchtkarriere legen.

Thomasius (2008: 42 f.) beschreibt, dass Behandlungskonzepte, die für Erwachsene angewendet werden, nicht auf Kinder und/oder Jugendliche übertragen werden sollten. Deren Behandlung verlangt die alters- und störungsspezifische Orientierung mit den zugehörigen entwicklungspsychopathologischen und -psychologischen Besonderheiten dieser Patientengruppe.

Spezielle Behandlungsangebote sind nach Thomasius (2008: 43 f.) aufgrund folgender Gründe zu befürworten:

- Der Behandlungswunsch wird im Jugendalter häufiger durch Angehörige vorgetragen und oft nicht aus Motivation der Betroffenen
- Familiäre Konflikte werden bei Kindern und Jugendlichen häufig zu Behandlungsbeginn deutlich, während das Bedürfnis elterliche Unterstützung zu erhalten, ungebrochen hoch ist
- Die Anforderungen pädagogischer Förderung und schulischer sowie beruflicher Qualifikationsmöglichkeiten sind im Vergleich zu erwachsenen Patienten ungleich größer

Die Behandlungsplanung erfolgt nach Thomasius (2008: 44) aus einer entwicklungsorientierten bio-psycho-sozialen Perspektive. Dabei ist es unerlässlich verschiedene Behandlungsansätze mit einzubeziehen. Ebenfalls gilt es bei Kindern und Jugendlichen zu beachten, dass der Perspektivenklärung und Weichenstellung sowie der Klärung der psychosozialen Situation große Bedeutung zukommt. Der sozioökonomische Status scheint ergänzend dazu oftmals einen Einfluss auf den Substanzkonsum dieser Zielgruppe zu haben.

Dies belegen Kuntz et al. (2018: 52) am Beispiel von rauchenden Kindern und Jugendlichen zwischen elf und siebzehn Jahren. Der Anteil der Raucher liegt bei 7,2%. Zwischen Jungen und Mädchen bestehen insgesamt nur geringfügige Unterschiede. Allerdings

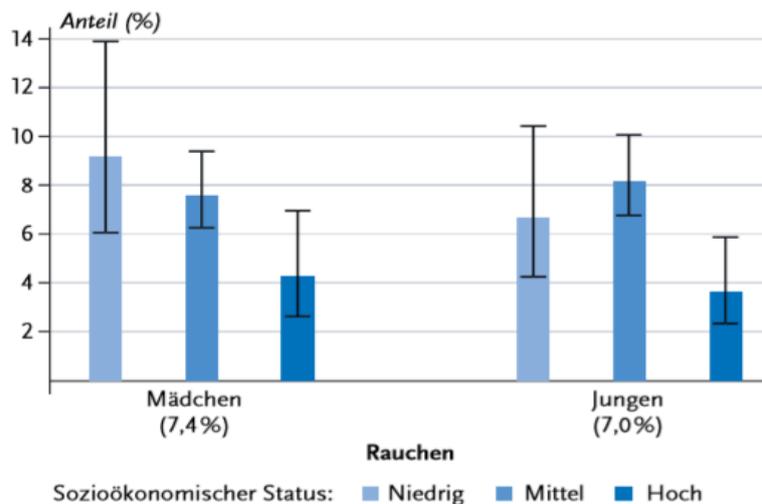


Abb. 1: Aktuelles Rauchen bei 11- bis 17-Jährigen nach Geschlecht und sozioökonomischem Status (Kuntz et al., 2018: 52)

lässt sich erkennen, dass Befragte mit einem niedrigeren sozialökonomischen Status

durchgängig häufiger rauchen, als Befragte mit einem höheren sozialökonomischen Status.

Nach Kuntz et al. (2018: 45 f.) ist dem Gesundheitsverhalten von Minderjährigen hohe Bedeutung zuzuschreiben, da dieses oftmals bis in das Erwachsenenalter fortbesteht. Der Konsum psychoaktiver Substanzen wird vor allem im Jugendalter häufig erprobt und je nach Erfahrung verworfen oder aufrechterhalten. Es besteht weiterer Forschungsbedarf, ob und wie bestehende suchttherapeutische Interventionen entwicklungs- und altersspezifisch angepasst werden müssen. Dies gilt es an den messbaren Kriterien für die Behandlungsplanung auszurichten. Weiterhin sind besondere Risikopopulationen bei Kindern und Jugendlichen noch einmal gesondert zu betrachten. Dies beinhaltet den frühen Verlust von Eltern(-teilen), frühe Traumatisierungen oder mehrgenerationalen Substanzmissbrauch (AWMF, 2016: 244). Weiterhin gilt es zu beachten, dass einerseits junge Erwachsene und Jugendliche vulnerabel und benachteiligt sind, „die durch psychiatrische Erkrankungen wie ADHS nicht in der Lage sind, ihre Impulsivität zu steuern, die beispielsweise durch Traumafolgestörungen beeinträchtigt sind und durch Rauschmittelkonsum eine zeitnahe Entlastung erleben, sowie andererseits diejenigen, deren psychische Struktur, Abwehrverhalten und Konfliktthemen nur durch einen Suchtmittelkonsum zumindest vorübergehend stabil und bewältigbar erscheinen“ (Bilke-Hentsch & Leménager, 2019: 36).

Daher sind spezielle Behandlungsangebote für diese Zielgruppe zu schaffen und weiterzuentwickeln, um dem breiten Indikationsspektrum auf den Einzelfall abgebildet gerecht zu werden.

1.2.1.2 Epidemiologie

Die Untersuchung der Verbreitung legaler und illegaler Drogen unter Kindern und Jugendlichen bietet wichtige Ansatzpunkte, um aktuelle und zukünftige Trends beobachten zu können. Dies liefert wichtige Erkenntnisse für die Ausrichtung der Drogenpolitik, bestehende Versorgungslücken sowie zukünftige Behandlungsbedarfe und somit auch Inhalte der Behandlungskonzepte.

Bei den legalen Drogen sind die Konsummuster von Alkohol und Rauchen gut untersucht. Zeiher et al. (2018: 29) haben Zahlen zu den Konsummustern bei 11-17-Jährigen veröffentlicht. Während der Anteil der Tabak-Konsumierenden über die Jahre zurückgeht und derzeit 5,6% regelmäßig bzw. 3,7% täglich rauchen, ist bei 12,1% ein Risikokonsum bei Alkohol sowie bei 7% der Befragten regelmäßiges Rauschtrinken zu beobachten. Betrachtet man nur die Werte der 14-17-Jährigen, besteht bei 20,5% der Jugendlichen ein alkoholbezogener Risikokonsum sowie regelmäßiges Rauschtrinken bei 11,7%. Vergleicht man diese Werte mit den Angaben der Bevölkerungszahlen (Statista: 2018) würden in der Altersgruppe von 15-17-Jährigen ca. 473.000 Jugendliche einen Risikokonsum und ca. 270.000 Jugendliche regelmäßiges Rauschtrinken aufzeigen.

Tab. 1: Rauchen und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen nach Geschlecht und Alter

	11–13 Jahre		14–17 Jahre		Gesamt	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen						
Rauchen, aktuell	0,6	(0,2–1,6)	11,9	(9,9–14,2)	7,4	(6,2–8,9)
Rauchen, regelmäßig	0,2	(0,1–0,5)	8,9	(7,2–10,8)	5,4	(4,4–6,6)
Rauchen, täglich	0,1	(0,0–0,4)	5,9	(4,6–7,6)	3,6	(2,8–4,7)
Durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten*					6,3	(5,1–7,2)
Alkoholkonsum, jemals	14,9	(12,7–17,5)	76,7	(73,6–79,4)	51,7	(49,5–54,0)
Alkoholkonsum, Risikokonsum	0,1	(0,0–0,5)	22,7	(20,1–25,6)	13,5	(12,0–15,2)
Alkoholkonsum, regelmäßiges Rauschtrinken	0,1	(0,0–0,5)	9,2	(7,5–11,3)	5,6	(4,6–6,8)
Jungen						
Rauchen, aktuell	0,9	(0,3–2,8)	11,1	(9,4–13,0)	7,0	(5,9–8,2)
Rauchen, regelmäßig	0,6	(0,1–3,0)	9,3	(7,7–11,2)	5,8	(4,8–7,0)
Rauchen, täglich	0,5	(0,1–3,4)	6,1	(4,7–8,0)	3,9	(3,0–5,0)
Durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten*					6,1	(5,0–7,2)
Alkoholkonsum, jemals	16,5	(14,0–19,3)	73,4	(69,8–76,8)	50,2	(47,7–52,8)
Alkoholkonsum, Risikokonsum	0,0		18,3	(15,7–21,3)	10,8	(9,2–12,6)
Alkoholkonsum, regelmäßiges Rauschtrinken	0,0		14,2	(12,1–16,5)	8,4	(7,1–9,8)
Gesamt						
Rauchen, aktuell	0,7	(0,3–1,6)	11,5	(10,1–13,1)	7,2	(6,3–8,2)
Rauchen, regelmäßig	0,4	(0,1–1,4)	9,1	(7,8–10,5)	5,6	(4,8–6,5)
Rauchen, täglich	0,3	(0,1–1,5)	6,0	(5,0–7,2)	3,7	(3,1–4,5)
Durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten*					6,2	(5,4–7,0)
Alkoholkonsum, jemals	15,7	(13,9–17,7)	75,0	(72,6–77,3)	51,0	(49,1–52,8)
Alkoholkonsum, Risikokonsum	0,1	(0,0–0,2)	20,5	(18,6–22,6)	12,1	(11,0–13,4)
Alkoholkonsum, regelmäßiges Rauschtrinken	0,1	(0,0–0,2)	11,7	(10,4–13,2)	7,0	(6,2–7,9)

KI = Konfidenzintervall

* Fallzahlen für alle Teilnehmenden der Altersgruppe 11 bis 17 Jahre ohne fehlende Werte für die einzelnen Indikatoren zum Substanzkonsum

^a Für mindestens wöchentlich Rauchende; aufgrund geringer Fallzahlen werden nur zusammengefasste Werte für die Altersgruppe 11 bis 17 Jahre dargestellt

(Kuntz et al., 2018: 53)

Nach Untersuchungen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) Welle 2 (Kuntz et al., 2018: 53) gab ca. die Hälfte der Minderjährigen an, wenigstens einmal Alkohol getrunken zu haben. Der Unterschied im Trinkverhalten zwischen den Geschlechtern ist gering, jedoch steigert sich die Lebenszeitprävalenz erwartungsgemäß, da hier auch jeder Probierkonsum mit aufgenommen wird. Nur bei den Jungen ist ein Unterschied der Prävalenz bezüglich des sozioökonomischen Status erkennbar. Bei Jungen mit niedrigem sozioökonomischem Status ist die Lebenszeitprävalenz geringer, als bei denen mit höherem sozialökonomischen Status. Forschungsergebnisse nach Zeiher (2018: 30) schlüsseln den Alkoholkonsum Jugendlicher bei zunehmendem Alter weiter auf, wonach ca. 40% der Jungen und Mädchen einen riskanten Alkoholkonsum aufzeigen. Dies zeigt den imensen Bedarf an frühzeitigen präventorischen und therapeutischen Interventionen auf.

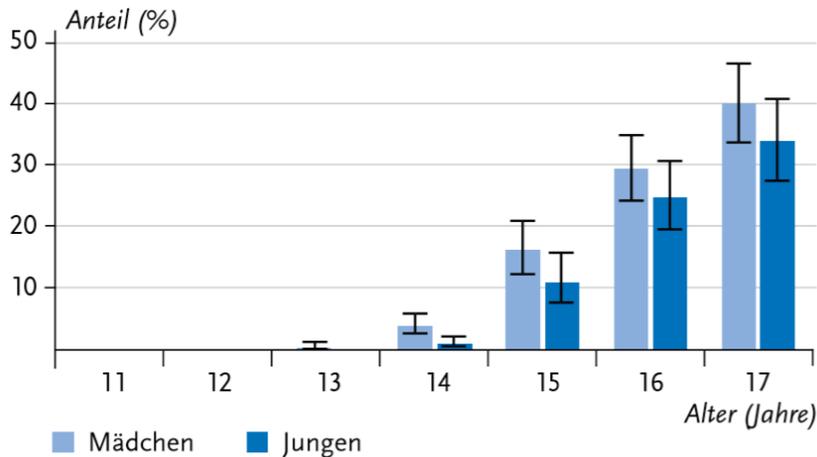


Abb. 2: Anteil der 11- bis 17-Jährigen mit riskantem Alkoholkonsum (AUDIT-C) (Zeiger, 2018: 30)

Der Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen ist somit in der Behandlung zumindest abzuklären, auch wenn der Konsum anderer, evtl. illegaler Substanzen im Vordergrund steht.

Nach Zahlen der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (2019: 2) liegt die Lebenszeitprävalenz von Jugendlichen zwischen dem zwölften und siebzehnten Lebensjahr illegale Drogen zu konsumieren im Jahr 2015 bei 10,2%, was 479.000 Personen entspricht. Eine Übersicht dazu bietet das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (BMG) (2019: 81). Dabei sind im Vergleich zum Vorjahr nur beim Konsum von Cannabis Unterschiede erkennbar. Der Jemalskonsum und die 12-Monats-Prävalenz beim Cannabiskonsum stiegen um jeweils um ca. 1% auf 10% bzw. 8%. Das BMG weist darauf hin, dass Angaben von 0,0 Prozent nicht notwendiger Weise bedeuten, dass es keine Konsumierenden gibt. Die niedrige Anzahl der tatsächlich Konsumierenden fällt lediglich gesamtstatistisch nicht ins Gewicht. In der nachfolgenden Tabelle betrifft dies die Angaben zu Crystal Meth Konsumierenden zwischen 12-17 Jahren.

Tab. 2: Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und Erwachsenen

Alter	12–17 Jahre	18–25 Jahre	18–64 Jahre
Datenquelle/Jahr	BZgA: Drogenaffinitätsstudie 2015 bzw. für Cannabis Alkoholsurvey 2018		IFT: ESA 2019
Cannabis			
Jemalskonsum	10,0 %	42,5 %	28,2 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	8,0 %	23,0 %	7,1 %
regelmäßiger Konsum (mind. zehn mal in den letzten zwölf Monaten)	1,6 %	6,9 %	nicht erhoben
weiblich	0,7 %	3,5 %	k. A.
männlich	2,3 %	10,0 %	k. A.
Abhängigkeit	k. A.	k. A.	0,6 %
Heroin + andere Opioide			
Jemalskonsum	0,1 %	0,5 %	1,7 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,0 %	0,0 %	0,4 %
NPS			
Jemalskonsum	0,1 %	2,2 %	2,6 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,0 %	0,3 %	0,9 %
Crystal Meth			
Jemalskonsum	0,0 %	0,6 %	0,8 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,0 %	0,4 %	0,2 %
Kokain + Crack			
Jemalskonsum	0,5 %	2,9 %	4,1 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,3 %	1,2 %	1,1 %
Ecstasy			
Jemalskonsum	0,6 %	4,0 %	3,9 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,5 %	2,2 %	1,1 %

(BMG, 2019: 81)

Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD-Studie) zeigt beim Konsum illegaler Drogen insgesamt höhere Prävalenzen bei Jugendlichen. Die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen ohne Cannabis geht im Vergleich zurück, beträgt aber weiterhin insgesamt 12%.

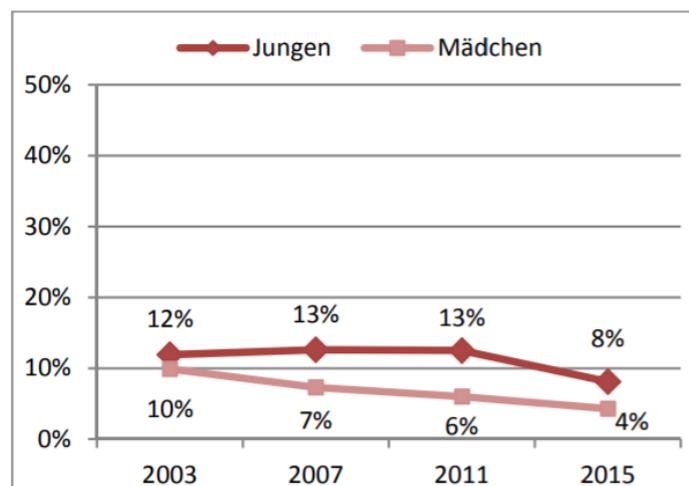


Abb. 3: Anteil der Jugendlichen, die jemals eine andere illegale Droge außer Cannabis konsumiert haben (IFT, 2016: 3)

Bei der Lebenszeitprävalenz von Tranquilizern/Sedativa lässt sich in den letzten 12 Jahren ein Anstieg von 8% bei den Jungen, bzw. 6% bei den Mädchen erkennen (IFT, 2016: 3 f.).

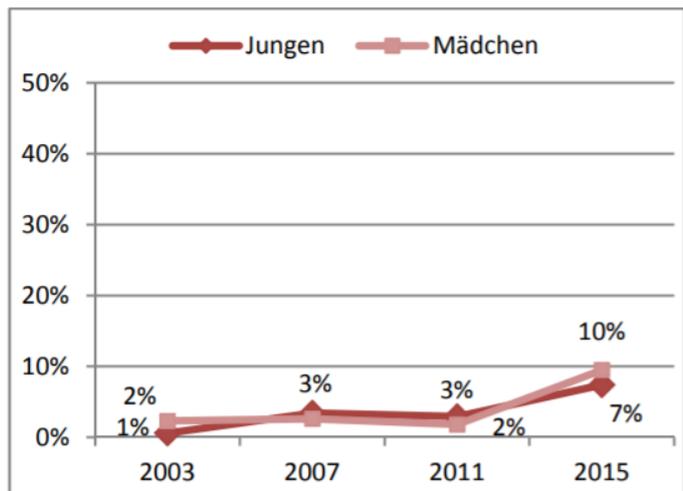


Abb. 4: Anteil der Jugendlichen, die jemals Tranquilizer/Sedativa eingenommen haben (IFT, 2016: 4)

Cannabis ist weiterhin die am häufigsten konsumierte illegale Droge der Befragten, wobei ein wellenförmiger, leicht zunehmender Trend zu beobachten ist (DBDD: 2019: 2). Die ESPAD-Studie, die den Cannabiskonsum von Jugendlichen über 12 Jahre lang untersucht hat, bildet einen zunehmenden Trend seit 2007 ab (IFT, 2016: 3).

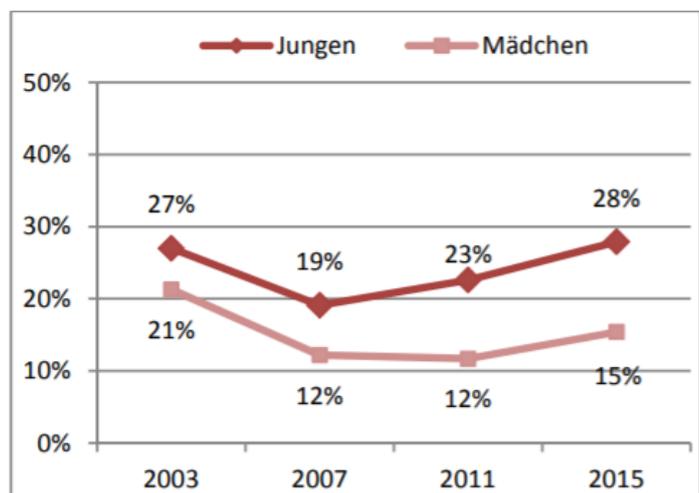


Abb. 5: Anteil der Jugendlichen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert haben (IFT, 2016: 3)

Nach Angaben des statistischen Bundesamts (DESTATIS) (2017) zeigen sich folgende Zahlen bei den Krankenhausbehandlungen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch den Konsum psychotroper Substanzen in den Altersgruppen unter 15 Jahren sowie bis 25 Jahre.

Tab. 3: Vollstationäre Patienten und Patientinnen der Krankenhäuser 2016 nach Hauptdiagnose und Altersgruppen

Diagnose	Altersgruppe	
	< 15	15-25
Gesamt	3454	30550
F10 Alkohol	2711	20916
F11 Opioide	19	390
F12 Cannabinoide	354	4316
F13 Sedativa/Hypnotika	37	244
F14 Kokain	6	102
F15 Andere Stimulanzien einschl. Koffein	87	1219
F16 Halluzinogene	17	178
F17 Tabak	15	39
F18 Lösungsmittel	7	13
F19 Multipler Substanzge- brauch	201	3133

(DESTATIS: 2017)

Eine Nachfrage beim Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege ergab, dass der Kode 9-694 des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) im Jahr 2016 von 5 Krankenhäusern in insgesamt 63 Fällen angegeben wurde. Insgesamt besteht im Vergleich zu den relevant höheren Zahlen der Krankenhausbehandlungen sowie denen der konsumierenden Kinder und Jugendlichen massiver Nachholbedarf bei der Behandlung auf Grundlage gut evaluierter Konzepte und Vorgaben, wie beispielsweise denen des OPS-Kode 9-694.

Die aktuellen Statistiken zeigen die Wirksamkeit der Drogenpolitik und Veränderungen der Trends im Drogenkonsum wie beispielsweise den Rückgang beim Rauchen oder die zunehmende Zahl der Cannabis konsumierenden Personen. Für die zukünftige Entwicklung von Behandlungsstrategien bei substanzbedingten Störungen sind die Gründe der Trends zu diskutieren und dementsprechend im Versorgungssystem darauf zu reagieren. Beispielsweise gilt es die möglichen Folgen des Cannabiskonsum hinsichtlich der Hirnentwicklung mit der Klientel zu bearbeiten, um der Verharmlosung des Konsums entgegensteuern zu können. Des Weiteren ist das soziale Umfeld Betroffener und der sozioökonomische Status mit in weitere Untersuchungen einzubeziehen. So können bereits erste Hinweise auf bestimmte Konsummuster, wichtige Ansatzpunkte für die Behandlungsplanung und weitere Perspektivenklärung erkannt werden. Es gilt, die bestehenden Zahlen zum Konsum psychotroper Substanzen von Kindern und Jugendlichen weiter zu erheben, um eine professionelle Versorgung ausbauen und gewährleisten zu können.

1.2.1.3 Ätiologie

Versucht man die auslösenden Bedingungen einer Suchterkrankung im Kindes- und Jugendalter zu erfassen, können verschiedene Modelle auf Grundlage der Psychologie, Biologie und Sozialwissenschaften herangezogen werden. Die Auseinandersetzung und Transferierung dieser Erklärungsansätze in die Praxis sollen ein möglichst vollständiges Bild der Entstehung des Krankheitsbildes ermöglichen. Die Einbeziehung der verschiedenen Ansätze stellt somit eine wichtige Grundlage für die Entstehung eines individuellen ätiologischen Fallverständnisses und der dazugehörigen therapeutischen Ausrichtung dar.

Die Entstehung einer Abhängigkeit aufgrund des Zusammenspiels psychischer, biologischer und sozialer Faktoren sowie suchtmittelspezifischer Bedingungen wird im Folgenden näher erläutert. Die Betrachtung auf verschiedenen Ebenen ist notwendig, um die Behandlung der Störung, vor dem Hintergrund unterschiedlicher Behandlungsansätze im deutschen Gesundheitssystem, den individuellen Bedürfnissen der zu Behandelnden anpassen zu können.

Das umfassende Paradigma von Suchterkrankungen soll zunächst in der folgenden Übersicht klinisch psychologischer Ansätze nach Hautzinger & Thies (2009: 6) verdeutlicht werden:

- Kindheitserfahrungen sind maßgeblich für die Entwicklung der Persönlichkeit mitverantwortlich. Die Beziehung zwischen Kindern und Eltern können nachhaltige Beeinträchtigung späterer Beziehungen bedingen.
- Verhalten lässt sich nicht nur durch bewusste, sondern ebenso durch unbewusste Prozesse beeinflussen.
- Abwehrmechanismen sind beim Umgang von Stress und Angst wesentlich beteiligt.
- Die Gründe für die Verhaltensweisen von Menschen können nicht immer offensichtlich erklärt werden, sondern bedürfen eines Blickes hinter den Vorhang.

Die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Sichtweisen scheint somit unerlässlich, um Ursachen und Symptome gleichermaßen behandeln zu können. Bei Kindern und Jugendlichen, die sich auch bei gleichem Alter in unterschiedlichen Entwicklungsstadien befinden, gewinnt diese Herangehensweise an Bedeutung.

Verhaltenstherapeutische Ansätze:

Die Lerntheorien finden bis heute Zugang zur Erklärung von substanzbedingten Störungen und deren Behandlung. Im Sinne der operanten Konditionierung werden durch den Substanzkonsum das Erleben der Intensität positiver Situationen oder Zustände gesteigert, aversiver Situationen und Zustände vermindert (Tretter & Müller, 2001: 53). Somit wird davon ausgegangen, dass das dysfunktionale Verhalten durch die positiven oder den Wegfall negativer Konsequenzen ausgelöst und aufrechterhalten wird.

Zunächst wird der Konsum durch das Bewirken positiver Zustände und angenehmer Gefühle ausgelöst und trägt durch den anhaltenden Wunsch nach dieser positiven Wirkung zur Aufrechterhaltung des Konsums psychotroper Substanzen bei. Die Reduktion von aversiven Zuständen, wie die Verminderung von Entzugserscheinungen durch weiteren Konsum, verstärkt die positive Wirkungserwartung der Substanz und hält das dysfunktionale Verhalten als Lösungsstrategie aufrecht. Bei verschiedenen Erkrankungen oder Störungsbildern

werden psychotrope Substanzen konsumiert, um unangenehme Symptome zu mildern. Der Konsum stellt dabei aber nur eine vorübergehende Lösungsstrategie zur Bekämpfung der Symptomatik dar. Die Symptomatik kann sich aufgrund der verschiedenen Wirkungsweisen von Substanzen im Verlauf verschlechtern, was sich negativ auf den Allgemeinzustand der Betroffenen auswirkt. Bei anhaltendem Konsum und steigender Dosis kann sich daraus eine Abhängigkeit entwickeln. Kinder und Jugendliche mit einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung fühlen sich beispielsweise durch den Konsum von Cannabis motorisch ruhiger und weniger angespannt. Druck, der von außen ausgeübt wird, wird als weniger belastend erlebt. Führt dieser fortschreitende Konsum zu einer Abhängigkeit, entwickeln die Betroffenen eine komorbide Suchtstörung und lernen den Konsum psychotroper Substanzen als erfolgreiche Lösungsstrategie kennen. Beginnt dieser Verlauf bereits im Kindes- und Jugendalter können sich manifeste Suchtstörungen entwickeln. Aufgrund der zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben sowie den fehlenden Bewältigungsstrategien stellt dies ein besonderes Risiko für diese Zielgruppe dar.

Die Betrachtung des Modelllernens ist für die Entwicklung einer Suchtstörung von großer Bedeutung, da sich Drogenkonsum dadurch initiiert und sich zum Suchtverhalten entwickeln kann. Kinder ahmen das Verhalten ihrer Eltern nach und kommen so oftmals früh in Kontakt mit psychoaktiven Substanzen (Tretter & Müller, 2001: 53), was sich ebenso in positiver Wirkungserwartung gegenüber dem Suchtmittel äußern kann. Das Lernen findet somit durch Nachahmung und Beobachtung statt.

Das Prinzip der klassischen Konditionierung erklärt den Zusammenhang zwischen Konsum psychoaktiver Substanzen und den situativen Faktoren, in denen der Konsum stattfindet. Ehemals neutrale Reize lösen durch mehrmalige Koppelung mit einem unconditionierten Reiz eine Reaktion aus. Der neutrale Reiz wird somit zum konditionierten Reiz (Tretter & Müller, 2001: 53). Es wird ersichtlich, dass nicht nur die konsumierte Substanz, sondern auch Situationen und Umweltreize den Wunsch nach Konsum auslösen können. So können für Abhängige Geräusche, Gerüche und andere Faktoren zu Hochrisikosituationen werden, was in der späteren Behandlung, vor allem bei der Rückfallprävention, zu beachten ist.

Psychodynamisches Paradigma:

Betrachtet man die Entstehung der Sucht im psychoanalytischen Sinne, sind verschiedene Theorieansätze mit einzubeziehen. Es geht neben sozialpsychologischen, soziologischen und epidemiologischen Erklärungsansätzen um den Zusammenhang zwischen der Sucht und den Auswirkungen einer pathogenen Außenwelt. Diese treffen auf bereits bestehende psychische Strukturen und begünstigen die Entwicklung einer seelischen Störung (Bilitza, 2009: 18).

Die Auseinandersetzung mit den Krankheitsmodellen und den psychodynamisch orientierten Theorien führt zu einem besseren Verständnis und somit zu passender Ausrichtung der Behandlung, um nicht nur den Konsum als Symptom sondern die dahinterliegende Erkrankung und Sinnhaftigkeit dysfunktionalen Verhaltens verstehen und behandeln zu können. Das Wesen einer Sucht wird nicht den chemischen Prozessen, sondern gefühlsmäßigen und inneren Strukturen eines Menschen zugewiesen. Eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung ist somit ein Risikofaktor, eine Suchtstörung zu entwickeln, und der Konsum an sich ein Heilungsversuch, um mit den einhergehenden und unangenehmen Gefühlen umgehen zu können (Knoll, 2014: 24 ff.). Nach Knoll (2014: 55 f.) entsteht eine Suchterkrankung durch eine vorgeschädigte Persönlichkeitsstruktur mit fehlenden Bewältigungsmöglichkeiten, unangenehmen Gefühlen funktional begegnen zu können. Verschiedene Funktionen sind im Sinne des psychodynamischen Modells nicht entwickelt, gestört oder unzureichend gereift:

- Aushalten unangenehmer Erfahrungen ohne tiefgreifend seelisch beeinträchtigt zu sein (Lust vs. Frustration) im Sinne der Triebpsychologie der Sucht
- Erleben des Selbst als hilflos und schwach als Folge eines nicht einheitlichen Bildes positiver und negativer Anteile von früheren Bezugspersonen und sich selbst im Sinne der Ich-Psychologie der Sucht
- Bewusstseinsveränderung, um schmerzhaft Erfahrungen abwehren zu können im Sinne der Selbst- und Objekttheorie der Sucht

Die folgende Tabelle zeigt die zentralen Paradigmen, die für die Entwicklung einer Suchttheorie im psychoanalytischen Sinne zu beachten sind:

Tab. 4: Psychoanalytische Krankheitsmodelle und Theorien der Sucht

Krankheitsmodelle	Theorien der Sucht		
	Triebpsychologie der Sucht	Ich-Psychologie der Sucht	Selbst- und Objekttheorie der Sucht
Entwicklungs-pathologie	Sucht im Dienst des Lustprinzips; Fixierung auf Oralität; Triebentmischung, Regression auf Partialtrieb-niveau; perverse Strukturbildung	Sucht als artifizielle Ich-Funktion, u.a. für Affektdifferenzierung, Selbstfürsorge; frühe Störung der Gender-Entwicklung	Sucht als Ersatzbildung struktureller Defekte im Selbst; narzisstische Vulnerabilität; süchtige Beziehungsstruktur
Konfliktpathologie	Sucht zur Unlustvermeidung; neurotische Konfliktregulierung von Triebspannungen und zur Angstbewältigung	Suchtmittelmissbrauch als Ersatz der Anpassung des Ich; Fixierung auf ungelöste ödipale Konflikte	Suchtmittel als apersonales Substitut; abhängiger Beziehungskonflikt
Psychotraumatologie	Sucht zur Förderung der Regression auf Partialtrieb-niveau	Sucht als chemisch erzeugte emotionale Anästhesie und Dissoziation im Dienst der psychotraumatischen Abwehr	Süchtige Phantasie und süchtige Beziehungen gegen Retraumatisierung und Reviktimsierung

(Bilitza, 2009: 23)

Durch die verschiedenen Ansätze lassen sich wiederum wichtige diagnostische Einschätzungen sowie Behandlungsansätze für die Therapie der Sucht finden, was den Stellenwert psychodynamischer Herangehensweise begründet. Bilke-Hentsch & Leménager (2019: 36) beschreiben dazu, dass der zweifache Blick im

psychodynamischen und entwicklungspsychiatrischen Sinn die Verbindung zwischen individuellem Gewordensein und genutztem Suchtmittel herstellt. Dies erklärt zumindest den Anfang der Konsumgeschichte sowie oft auch das Rückfallverhalten der Betroffenen.

Nach Thomasius & Stolle (2018: 44) ist die Anwendung psychotherapeutischer Ansätze verschiedener Therapieschulen in die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen mit einzubeziehen, um das Störungsbild aus einer entwicklungsorientierten Perspektive behandeln zu können. Demnach soll auch ein verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Behandlungssetting die Punkte des psychodynamischen Paradigmas in die Behandlung mit einbeziehen. Die Auseinandersetzung und Einbeziehung psychodynamischer Erklärungsmodelle dienen dem differenzierten Verständnis einer Suchtstörung, was auf therapeutischer Handlungsebene zu berücksichtigen ist.

Biologische Faktoren:

Einen weiteren Ansatz zur Erklärung von Suchterkrankungen bietet die Neurobiologie. Die Forschung in diesem Bereich trägt zu einem veränderten Blick auf Suchtstörungen bei, nämlich diese als Krankheit und nicht als persönliche Schwäche zu sehen.

Abhängigkeitserkrankungen sind auf biologischen Grundlagen beruhende Erkrankungen, die teilweise genetisch festgelegt sind. Das Gehirn wird in seiner Funktionsweise so entscheidend beeinflusst, dass Abhängige für ihre gesundheitliche Problematik nicht zur Verantwortung gezogen werden können (Heinz et al., 2012: 9). Die Neurobiologie zeigt neuronale Mechanismen auf, die die Entstehung und Aufrechterhaltung von süchtigem Verhalten bedingen. Durch dieses Wissen können neue Therapieformen entwickelt werden (Rommelspacher, 2009: 97). Auf psychoedukativer Basis sollen die neurobiologischen Grundlagen der Sucht mit den Betroffenen besprochen werden, um diese für das Krankheitsbild zu sensibilisieren und ein Verständnis für therapeutisches Vorgehen zu schaffen. Der Sinn therapeutischer Hausaufgaben wird für Betroffene beispielsweise klarer, wenn ein Verständnis von neuronaler Bahnung geschaffen wird. Dabei ist das Einüben von alternativen Verhaltensweisen außerhalb des therapeutischen Settings ein wichtiger Bestandteil des „Erlernens“ der Abstinenz.

Durch die Einnahme psychotroper Substanzen werden verschiedene Neurotransmitter im Gehirn freigesetzt, die das Belohnungssystem stimulieren und so für angenehme Gefühle sorgen. Dieser Belohnungseffekt ist dann wiederum Antreiber erneuter Stoffzufuhr. Durch die psychotrope Substanz wird das empfindliche Gleichgewicht der Ausschüttung der Neurotransmitter beeinflusst. So werden je nach Wirkungsweise antreibende oder bremsende Botenstoffe ausgeschüttet, worauf die Synapsen mit verminderter Bereitstellung von Transmittern reagieren (Schneider, 2013: 13 f.). Lässt die Wirkung der Substanz nach, führt dies zu einem Ungleichgewicht verschiedener Botenstoffe, was sich in Entzugserscheinungen widerspiegeln kann. Erleichterung kann dann durch erneuten Konsum verschafft werden, was eine zunehmende Anpassung des Gehirns und den weiteren Konsum bzw. das starke Verlangen nach einer Substanz bedingt. Weiterhin besteht nach Bilke-Hentsch & Leménager (2019: 42) aus neurobiologischer Sicht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung in der Adoleszenz, da unterschiedliche Reifungsprozesse im Gehirn noch nicht abgeschlossen sind.

Die Erkenntnisse der neurobiologischen Forschung tragen zur Erklärung der Entstehung von Suchterkrankungen bei, wodurch diese besser als neurobiologische Gehirnkrankheit verstanden werden können. Weiterhin können im Verlauf wichtige therapeutische Anhaltspunkte gewonnen und die Betroffenen für ihr Krankheitsbild sensibilisiert werden.

Die genetische Disposition ist als Faktor der Entstehung von Suchterkrankungen nicht zu vernachlässigen. Alkoholranke Elternteile haben dementsprechend häufiger alkoholranke Kinder, was vor allem bei Söhnen von Alkoholikern beobachtbar ist. In Adoptionsstudien konnte nachgewiesen werden, dass adoptierte Kinder öfter eine Alkoholabhängigkeit entwickelten, wenn einer der leiblichen Elternteile selbst an einer Suchtstörung litt (Rommelspacher, 1999: 28 f.). Somit stellt die genetische Veranlagung einen Risikofaktor für die Entstehung einer Suchtstörung dar. Im klinischen Kontext gilt es diese Informationen beispielsweise durch Arbeit mit Genogrammen zu erheben und anschließend psychoedukativ zu vermitteln, um ein Verständnis für die Entstehung der Suchtstörung schaffen zu können und Betroffene hinsichtlich ihrer Erkrankung zu sensibilisieren. Die veränderte Wirkungserwartung sowie die Änderungen in

verschiedenen neuronalen Netzen, die bei den Betroffenen so veranlagt sind, spielen eine wichtige Rolle im weiteren Behandlungsverlauf. Der Konsum kann somit mehr als Symptom einer Erkrankung und weniger als Willensschwäche oder fehlende Impulskontrolle gewertet werden.

Soziales Umfeld:

Das soziale Umfeld hat vor allem im Kindes- und Jugendalter große Bedeutung im Zusammenhang mit der Entstehung von Suchtstörungen. So lassen sich häufig frühe Beziehungs- und Bindungsstörungen bei Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen finden. Weitere Ursachen sind Traumatisierungen durch verschiedene Gewalterfahrungen sowie mangelnde Geborgenheit und Akzeptanz im Elternhaus. Diese Erfahrungen wirken sich dementsprechend auf die Grundüberzeugungen und Kognitionen dieser Klientel aus. Beispielsweise lassen sich oft eine geringe Toleranz gegenüber Frust, wenig moralische oder normative Ideale oder Interessen bei Betroffenen finden (Möller, 2003: 23 f.). Die geringe Frustrationstoleranz kann so schnell zu starker Anspannung führen, die durch psychotrope Substanzen vermindert werden kann. Vor allem die fehlenden Interessen können bei Kindern und Jugendlichen als Risikofaktor für die Entstehung von Suchterkrankungen erkannt werden. Die Interaktion in sozial eingebundenen Peergroups wie Vereinen findet nicht statt, wodurch Betroffene oftmals mit deutlich risikofreudigeren Umgebungen konfrontiert sind. Dies könnte dazu führen, dass Beschaffung und Konsum psychotroper Substanzen die Freizeitgestaltung bestimmen.

Frühe Bindungserfahrungen sind bei der Entwicklung von Suchtstörungen ebenso zu berücksichtigen wie die Erziehungsstile. Bei betroffenen Kindern und Jugendlichen finden sich häufig Erziehungsstile, die wenig oder keinen Entwicklungsfreiraum bieten. Als weitere Risikofaktoren im sozialen Gefüge sind Loyalitätskonflikte, oft wechselnde Bezugspersonen und anhaltende elterliche Konflikte zu nennen (Möller, 2003: 24). Durch fehlende emotionale oder soziale Unterstützung können wichtige Resilienzfaktoren zur Abwendung psychischer Erkrankungen nicht aufgebaut werden, was einen weiteren Risikofaktor für Kinder und Jugendliche darstellt. Darüber hinaus sind die ungünstigen psychosozialen Lebensbedingungen für Kinder aus suchtbelasteten Familien eindeutig belegt und führen zu zusätzlicher Belastung der Betroffenen (BMG,

2017: 7 f.). Neben den familiären Risikofaktoren ist die Peergroup bei der Entstehung von Suchtstörungen im Jugendalter wesentlich beteiligt. Dahinter steckt oftmals der Wunsch nach Anerkennung oder Zugehörigkeit sowie Gruppenzwänge hinsichtlich des Konsums psychotroper Substanzen (Möller, 2003: 24).

Das soziale Umfeld trägt somit wesentlich zur Entstehung von Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter bei und sollte in Diagnostik und Behandlung betroffener Minderjähriger beachtet werden, um den Rückfall in alte Verhaltensweisen vermeiden zu können.

Suchtmittel:

Um zu verstehen wie eine Substanzstörung im Kindes- und Jugendalter entsteht, spielt die Wirkungsweise der psychotropen Substanz eine große Rolle. Je nach den individuellen Merkmalen von Person, Situation und Substanz treten unterschiedliche Effekte auf. Tretter (2017: 15) beschreibt dazu drei unterschiedliche Wirkungsarten:

- Überwiegend aktivierend (Stimulanzien)
- Überwiegend sedierend (Hypnotika oder Sedativa)
- Überwiegend psychotogen bzw. psychodysleptisch (Halluzinogene)

Die Wirkung des Suchtmittels ist demnach mit den individuellen Bedürfnissen und Störungsbildern der Betroffenen in Verbindung zu bringen. Durch erkannte Zusammenhänge können wichtige Ansatzpunkte für die Behandlung gewonnen werden.

Neben der Wirkungsweise sind Faktoren wie die Verfügbarkeit, Konsumart und der Preis wichtige Anhaltspunkte für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. Durch den Umgang mit Gleichaltrigen werden diese Faktoren mitbestimmt (Möller, 2003: 25). Im ätiologischen Verständnis ist dabei die Beziehung zum Suchtmittel zu klären. In einer Suchtanamnese kann erkannt werden, welche Suchtmittel zu welchem Zweck eingenommen wurden. So lässt sich auch die Entwicklung in der Art der Anwendung sowie Angaben zu Dauer, Dosis und konsumfreien Zeiten ermitteln. Diese Informationen sind für das Verstehen der individuellen Suchtentwicklung unerlässlich, um die Funktionalität des Suchtmittels zu erkennen und dies im therapeutischen Setting thematisieren zu können. Somit können passende alternative Strategien zum Erreichen der Behandlungsziele eingesetzt werden.

Um ein Verständnis für die individuelle Entwicklung einer Suchtstörung im Kindes- und Jugendalter schaffen zu können, sind verschiedene Ansätze und Professionen mit in die Behandlung einzubeziehen. Die Beschäftigung mit den bio-psycho-sozialen und suchtmittelspezifischen Gegebenheiten und Auswirkungen des Konsums sind von der Entstehung einer Abhängigkeit bis zur Behandlung wichtige Ansatzpunkte für die weitere Behandlungsplanung und Perspektivenklärung.

1.2.1.4 Diagnostik

Die Diagnostik bei substanzbedingten Störungen bei Kindern Jugendlichen stellt eine große Herausforderung für Fachkräfte dar. Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD) gruppiert die Störungen in verschiedene Zustandsbilder und Diagnosekriterien ein und bildet somit das Grundgerüst weiterer Behandlungsplanung. Um eine ganzheitliche und professionelle Behandlung zu gewährleisten, ist jedoch eine Diagnostik basierend auf einem bio-psycho-sozialen Entstehungsmodell substanzbedingter Störungen unumgänglich. Nur so können auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen sowie Begleiterkrankungen verstanden, erfasst und behandelt werden. Dabei ist der aktuelle Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen mit in die Diagnostik einzubeziehen. Ein ausführliches und multiprofessionelles Verständnis von Diagnostik bietet wichtige Anhaltspunkte zur späteren Weiterbehandlung sowie für die Planung von Anschlussmaßnahmen. So können bereits erste Anhaltspunkte zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung erkannt und therapeutisches Vorgehen geplant werden. Die Daten zur Erstellung einer professionellen Diagnostik werden in Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten sowie deren Umfeld erfasst, überprüft und hinterfragt. Fachkräfte arbeiten hier bereits auf der Interventionsebene mit den Erkrankten, was die Wichtigkeit einer ausführlichen und multiprofessionellen diagnostischen Arbeit noch einmal betonen soll.

Im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sind die Diagnosekriterien durch die derzeit gültige ICD-10 von Bedeutung. Es gilt zu beachten, dass in der ICD nicht zwischen Jugendlichen und Erwachsenen unterschieden wird. Die Kriterien werden für jede Altersklasse verwendet.

Die substanzbedingten Diagnosekriterien teilen sich in der ICD-10 wie folgt auf (Dilling et al., 2014: 107):

- F10.xx psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- F11.xx psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
- F12.xx psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
- F13.xx psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F14.xx psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
- F15.xx psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
- F16.xx psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
- F17.xx psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
- F18.xx psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
- F19.xx psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Dabei sollte die momentane Störung nach der Hauptsubstanz diagnostiziert werden. Meist ist dies die Substanz, die die gegenwärtige Symptomatik auslöst. Bestehen Zweifel an der Diagnose wird die Stoffgruppe oder der Stoff kodiert, der am häufigsten konsumiert wird, besonders bei täglichem oder ständigem Gebrauch. Zur Identifikation der konsumierten psychotropen Substanzen sollten unterschiedliche diagnostische Erhebungen durchgeführt werden, um Klarheit über den Konsum zu erlangen. Dabei sind Eigenangaben der zu Behandelnden, objektive Analysen wie Blut- und Urinproben, Nachweise wie der Besitz verschiedener Substanzen, fremdanamnestic Angaben sowie die klinischen Symptome zu beachten (ebd.: 110 f.).

Die substanzbedingten Diagnosekriterien lassen sich nach Dilling et al. (2014: 108 f.) in folgende Zustandsbilder unterteilen:

- F1x.0 Akute Intoxikation (akuter Rausch)
- F1x.1 schädlicher Gebrauch
- F1x.2 Abhängigkeitssyndrom
- F1x.3 Entzugssyndrom

- F1x.4 Entzugssyndrom mit Delir
- F1x.5 Psychotische Störung
- F1x.6 Amnestisches Syndrom
- F1x.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- F1x.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
- F1x.9 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen

Im Sinne einer dosierten Informationsvermittlung können einzelne Diagnosekriterien gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten überprüft und besprochen werden. Auf therapeutischer Ebene soll sich durch diese psychoedukative Arbeit die Compliance der Behandlung erhöhen und die zu Behandelnden für das Krankheitsbild sensibilisiert werden. Hierbei soll zunächst ein Verständnis für schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit geschaffen werden.

Als schädlicher Gebrauch wird in der ICD ein „*Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt*“ (Dilling et al., 2014: 113) definiert. Dazu werden psychische sowie körperliche Störungen wie beispielsweise die depressive Episode aufgrund massiven Alkoholkonsums oder eine Hepatitis, die durch Selbstinjektion entsteht, genannt.

Die diagnostischen Leitlinien zum schädlichen Gebrauch umfassen folgende Merkmale (ebd.: 114):

- Der Konsument ist tatsächlich in seiner physischen oder psychischen Gesundheit geschädigt
- Schädliches Konsumverhalten führt zu negativen sozialen Konsequenzen und wird häufig durch andere kritisiert

Dabei wird die akute Intoxikation (F1x.0) sowie ein „Kater“ nicht als Beweis für einen tatsächlichen Gesundheitsschaden gesehen. Des Weiteren ist die Diagnose zum schädlichen Gebrauch bei psychotischer Störung (F1x.5) sowie einem Abhängigkeitsyndrom (F1x.2) nicht zu stellen (ebd.).

Eine Abhängigkeit wird nach den Kriterien der ICD-10 diagnostiziert, wenn mindestens drei der folgenden sechs Kriterien in einem Zeitraum von einem Jahr wiederholt oder über mindestens 30 Tage zusammen bestanden haben (Dilling et al., 2016: 88 f.):

1. Es besteht der starke Wunsch eine psychotrope Substanz einzunehmen
2. Kontrollverlust hinsichtlich des Beginns, Menge und Beendigung des Konsums
3. Körperliches Entzugssyndrom, wenn der Konsum beendet oder reduziert wird
4. Toleranzentwicklung im Sinne einer Dosissteigerung zur Erreichung gewünschter Wirkung, die bei Konsumenten ohne nachweisliche Toleranzentwicklung zu schweren Beeinträchtigungen oder Versterben führen würde
5. Vorrang des Substanzkonsums vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen sowie eine Intensivierung des Zeitaufwands, um eine Substanz zu konsumieren oder zu beschaffen, bzw. sich nach dem Konsum wieder zu erholen
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz unbestreitbarer schädlicher Folgen (depressive Verstimmungen, drogenbedingte Verschlechterung von kognitiven Funktionen, Leberschädigung).

Um im klinischen Alltag zu überprüfen, ob ein Konsum von bestimmten Substanzen stattgefunden hat, kommen verschiedene Laboruntersuchungen zum Einsatz. Das alleinige Vorhandensein einer Droge kann im Regelfall durch ein Screening im Urin bestimmt werden. Es gibt eine Vielzahl von Fälschungsmöglichkeiten beim Urinscreening, beispielsweise Verdünnung durch Beimischung von Wasser oder Vertauschen der Proben, weshalb die Abgabe einer Urinprobe entweder unter Sicht erfolgen sollte oder mittels eines individuellen Markers ausgewertet wird. Absolute Sicherheit kann auch durch Temperaturmessung des Urins oder die Messung von weiteren Stoffen nicht erreicht werden. Um gängige Drogen wie Heroin oder Cannabis nachzuweisen, stehen hierfür verschiedene Schnelltests zur Verfügung. Dabei sollte die Möglichkeit von fehlerhaften Ergebnissen, beispielsweise durch Kreuzreaktionen mit ähnlichen Substanzen oder eingenommenen Medikamenten, beachtet werden. Fälschungssichere Nachweise sind durch andere Untersuchungsmaterialien wie Blut oder Haare möglich (Scherbaum, 2017: 199 ff.).

Zu einer umfassenden Diagnostik gehört weiterhin die Erstellung einer Suchtanamnese. Beginn des Konsums psychotroper Substanzen sowie anhaltende und aktuelles Konsummuster sollten als Teil dieser Anamnese erfragt werden. Im diagnostischen Kontext kann hier bereits Bezug auf die Kriterien einer Abhängigkeit genommen werden. Weiterhin sind Konsequenzen sowie Vorbehandlungen und Abstinenzphasen bezüglich des Konsums zu erfassen (Tretter, 2017: 57 ff.). Durch das Besprechen des Konsumverlaufs sowie der bekannten Konsummuster befindet sich die Diagnostik hier bereits auf der Interventionsebene, was für die Wichtigkeit dieser Phase der Behandlung spricht. Durch die Besprechung aktueller Konsummuster können im Sinne einer Verhaltensanalyse bereits auslösende und aufrechterhaltende Muster erkannt werden, auf die im weiteren therapeutischen Prozess zurückgegriffen werden kann. So können den Erkrankten schon während der Diagnostik die Zusammenhänge, die zu den individuellen Konsummustern führen, bewusst gemacht werden.

Durch die Anamnese und das Gespräch über die eigene Abhängigkeit können bereits Rückschlüsse auf Therapie- und Veränderungsmotivation der Patientinnen und Patienten getroffen werden. Diese lässt sich im Phasenmodell nach Prochaska und Di Clemente (1985) einstufen, welches Tretter (2000: 69 f.) in folgende Phasen einteilt:

1. Stadium der Vorbesinnung (Vorstadium)
2. Stadium der Besinnung
3. Stadium der Entscheidung und Planung der Veränderung
4. Stadium der Handlung (konkrete Handlungsgestaltung in Richtung Konsumreduktion oder Abstinenz)
5. Stadium der Stabilisierung
6. Stadium der Beendigung

Diese Einteilung ermöglicht bereits im Erstkontakt Hypothesen zu möglichen Interventionen zu bilden und die Erkrankten am momentanen Standpunkt „abzuholen“. Des Weiteren sind diese Überlegungen für die Gruppenzusammensetzung auf den Stationen von großer Bedeutung. Diese Unterschiede werden beispielsweise bei Patientinnen und Patienten, die sich freiwillig in Behandlung begeben und solchen, die unter richterlichen Auflagen behandelt werden, deutlich. Das therapeutische Vorgehen muss demnach auf diese unterschiedlichen motivationalen Ausgangslagen abgestimmt werden.

Die klinische Psychologie hat im Bereich der Diagnostik bei substanzbedingten Störungen folgende Aufgaben:

1. Qualitative und quantitative Beschreibung psychischer Störungen
2. Zuordnung dieser Störungen bestimmter Klassen zu Indikationszwecken
3. Klärung von Entstehungsgeschichte und Bedingungen des Auftretens der Störungen
4. Vorhersage des weiteren Verlaufs bzw. der therapeutischen Erfolgswahrscheinlichkeit
5. Darstellung des Behandlungserfolges (Krohne & Hock, 2015: 459 nach Bastine & Tuschen, 1996)

Um eine möglichst genaue Beschreibung zur Ausführung dieser Punkte erstellen zu können, sind Informationen von den Erkrankten einzuholen. Durch ein strukturiertes Vorgehen im Sinne eines klinischen Interviews können die benötigten Informationen eingeholt und ausgewertet werden.

Krohne & Hock (2015: 462 f.) empfehlen, folgende Bereiche im klinischen Interview aufzunehmen, um eine möglichst vollständige und strukturierte psychologische Diagnostik erstellen zu können:

- Vorgeschichte der Problematik
- Krankheitsgeschichte der Betroffenen
- Lebensverhältnisse und Biographie
- Kritische Lebensereignisse und damit verbundene Kognitionen und Gefühle
- Therapiemotivation und -ziele
- Erwartungen an die therapeutisch Tätigen sowie die Behandlung im Allgemeinen

Bedenkt man, dass psychiatrische Begleiterkrankungen bei suchtspezifischen Störungen den Konsum auslösen und aufrechterhalten können, sollten diese ebenfalls abgeklärt werden. Auch hier befindet sich behandelndes Personal auf der Interventionsebene mit den zu behandelnden Kindern und Jugendlichen. Die einzelnen Komorbiditäten und die gegenseitige Beeinflussung mit der suchtspezifischen Störung können mit Erkrankten anhand psychoedukativer Vorgehensweisen erarbeitet werden. Eine

psychiatrische Exploration ist somit wichtig für das Verständnis der suchtspezifischen Störung auf Seiten von Behandelnden und Betroffenen. Liegen weitere Störungsbilder vor, sollte weiterhin diskutiert werden ob diese in den Behandlungsplan der suchtspezifischen Störung aufgenommen werden.

Eine psychiatrische Exploration sollte nach Tretter (2017: 59) unter anderem folgende Merkmale untersuchen:

- Depressionen
- Paranoide Psychosen
- Persönlichkeitsstörungen (z. B. Emotional-instabil vom Borderline-Typ)
- Aktuelle Suizidalität (z. B. in Bezug auf Gedanken, Fantasien, Impulse, Handlungen)
- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Lebensgefährliche Intoxikationen
- Krankenhausaufenthalte

Weitere wichtige Punkte, die in der Diagnostik erhoben werden sollten, sind die soziale Situation sowie biografische Themen. Ein interessiertes und auch strukturiertes Vorgehen ist dabei notwendig, um die Klientel nicht „auszufragen“ und die für die Behandlung wichtigen Themen darstellen zu können. Folgende Bereiche der sozialen Situation und Biografie sind zu berücksichtigen:

- Familiäre Situation (Partnerschaft, Ehe, sexuelle Ausrichtung, Kinder und deren Versorgung, Beziehung zur Herkunftsfamilie, soziale Situation der Eltern)
- Arbeitssituation
- Wohnsituation
- Finanzielle Situation (Schulden, Sozialhilfe, Berentung, vormundschaftsgerichtliche Betreuung)
- Soziales Umfeld (Erwartungen an die Patientinnen und Patienten)
- Straffälligkeit (Stehlen, Hehlerei, Dealen, Prostitution, Vorstrafen, Gefängnisaufenthalte, offene Strafen usw., §35 StGB [Therapie als Auflage])
- Subkulturelle Einbettung, Religionsgemeinschaft, Szenekontakte, Peergroup-Szene (Tretter (2000: 59 f.)

Die allgemeine Biografie betreffende Themen sind:

- Besonderheiten bei der Geburt
- (frühkindliche) Entwicklung
- Schulischer Werdegang
- Lebensgewohnheiten, Werte, Persönlichkeitszüge
- Sexualität (Promiskuität, Prostitution, Potenzstörungen, Menstruationszyklus, Schwangerschaften/Schwangerschaftsabbrüche, Gewalterfahrungen, sexueller Missbrauch)
- Familienanamnese (sollte sich auf suchtspezifische und psychiatrische Erkrankungen konzentrieren)

Durch die Einholung von Informationen aus dem sozialen Umfeld und der Familien der Betroffenen können wichtige Informationen über das Konsumverhalten sowie andere psychiatrische Symptome gewonnen werden (First, 2017: 3 ff.).

Eine differenzierte somatische Befunderhebung ist bereits Teil des OPS-Kode 9-694.

Versucht man ein diagnostisches Urteil zu treffen, werden die erhobenen individuumszentrierten Daten in kasuistische Erwägungen integriert. Durch den Vergleich mit ähnlichen Kasuistiken können Ähnlichkeiten und Differenzen zu anderen Fallgeschichten erkannt werden (Krohne & Hock, 2015: 134 f.). Dies spricht dafür, die Diagnostik durch die Einbeziehung von Fachkräften verschiedener Professionen zu erstellen. Die Wichtigkeit dieser multiprofessionellen Herangehensweise wird durch die Kodiervoraussetzungen im OPS nochmals untermauert, da beispielsweise bei psychiatrisch-psychosomatischer Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen mindestens zwei Spezialtherapeutengruppen gefordert werden (DIMDI, 2019, Vorabversion 2020).

Es wird deutlich, dass eine substanzbedingte Störung eine ganzheitliche Diagnostik auf dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Störungsverständnisses fordert. Im somatischen Bereich gibt es auslösende Bedingungen wie Schmerzen oder Schlafstörungen, die von zu Behandelnden durch die Einnahme psychotroper Substanzen

selbst behandelt werden. Weiterhin lassen sich aufrechterhaltende Bedingungen auf somatischer Ebene wie gesteigerte Leistungsfähigkeit oder Wachheit, bedingt durch psychotrope Substanzen, finden. Auf psychologischer Ebene können substanzbedingte Störungen beispielsweise durch Depressionen oder Ängste ausgelöst werden. Durch Gefühle von Glück, Macht oder Freiheit von Sorgen, die der Konsum mit sich bringt, wird der Konsum aufrechterhalten. Im sozialen Bereich können Konflikte, ein unausgewogener Lebensstil oder Sorgen und Ängste über die Zukunft die Einnahme psychotroper Substanzen begünstigen. Durch Finden neuer Freundeskreise und das Gefühl der Zugehörigkeit, was vor allem im Kindes- und Jugendalter wichtige Themen und Teile der Identitätsfindung sind, trägt die soziale Komponente ebenfalls zur Aufrechterhaltung dysfunktionalen Verhaltens bei.

Eine umfassende, alle Lebensbereiche abdeckende Diagnostik sollte somit Ziel der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen sein, um nicht nur Symptome sondern auch Ursachen einer Störung erkennen, verstehen und behandeln zu können.

Da sich die Diagnostik nicht klar von der Interventionsebene trennen lässt und der Zielgruppe deren Konsummuster bewusst macht, soll hier nochmals auf die Wichtigkeit eines gründlichen und möglichst vollständigen Ablaufs dieser Phase mit Einbezug der verschiedenen Professionen im Hilfeverlauf hingewiesen werden. Durch die unterschiedlichen Professionen, die im klinischen Alltag zusammenarbeiten erscheint es mehr als schwierig, ausreichend viele Standards, die Diagnostik betreffend, in ein Konzept übertragen zu können. Dennoch gilt es die individuelle Problematik der Zielgruppe abzubilden, um deren Bedarf gerecht zu werden. Inhaltliche Ausrichtungen der verschiedenen Konzepte beispielsweise auf bestimmte Substanzen, Motivationslagen oder psychiatrische Erkrankungen scheinen notwendig zu sein, um ein Konzept zu erstellen, das alle nötigen Bereiche abdeckt und noch übersichtlich und praktisch umsetzbar ist. Ein alleiniger Punkt in den Mindeststandards des Kode 9-694, nämlich die „*Diagnostik (...) einer kinder- und jugendpsychiatrischen Grundstörung*“ (DIMDI, 2019, Vorabversion 2020) ist daher als nicht ausreichend zu bewerten. Die Einschätzung von Konsummustern sowie eine medizinisch – psychologisch - soziale Diagnostik ist in der Fachliteratur beschrieben und sollte Zugang zu den Mindeststandards finden.

1.2.2 Behandlung von substanzbezogenen Störungen bei Kindern und Jugendlichen im deutschen Gesundheitssystem

In diesem Kapitel soll die Behandlung von substanzbedingten Störungen im Kindes- und Jugendalter anhand der aktuellen Literatur näher beschrieben werden. Die aktuellen Forschungsergebnisse und strukturellen Vorgaben, die die Behandlung betreffen, sind maßgeblich für die Behandlungskonzepte und deren Inhalte nach denen im deutschen Gesundheitssystem behandelt wird.

Um den umfassenden Herausforderungen von Substanzstörungen im Kindes- und Jugendalter gerecht zu werden, soll anhand allgemeiner Therapieprinzipien ein Überblick über die aktuelle methodische Vorgehensweise und wichtige Inhalte, die Therapie betreffend, gegeben werden. Dabei finden die allgemeine Ziel- und Behandlungsplanung in der Suchthilfe ebenso Betrachtung wie die dazugehörigen Empfehlungen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen und deren Umfeld, die durch aktuelle Leitlinien beschrieben werden.

Die stationäre Behandlung im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting verlangt die kontinuierliche Beschäftigung mit den aktuell geltenden rechtlichen Vorschriften. Dabei sind die Grundlagen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen genauso zu beachten, wie Vorschriften das Kindeswohl, die Jugendhilfe sowie Vorgaben des Strafgesetzbuches betreffend. Die Vorschriften mit den darauf gründenden dazugehörigen Maßnahmen, die im Behandlungsverlauf getroffen werden, sollen anhand der UN-Kinderrechtskonvention diskutiert werden, da diese einen bedeutenden Bezugspunkt für kinder- und jugendpsychiatrisches Handeln darstellt.

Abschließend werden Inhalte und Indikationen möglicher Behandlungsangebote im deutschen Gesundheitssystem dargestellt. Es stellt sich hierbei die Frage wie sich bestehende Behandlungskonzepte hinsichtlich der Hemmschwellen zur Behandlung, der Vernetzung der einzelnen Akteure der Suchthilfe und dem sich stets verändernden Bedarf an Hilfen anpassen können und müssen.

1.2.2.1 Allgemeine Therapieprinzipien

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen ist eine besondere Herausforderung für ein Gesundheitssystem. Dieser Abschnitt der Thesis beschäftigt sich mit allgemeinen Therapieprinzipien, die für die Konzepte in diesem Bereich bedeutsam sind. Es geht um Abstinenz als übergeordnetes Ziel und wie diese durch eine interdisziplinäre Behandlungsplanung am besten umgesetzt und aufrechterhalten werden kann. Dies setzt zunächst voraus, dass die therapeutische Beziehung geklärt wurde (Klaus-Grawe-Institut: 2018). Des Weiteren sind bei den individuellen Therapiezielen Sorgeberechtigte mit in den Behandlungsprozess zu integrieren und Komorbiditäten zu berücksichtigen. Die weitere Forschung und Evaluation bestehender Standards und „best-practice-Ansätze“ ist durch die individualistische Ausprägung von Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter begründet.

Das übergeordnete Ziel der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung von Suchtstörungen ist stabile Abstinenz. Auf dem Weg zur Abstinenz können nach Thomasius (2008: 42 f.) die Verringerung der *„Rückfallhäufigkeit und -schwere sowie die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (...) dabei vertretbare Zwischenziele sein.“* Die längerfristige Substitutionsbehandlung ist bei Kindern und Jugendlichen die Ausnahme. Ergänzend stellen nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) Bilke-Hentsch & Leménager (2019: 55 f.) allgemeine Grundsätze bei der interdisziplinären Behandlungsplanung dar:

- *„Erreichen und Aufrechterhalten von Abstinenz.“* In der Behandlungsplanung sollten vertretbare Zwischenziele wie Verringerung des Konsums sowie negativer Folgen, Rückfallschwere und -häufigkeit sowie die Besserung des Funktionsniveaus der Klientel mit aufgenommen werden.
- Problemeinsicht sowie Motivation zu weiterführender Behandlung soll bewirkt werden.
- Hohe Eigenmotivation wird nicht als erforderliche Voraussetzung gesehen. Sanktionen durch juristische Auflagen oder wichtige Bezugspersonen können den Erfolg der Behandlung signifikant erhöhen.

- Verhaltensorientierte Interventionen stellen unverzichtbare Komponenten eines jeden Behandlungsprogramms dar.
- Bei substanzabhängigen Kindern und Jugendlichen stellen familientherapeutische Interventionen einen außerordentlich wichtigen Bestandteil in der Behandlungsplanung dar.
- Eine wiederholte Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen mittels objektiver Befunde wie Urinkontrollen muss erfolgen.
- Der Aufbau einer substanzfreien Lebensweise mit abstinenter, prosozialer Peergroup sowie die Entwicklung von geeigneten Freizeitaktivitäten ist für die Erreichung dauerhafter Abstinenz von immenser Bedeutung.

Durch die Behandlungsempfehlungen der Leitlinien (AWMF, 2016: 225 ff.) wird die individuelle Behandlungsplanung durch evaluierte methodische Überlegungen und Vorgehensweisen ergänzt:

❖ Empfehlungsgrad A: Soll-Empfehlung

- Motivational Interviewing
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Einbezug Familienangehöriger in den Behandlungsprozess

❖ Empfehlungsgrad B: Sollte-Empfehlung

- Multidimensionale Familientherapie
- Integrative Kognitiv-Behaviorale und Familientherapie
- Die Wahl des Settings

❖ Empfehlungsgrad 0: Kann-Empfehlung

- Kurzintervention
- Familienbasierte Therapieformen

❖ Empfehlungsgrad KKP: Klinische Konsenspunkt

- Stationäre Therapie

- Erziehungshilfe
- Psychosoziale Maßnahmen
- Klinikschule
- Rückfallprophylaxe
- Medikamentöse Therapie des ADHS
- Individuelle Behandlungspläne

Die Behandlungsplanung und die dazugehörige Motivation lassen sich durch eine gelungene therapeutische Beziehung zur Klientel aufbauen. Das Klaus-Grawe-Institut (2018) beschreibt den allgemeinen Konsens, dass eine erfolgreiche Therapie maßgeblich durch die Gestaltung der therapeutischen Beziehung beeinflusst wird.

Die therapeutische Beziehung ist nach Herpertz-Dahlmann et al. (2008: 303 ff.) durch folgende Merkmale bestimmt:

- Abstimmung von Bedürfnissen, Zielen und Erwartungen (Kind, Eltern, Umfeld)
- Therapeutische Kooperation durch Festlegung von Regeln (Compliance, Einwilligung, Medikation)
- Auf das Alter ausgerichtete therapeutische Kompetenz (Umgang mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen) und Familienorientierung
- Einfühlsames Verstehen, Akzeptieren, Wertschätzen und Empathie (Innere Anteilnahme, Bemühen der Behandelnden, Eindeutigkeit, Echtheit)
- Orientierung an antizipierten Lösungen, Kognitionen, Begabungen sowie Veränderungsbereitschaft der Beteiligten (Patientinnen und Patienten, Eltern, Ressourcen)
- Beachtung systemischer Prinzipien (Allparteilichkeit, Reflexion eigener Anteile, Zirkularität)
- Einhaltung von ethischen Prinzipien

Eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung lässt das Besprechen eines Behandlungsplans mit individuellen Therapiezielen zu, welche im Kindes- und Jugendalter von individuellen Faktoren abhängig sind:

- Symptome und Begleiterkrankungen

- Aktuelle Lebenssituation
- Motivation/ Bereitschaft zur Therapie
- Lebensziele und -aufgaben

Aufgrund der unterschiedlichen Ausprägung dieser Faktoren muss eine individualisierte Therapiezielhierarchie im Einzelfall besprochen werden.

Eine weitere Besonderheit bei Kindern und Jugendlichen stellt der Einbezug der Sorgeberechtigten in den Behandlungsprozess dar. Diese sind nach Küstner et al. (2005: 223 ff.) aus folgenden Gründen eng in den Behandlungsprozess mit einzubinden:

- Oftmals konfliktreiche Beziehungen zwischen süchtigen Jugendlichen und ihren Eltern
- Häufig starke psychische Belastung von Angehörigen
- Beitrag zur Aufrechterhaltung dysfunktionaler Verhaltensweisen durch bestimmte Kommunikationsmuster und Familienstrukturen
- Unterstützung des Substanzkonsums durch die Eltern, ohne die Entwicklung eines entsprechenden Problembewusstseins
- Familiäre Ressourcen als große Unterstützungsmöglichkeit bei der Bewältigung von Suchterkrankungen
- Höhere Haltequote bei familientherapeutischen Interventionen als in der Einzeltherapie
- Eltern suchen meist vor den betroffenen Kindern und Jugendlichen um Rat und reagieren somit früher auf bestehende Suchtgefährdungen

Weiterhin ist der Einbezug von Bezugspersonen in die Behandlung aufgrund möglicher Co-Abhängigkeit sinnvoll. Kinder und Jugendliche mit Suchterkrankungen nehmen beispielsweise die Hilfe von Dritten zur Beschaffung finanzieller Mittel in Anspruch. So ist die vermeintliche Hilfe kein Vorteil für die Suchterkrankten, schadet diesen sogar. Das Verhalten Co-Abhängiger nimmt dabei unterschiedliche Formen an, wie das Verheimlichen der Sucht durch Lügen oder Erfinden von Ausreden für die Betroffenen, Entschuldigungen oder Schutz durch die Familie. Die Ausprägungen dieses co-abhängigen Verhaltens müssen den Beteiligten klar werden, da das System sonst stabilisiert und aufrechterhalten wird und sich die Sucht weiter chronifiziert (Wendt, 2017: 267 f.).

Dieses theoretische Konstrukt muss also im Behandlungsprozess mit einbezogen werden, um den Rückfall in alte Verhaltensmuster von allen Beteiligten vermeiden zu können. Angehörige profitieren dahingehend von weiteren Angeboten zur Bearbeitung der eigenen Problematik im Suchtsystem.

Werden psychotrope Substanzen konsumiert, besteht ein großes Risiko an somatischen und psychischen Begleit- und Folgeerkrankungen in unterschiedlicher Art und Weise. Durch eine Vernetzung der Versorgungssysteme (Psychiatrie - somatische Kliniken) können komorbide Störungen diagnostiziert und behandelt werden. Langfristig auftretende körperliche Komorbiditäten sind bei Kindern und Jugendlichen durch die kurze Konsumgeschichte häufig noch nicht zu erwarten. Somatische Begleiterkrankungen wie Infektionen an Einstichstellen, Krankheiten wie HIV und Hepatitis oder hirnorganische Veränderungen sind aber bei Aufnahme in psychiatrische Behandlung abzuklären. Im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting sind nach Wendt (2017: 45 f.) nur wenige Einrichtungen auf Erkrankte spezialisiert, die eine psychiatrische Komorbidität aufweisen. Oftmals besteht die Unsicherheit, ob zunächst die Sucht und dann die andere psychische Erkrankung oder umgekehrt behandelt werden soll. Die Suchterkrankung kann beispielsweise durch die fehlende Behandlung der Grundstörung nicht überwunden werden und bleibt als Symptom bestehen. In der Behandlungsplanung ist die Komorbidität somit unbedingt zu berücksichtigen. Im Behandlungsalltag stellt sich oftmals nicht die Frage welche Störung die andere bedingt, sondern wie beide in angemessener Weise behandelt werden können, um sich nicht weiterhin gegenseitig zu beeinflussen. Durch die Behandlung im psychiatrischen Setting besteht die Möglichkeit einer ausführlichen Diagnostik, die somatische und psychische Begleiterkrankungen im anamnestischen Prozess einschließt. Nach der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2016: 84) kann eine fortschreitende Diagnostik und Therapie meist erst unter abstinenter Bedingungen durchführbar sein. So kann erkannt werden, welche Symptomatik substanzindiziert ist und welche ohne Konsum psychotroper Substanzen besteht. Persistiert die komorbide Symptomatik im Behandlungsverlauf und besteht eine Indikation zur Behandlung, ist diese entsprechend anzubieten. Ziel ist dabei die Remission beider Störungsbilder durch eine integrative, individualisierte und umfassende Behandlung.

Nach Thomasius (2008: 47) besteht ein Bedarf in der Optimierung suchtdiagnostischer und -therapeutischer Kenntnisse um gefährdete Minderjährige identifizieren und angemessen beraten zu können. Befinden sich diese in Behandlung ist auf eine individuelle Behandlungsplanung mit dazugehöriger Therapiezielhierarchie zu achten. Zukünftig ist die Wirksamkeit verschiedener Behandlungsempfehlungen weiter zu evaluieren und ggf. in den Behandlungskonzepten anzupassen. Damit ein Gesundheitssystem den Herausforderungen durch substanzbedingte Störungen im Kindes- und Jugendalter begegnen kann, ist die Anwendung und Evaluation wissenschaftlich fundierter Forschungsergebnisse in der Praxis kontinuierlich zu überprüfen.

1.2.2.2 Rechtliche Grundlagen

Die Entscheidung für eine stationäre Behandlung sollte auf Grundlage eines multiprofessionellen Dialoges unter Einbeziehung aller am Hilfeprozess Beteiligten sowie einer sorgfältigen rechtlichen Überprüfung getroffen werden. Die Anwendung gesetzlicher Vorgaben, die auf der Grundlage eines Behandlungskonzeptes nach den Mindeststandards des Kodes 9-694 zu beachten sind, sind hinsichtlich der UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) von 1989 für den Einzelfall zu prüfen. Brünger et al. (2010) beschreiben wichtige Grundsätze bei der Diskussion über freiheitsentziehende Maßnahmen (feM). Die UN-KRK, bestehend aus 54 Artikeln, sollte bei der Diskussion um feM stets miteinbezogen werden und einen bedeutenden Bezugspunkt für kinder- und jugendpsychiatrisches Handeln darstellen.

Die Aufnahme in eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung kann in der Gefährdung des Kindeswohls, der Gesundheit sowie deren Entwicklungsprozess und dem Vorliegen einer Indikation für eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung begründet sein. Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung ist im Hinblick auf bestehende Möglichkeiten und die Ausschöpfung ambulanter Behandlungsalternativen zu diskutieren. Die Konvention schließt dabei alle Minderjährigen mit ein und vertritt das Recht jedes einzelnen Kindes auf Schutz, Partizipation und Freiheit hinsichtlich aller Belange, die die eigene Person betreffen (Unicef, 1989). Für die Entscheidung

einer Unterbringung, in der Regel gegen den Willen der Patientinnen und Patienten, gilt für das zuständige Gericht nicht nur § 1631b BGB, der bundesweit geregelt ist. Die Landesgesetze, die Minderjährige betreffen und bei Unterbringung geltend werden können, verlangen ständigen fallbezogenen Dialog sowie sorgfältige Abstimmung mit dem zuständigen Familiengericht. Nach Artt. 1, 2 & 104 GG sind körperliche Unversehrtheit sowie Freiheit Grundrechte, die durch feM eingeschränkt werden. Somit ist die Verhältnismäßigkeit und Notwendigkeit einer jeden feM zu begründen und rechtlich zu prüfen. Fixierungen und Isolierungen sind dabei stets als Notfallmaßnahmen zu betrachten (Brünger et al., 2010).

Unicef (1989) hat das Wohl des Kindes in Artikel 3 in der UN-KRK mit aufgenommen. Es wurde beschlossen, dass alle Maßnahmen das Wohl des Kindes vorrangig berücksichtigen sollen. Zur Bewahrung des Kindeswohls sollen weiterführend die Rechte als auch Pflichten der Sorgeberechtigten berücksichtigt werden, um das Wohlergehen des Kindes zu gewährleisten. Dies soll durch festgelegte Normen bez. Einrichtungen, Diensten und Institutionen im Sinne der Gesundheit und Sicherheit der Kinder sichergestellt werden. Nachfolgende Artikel ohne nähere Kennzeichnung sind solche der UN-KRK. Folgende Artikel tragen dabei zum Erhalt des Kindeswohls bei und sind bei der rechtlichen Bewertung bez. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung stets zu diskutieren:

❖ Artikel 9: „*Trennung von den Eltern; persönlicher Umgang*“ (ebd.)

Hierbei soll ein Kind nicht gegen den Willen der Eltern von denen getrennt werden. Die Ausnahme liegt in einer gerichtlich nachprüfaren Entscheidung begründet, wenn diese notwendig ist, das Wohl des Kindes zu sichern.

Im Sinne einer stationären Behandlung in einer Spezialstation ist die in Artikel 9 genannte Trennung von den Eltern möglich, wenn zwischen dem fachärztlichen Gutachten und dem Wunsch der Sorgeberechtigten bez. einer akuten Gefahr eine Diskrepanz für das Wohl des Kindes besteht. Dem gegenüber steht Artikel 5: „*Respektierung des Elternrechts*“ (ebd.). Dieser soll sicherstellen, dass die Rechte und Pflichten der Sorgeberechtigten geachtet werden, um Kinder in der Ausübung ihrer Rechte zu stärken und dabei von den Sorgeberechtigten in angemessener Weise geführt und geleitet zu

werden. Besteht in der Handlungsweise der Sorgeberechtigten eine Gefahr für das Wohl des Kindes und wird dies durch richterliches Urteil bestätigt, sind Maßnahmen dem Wohl des Kindes entsprechend Artikel 3 Vorrang zu gewähren.

Die Trennung von den Eltern durch eine gerichtliche Entscheidung nach Artikel 9 ist somit das Ergebnis eines Entscheidungsprozess, der durch mehrere fachliche Einschätzungen getroffen wird und einer richterlichen Entscheidung bedarf. Durch dieses Vorgehen soll eine fundierte Entscheidung getroffen werden und der unbestimmte Rechtsbegriff der Gefährdung beim Wohl des Kindes durch verschiedene Einschätzungen für den Einzelfall geklärt werden.

- ❖ Artikel 19: „*Schutz vor Gewaltanwendung, Misshandlung, Verwahrlosung*“ (ebd.)

Es werden Gesetzgebungsmaßnahmen getroffen, um Kinder unter anderem vor Verwahrlosung zu schützen. In Abs. 2 des Artikels wird die Behandlung als Schutzmaßnahme unter Einschreiten der zuständigen Gerichte beschrieben, um dieses Ziel zu erreichen. Der Schutz vor Verwahrlosung ist eindeutig dem Wohl des Kindes zuzuordnen und somit durch das deutsche Rechts- und Gesundheitssystem sicherzustellen.

- ❖ Artikel 33: „*Schutz vor Suchtstoffen*“ (ebd.)

Die Gesetzgebung hat den Auftrag Kinder vor unerlaubten Gebrauch psychotroper Substanzen zu schützen. Da durch den Konsum unerlaubter Drogen negative bio-psycho-soziale Folgen zu erwarten sind, ist es notwendig für die nötige Sicherheit und Gesundheit im Sinne des Artikel 3 zu sorgen.

Das Mitspracherecht der zu Behandelnden ist weiterhin mit in die Entscheidung von Maßnahmen zur Behandlung von substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen einzubeziehen. Besondere Bedeutung kommt den Artikeln 12 und 25 zu. Da beide das Mitspracherecht behandeln, wird Artikel 25 an dieser Stelle genannt.

❖ Artikel 12: „*Berücksichtigung des Kindeswillens*“ (ebd.)

Die freie Meinungsäußerung und die Meinungsbildung haben größte Bedeutung und sollen entsprechend der Reife und des Alters angemessen berücksichtigt werden. Jedem Kind soll die Gelegenheit gegeben werden, unmittelbar oder durch Vertreter seinen Willen äußern zu können.

Für den Einzelfall gilt es zu entscheiden, wie der individuelle Zustand durch die Einnahme psychotroper Substanzen die Betroffenen beeinflusst und ob diese in der Lage sind, für sich selbst und andere freien Willens entscheiden zu können. Dabei gilt es zu klären, wie sich die Suchterkrankung hinsichtlich der freien Willensbildung Betroffener auswirkt. Somit wäre eine Behandlung im Sinne der Artikel 3, 19 und 33 zu befürworten um weiteren Schaden abzuwenden, auch wenn dies entgegen des Kindeswillens entschieden wird.

❖ Artikel 25: „*Unterbringung*“ (ebd.)

Der Artikel schließt eine Unterbringung zur Behandlung und zum Schutz der Gesundheit mit ein. Der Verlauf der Behandlung und alle anderen Umstände, die für die Unterbringung von Belang sind sollen regelmäßig überprüft werden. Die Überprüfung der Notwendigkeit der Behandlung schließt die in Artikel 12 genannte Einschätzung einer angemessenen Berücksichtigung des Kindeswillens hinsichtlich Reife und Alters mit ein.

❖ Artikel 24: „*Gesundheitsvorsorge*“ (ebd.)

Kinder haben ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit. Dies schließt die Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten sowie Wiederherstellung der Gesundheit mit ein.

Der Artikel ist bei der Behandlung von substanzbedingten Störungen schon deshalb von Bedeutung, da die Sucht seit 1986 nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts als Krankheit anerkannt wurde. Das deutsche Gesundheitssystem steht nun vor der Herausforderung diese Erkrankung zu behandeln und eine Wiederherstellung der

Gesundheit im Spannungsfeld von Freiwilligkeit und Zwang der Kinder und Jugendlichen zu erreichen.

Im Folgenden sollen die wichtigsten rechtlichen Grundlagen im Hinblick auf die UN-Kinderrechtskonvention (ebd.) diskutiert werden. Nachfolgende Artikel ohne nähere Kennzeichnung sind solche der UN-Kinderrechtskonvention.

Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631b BGB

Besteht die Notwendigkeit einer stationären Maßnahme verbunden mit einer Freiheitsentziehung und ist diese nach fachärztlichem Gutachten empfohlen, ist die Vorgehensweise im § 1631b BGB geregelt. Die Anwendung des Paragraphen bedarf eines Antrags der Sorgeberechtigten sowie der Genehmigung des zuständigen Familiengerichts. Die Beantragung durch die Sorgeberechtigten mit dem Ziel, die Entwicklung des Kindes so zu leiten und zu führen, dass das Kindeswohl geschützt ist, geschieht dadurch im Sinne des Artikel 3.

Eine Unterbringung erfordert nach Urteil des Bundesverfassungsgerichts (2007) einen Beschluss mit Auskunft darüber, wo die betreffende Person untergebracht werden soll. Im Sinne des Artikel 25 soll diese Entscheidung regelmäßig überprüft werden. Im § 1631b BGB wird die Unterbringung als zulässig beschrieben, wenn diese zum Wohl des Kindes erforderlich ist und dies nicht auf andere Weise erlangt werden kann. Somit handelt diese gesetzliche Regelung auf Grundlage der Artikel 3, 9 und 19, da das Kindeswohl bei der gerichtlichen Entscheidung vorrangig berücksichtigt wird.

Eine Isolierung oder Fixierung ist stets als Notfallmaßnahme zu verstehen und nach Ausschöpfung aller vorhandenen Mittel bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung indiziert. Die Genehmigung ist nach § 1631b BGB zeitnah einzuholen. In der Behandlung kommt hierbei Artikel 3 Abs. 3 große Bedeutung zu. Für den Schutz des Kindes verantwortliche Einrichtungen müssen festgelegten Normen im Bereich der Sicherheit und Gesundheit entsprechen. Somit stellen diese Notfallmaßnahmen nach Ausschöpfung anderer Möglichkeiten einen wichtigen Teil zum Selbst- und Fremdschutz der

Kinder und Jugendlichen dar und sind konzeptionell festzuhalten. Bei den genannten Notfallmaßnahmen ist zusätzlich auf Artikel 12 Abs. 2 zu achten, um eine unmittelbare oder durch einen Vertreter begleitete Anhörung sicherzustellen. Ein Verfahrensbeistand wird in Verfahren nach §§ 1631b & 1666 BGB vom Gericht bestellt, da nach § 158 Abs. 2 Nr. 1 Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) das Interesse des Kindes zu dem seiner gesetzlichen Vertreter in erheblichem Gegensatz steht. Der Verfahrensbeistand hat nach § 158 Abs. 3 FamFG das Interesse des Kindes festzustellen und im gerichtlichen Verfahren zur Geltung zu bringen. Des Weiteren können Rechtsmittel im Interesse des Kindes eingelegt werden. Im Sinne des Artikel 12 trägt der Verfahrensbeistand dafür Sorge, dass die Meinung des Kindes vor Gericht geäußert und gehört wird.

Die Vorgehensweise bei Notfallmaßnahmen und der damit einhergehende Freiheitsentzug steht gegen die Forderung des Artikel 19, wenn eine Isolation oder Fixierung gegen den Willen der Betroffenen erfolgt. Wie eben erläutert, stellen diese Maßnahmen aber einen wichtigen Teil des Erhalts des Selbst- und Fremdschutzes dar und sind somit ein wichtiger Teil zum Erhalt des Kindeswohls. Deshalb sind die Notfallmaßnahmen durch die Rechtsprechung und die vorher genannten Artikel im Einzelfall mit Bezug auf Artikel 19 Abs. 2 zu rechtfertigen. Die Nachbetreuung ist folglich sicherzustellen. Das individuelle Vorgehen im Einzelfall und die Nachbesprechung einer Notfallmaßnahme mit den Betroffenen ist dabei unerlässlich, um traumatische Erfahrungen während der Maßnahme aufarbeiten zu können. Dies verlangt die traumaspezifische Qualifikation und den Einbezug der betreffenden Mitarbeitenden.

Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls nach § 1666 BGB

Um nach einer Ausnahme im Sinne des Artikel 9 zu handeln, wird nach § 1666 BGB geprüft, welche Maßnahmen zur Abwendung einer Gefährdung des Kindeswohls erforderlich sind, wenn diese Gefährdung nicht durch die Eltern abgewendet wird. Weiterhin können gerichtliche Maßnahmen nach § 1666 BGB notwendig werden, wenn die Maßnahme zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung auf Wunsch der

Sorgeberechtigten beendet werden soll und dies nach fachlicher Einschätzung das Kindeswohl weiter gefährden würde. Das zuständige Familiengericht trifft nach § 1666 BGB dann die Entscheidung zur Maßnahme zur Abwendung der Gefahr. Dies kann Schritte in Richtung einer Sorgerechtsbeschränkung gemäß § 1666 Abs. 3 Nr. 5 und 6 BGB bedeuten. Durch die gerichtliche Entscheidung, Maßnahmen auf Grundlage des § 1666 BGB zu treffen, wird weiterhin im Sinne des Artikel 19 gehandelt, um das Kind vor Verwahrlosung in jeder geistigen oder körperlichen Form zu schützen. Im stationären Setting wird den Erkrankten ein geschützter Rahmen ohne konsumierendes Umfeld ermöglicht, was im Sinne des Artikel 33 zum Schutz des Kindes vor Suchtstoffen mit zu diskutieren ist. Die Indikation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung muss für den Einzelfall geprüft werden, da das alleinige Vorliegen einer Suchterkrankung die Behandlung mit Einbezug von feM nicht rechtfertigt. Als Gründe einer feM sind nach Brünger et al. (2010) akute Eigengefährdung, beispielsweise durch Suizidgefahr aufgrund einer akuten psychotischen Störung oder andere Erkrankungen, die einen lebensbedrohlichen Zustand bedingen, in Betracht zu ziehen.

Die Behandlung ist nach Artikel 19 Abs. 2 als Schutzmaßnahme zu verstehen, um die schlechte Behandlung und damit die Verwahrlosung eines Kindes abwenden zu können und verlangt gegebenenfalls das Einschreiten der Gerichte. Sind die Voraussetzungen des § 1666 BGB erfüllt, sind die Maßnahmen des Familiengerichtes auf Grundlage der Artikel 19 & 33 zu befürworten. Des Weiteren stellt eine Abwendung einer Kindeswohlgefährdung einen wichtigen Schritt zur Behandlung der substanzbedingten Störungen dar, womit das Vorgehen ebenfalls nach Artikel 24 begründet ist.

Genehmigung des Betreuungsgerichts bei freiheitsentziehender Unterbringung und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen nach §1906 BGB

Wird das Kind im Rahmen einer Ergänzungspflegschaft/Betreuung nach § 1906 BGB von den Eltern getrennt und eine Freiheitsbeschränkung diskutiert, ist dies durch eine Ergänzungspflegschaft zulässig, wenn diese Freiheitsentziehung zum Wohl der Betreuten erforderlich ist. Die zuständige Fachkraft muss dabei über das Recht zur Aufenthaltsbestimmung sowie über eine Gesundheitsvollmacht verfügen. Die Begründung einer Unterbringung ist in den §§ 1800 & 1915 BGB geregelt.

Die Indikation einer Unterbringung nach dem § 1906 BGB ist gegeben, wenn es für das Wohl des zu Betreuenden erforderlich ist. Somit ist diese gesetzliche Grundlage mit Artikel 3 vereinbar. Dies rechtfertigt auch die Trennung von den Eltern nach Artikel 9. Die geforderte gerichtlich nachprüfbare Entscheidung wird durch das Urteil des Familiengerichts erfüllt.

Die Personensorge hat nach § 1800 BGB die Pflege und Erziehung zu fördern und zu gewährleisten. Im § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB ist dies durch die Heilbehandlung zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens begründet. Es muss individuell diskutiert werden, ob der gesundheitliche Schaden durch die Suchterkrankung so massiv ist, um eine stationäre Maßnahme mit feM zu rechtfertigen. Dagegen ist eine Heilbehandlung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB gerechtfertigt, wenn der zu Betreuende die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen kann. Dies gilt es bei Menschen mit Suchterkrankungen im Einzelfall zu klären. Der Kindeswille soll nach Artikel 12 angehört und berücksichtigt werden. Im Falle einer anhaltenden Störung, die die Willensbildung beeinträchtigt, ist das in Artikel 24 geforderte Höchstmaß an Gesundheit bez. der Erhaltung des Kindeswohls nach Artikel 3 als vorrangig zu bewerten. Des Weiteren wird durch die Unterbringung im Rahmen einer Betreuung auf Grundlage des § 1906 BGB nach Artikel 19 & 33 dem Schutz vor Verwahrlosung sowie Suchtstoffen Sorge getragen.

Rechtliche Grundlagen im Sinne des SGB VIII

Die Regelungen des SGB VIII sind wichtiger Bestandteil der Perspektivenklärung bei der Behandlung von substanzbezogenen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Die Rechtsgrundlage für das Hilfeplanverfahren sowie die Ausgestaltung der Hilfen sind in §§ 36 ff. Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) geregelt.

Werden Maßnahmen der Jugendhilfe im Sinne der Perspektivenklärung besprochen, findet durch das Einbeziehen aller Beteiligten in den Hilfeplanprozess eine regelmäßige Überprüfung der dem Kind gewährten Behandlung auf Grundlage des Artikel 25 statt. Die Berücksichtigung des Kindeswillens bez. der Behandlung sollte auch hier wieder entsprechend des Alters und der Reife nach Artikel 12 sichergestellt werden und die weitere Entscheidung durch fachärztliche Gutachten sowie Einbeziehen aller

Beteiligten in den Hilfeplanprozess getroffen werden. Sind weitere Maßnahmen der Jugendhilfe auf Grundlage des § 35a SGB VIII (evtl. auch mit Freiheitsentziehung verbunden) Teil des Hilfeplanprozesses, ist unter Umständen eine fachliche Begutachtung und Beratung durch zuständige Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater und/oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu empfehlen.

Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche auf Grundlage des § 35a SGB VIII trägt durch die Wiederherstellung der Gesundheit somit nach Artikel 24 zum Erreichen des Höchstmaßes an Gesundheit Betroffener bei. Durch die festgelegten Normen handelt dieses Vorgehen im Sinne des Artikel 3 und ist für die Bewahrung des Kindeswohls von großer Bedeutung.

Festgelegte Normen sind dabei:

- Personenkreis nach § 35a SGB VIII
- Behandelnde Berufsgruppen, die die Stellungnahmen im Behandlungsverlauf verfassen
- Nennung der Hilfeleistung im Einzelfall

Da eine Suchterkrankung durch die damit einhergehenden Auswirkungen die Anwendung des § 35a SGB VIII rechtfertigen kann, stellen die möglichen Anschlussmaßnahmen einen wichtigen Teil zum Schutz vor Suchtstoffen nach Artikel 33 dar. Die dabei zu beachtenden Richtlinien für die Datenschutzbestimmungen in der Jugendhilfe sind den §§ 61-68 KJHG geregelt.

Rechtliche Grundlagen im Sinne des StGB

Die Weisung einer strafrechtlichen Unterbringung mit dem Ziel keine weiteren Straftaten mehr zu begehen, kann nach § 56c Abs. 3 StGB nur mit Einwilligung der zu Handelnden erteilt werden.

Die Berücksichtigung des Kindeswillens nach Artikel 12 ist bei der Anwendung des § 56c StGB unumgänglich. Da die Weisung nur mit Einwilligung erteilt werden darf, liegt

die Entscheidung zur Aufnahme einer Behandlung, die evtl. mit Freiheitsentzug verbunden ist, bei den zu Behandelnden. Somit wird das Recht auf Anhörung und Beteiligung des Minderjährigen laut BVerfG (2007) gewahrt. Die Möglichkeit der Anwendung des § 56c StGB wird durch den Artikel 33 der UN-KRK zum Schutz vor Suchtstoffen durch die Möglichkeit des stationären Settings gestützt.

Generell sind für die behandelnden Berufsgruppen stets die strafrechtlichen Regelungen hinsichtlich der Datenschutzbestimmungen nach § 203 StGB zu beachten.

1.2.2.3 Bestehende Behandlungsangebote

Der Zugang zu bestehenden Behandlungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit substanzbedingten Störungen stellt für viele Betroffene eine große Hemmschwelle dar. Die Inanspruchnahme stationärer Angebote findet meist nach niedrigschwelligen Hilfen statt oder ist durch Akutsituationen zu Stande gekommen. Eine große Herausforderung im Hilfeprozess besteht darin, den Hilfebedarf in Zusammenarbeit mit Betroffenen festzustellen und dahingehend passende Maßnahmen zu installieren. Dies fordert das Einbeziehen der Fachkräfte und Betroffenen sowie der Kostenträger und Leistungserbringer, die es im Bereich der Suchthilfe zu vernetzen gilt. Darüber hinaus wird ersichtlich, dass weitere Forschung notwendig ist, um auf aktuelle Trends des Konsums psychotroper Substanzen im Kindes- und Jugendalter angemessen reagieren zu können. Somit stehen auch bestehende Behandlungsangebote vor der Herausforderung ihre Konzepte zu überprüfen und diese nach aktueller Forschungslage anzupassen.

Das Behandlungsangebot im deutschen Gesundheitssystem besteht aus Hilfen durch die Jugendhilfe, Straffälligenhilfe, Schülerhilfe oder Suchtkrankenhilfe sowie die Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrien (Thomasius, 2008: 46). Die Indikation einer ambulanten oder stationären Behandlung muss vor Beginn der Behandlung geklärt werden, um die Maßnahmen auf den Hilfebedarf abstimmen zu können. Die Suche nach einer geeigneten qualifizierten Entzugsbehandlung stellt laut Deutscher Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2018: 62 f.) besonders für junge Erwachsene noch Schwierigkeiten dar, da die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung regelhaft bis

zum 18. Lebensjahr vollzogen wird und anschließend die Erwachsenenpsychiatrie zuständig ist.

Das Spektrum von therapeutisch angemessenen Methoden umfasst körperbezogene, psychotherapeutische und umweltzentrierte Maßnahmen. Somit konzentriert sich die Behandlung auf die bio-psycho-sozialen Gegebenheiten der speziellen Zielgruppe. Eine Übersicht über die störungsspezifischen Behandlungsangebote ist in folgender Abbildung dargestellt (Herpertz-Dahlmann, 2008: 341).

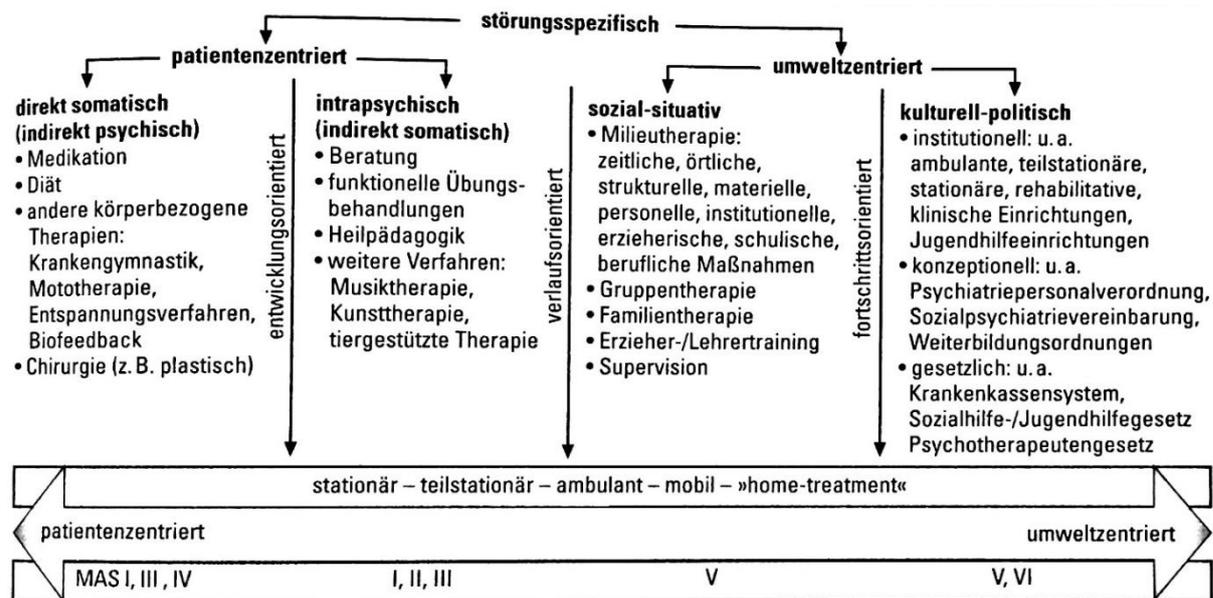


Abb. 6: Therapeutische Behandlungsansätze; MAS-Achsen I-VI des multiaxialen Klassifikationsschemas (Herpertz-Dahlmann, 2018: 341)

Dabei werden die Achsen I (klinisch-psychiatrisches Syndrom), III (Intelligenzniveau) und IV (körperliche Symptomatik) bei stationärer Behandlung zunehmend in den Vordergrund gestellt.

Die Erfassung des individuellen Hilfebedarfs ist vor jeder Behandlung zu prüfen, um das Behandlungsangebot auf die speziellen Bedürfnisse und Entwicklungsgegebenheiten der Zielgruppe anpassen zu können. Einen Überblick über ambulante und stationäre Maßnahmen gibt Thomasius (2008: 44 ff.).

Indikatoren für ambulante Behandlung sind demnach:

- Gut sozial integriert (soziale Beziehungen ohne überwiegende Konzentration auf den Substanzkonsum, Tagesstruktur)
- Mitwirkungsbereitschaft und Absprachefähigkeit
- Fähigkeit zu zumindest kurzfristiger Abstinenz
- Wenig Vorbehandlungen
- Mild ausgeprägte oder keine psychischen Störungen
- Rückfälligkeit nach Rehabilitationsmaßnahmen

Stationäre Behandlung ist zunächst in Akut- und Postbehandlung unterteilt. Die Akutbehandlung beinhaltet den qualifizierten Entzug, bei dem die somatische Entgiftung sowie die Motivationsbehandlung vordergründig sind. Die meist zwei- bis vierwöchige Behandlungsphase wird von medizinischen Leistungserbringern durch Finanzierung der Krankenkassen erbracht.

Ziele der Phase:

- Medizinische Diagnostik
- Behandlung bestehender Entzugssymptomatik sowie somatischer Begleiterkrankungen
- Kinder- und jugendpsychologische/ -psychiatrische sowie psychosoziale Diagnostik
- Förderung von Einsicht dysfunktionalen Verhaltens und Schaffen von Abstinenzmotivation

Die Postakutbehandlung beträgt je nach Setting zwischen 8 Wochen und 18 Monaten (rehabilitative Langzeittherapie), deren Zielsetzung im Folgenden durch die DHS (2018: 63) ergänzt wird.

Ziele der Phase:

- Stabilisierung der Abstinenz
- Einleiten weiterführender Suchttherapie (psychoedukative und rückfallpräventive Inhalte)
- Ursächliche Behandlung von komorbiden psychischen Störungen

- Perspektivenklärung des persönlichen Umfelds (Schule, Job, soziale Kontakte sowie Klärung weiterführender Suchtbehandlung, bzw. Vermittlung in Nachsorgeeinrichtungen)

Durch die unterschiedlichen Indikationen und Zielsetzungen der Behandlungsangebote ist die Auseinandersetzung mit passenden Angeboten vor Behandlungsbeginn unerlässlich. Die Abstimmung von Hilfebedarf und tatsächlicher Hilfeform ermöglicht eine professionelle Behandlungsplanung auf Grundlage individueller Ziele und Motivation.

Nach (Wendt, 2017: 43) stellt die nahtlose Abfolge der suchttherapeutischen Phasen den Idealfall dar. Eine Loslösung der Entzugsbehandlung von stationären Angeboten bewirkt laut DHS (2018: 63) durch die zunehmende Problematik ein erhöhtes Rückfallrisiko. Ein strukturierter Hilfeprozess verlangt dementsprechend einerseits die Verzahnung der am Hilfeprozess Beteiligten, um passende Angebote für die individuelle Situation dieser speziellen Zielgruppe zu finden und andererseits die Weiterentwicklung bestehender Versorgungsstrukturen. Thomasius (2008: 47) sieht eine vordringliche Aufgabe des Behandlungssystems die verschiedenen Kostenträger und Leistungserbringer zu vernetzen, um eine Einigkeit in den Auffassungen über Behandlungs- und Betreuungsbedürftigkeit von Minderjährigen mit Substanzstörungen schaffen zu können. Dabei sind nach DHS (2018: 63) *„je nach individuellen Voraussetzungen (Alter, Sozialversicherungsstatus) die Rentenversicherungsträger (SGB VI), Krankenkassen (SGB V), die überörtlichen Sozialhilfeträger (SGB XII) oder nachrangig die Jugendhilfe (SGB VIII)“* mit einzubeziehen. So ist das Hilfesystem mit den dazugehörigen Angeboten und Maßnahmen an der Komplexität der individuellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen anzupassen, um deren Behandlungsbedarf bei substanzbedingten Störungen gerecht werden zu können. Dies fordert einen regelmäßigen, fallbezogenen Dialog hinsichtlich Behandlungsverlauf und Perspektivenklärung sowie den Einbezug aktueller Forschungsergebnisse in bestehende Konzepte.

Nach Thomasius (2008: 46) besteht für Kinder und Jugendliche *„im Bereich der qualifizierten Entzugsbehandlung (...) eine eklatante Versorgungslücke“*. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

(DGKJP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG) und der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) (2012: 6) beschreiben, dass das Fortschreiben einer negativen Entwicklung der Suchterkrankung durch die Verhinderung einer unverzüglichen Behandlung forciert wird. Zudem ist die Klientel, die von psychiatrischer Komorbidität betroffen ist, deutlich unterversorgt (Wendt, 2017: 46). Das kinder- und jugendpsychiatrische Angebot bei Substanzstörungen muss weiter spezialisiert werden, um die ungünstige Einflussnahme durch Klientel mit anderen psychiatrischen Störungsbildern vermeiden zu können (Thomasius, 2008: 46). Verschiedene Fachgesellschaften (DGKJP; BAG; BKJPP, 2012: 6) beschreiben dahingehend nur in speziellen einzel- und gruppentherapeutischen Ansätzen in eigenem Stationssetting optimale Behandlungsbedingungen für Kinder und Jugendliche mit substanzbedingten Störungen.

1.2.3 Zwischenfazit

Betrachtet man die genannten Grundlagen substanzbezogener Störungen im Kindes- und Jugendalter, steht ein Versorgungssystem einerseits vor der großen Herausforderung diese spezielle Zielgruppe nach aktuellem Wissens- und Forschungsstand und auf individuelle Bedürfnisse hin zu behandeln sowie andererseits diese theoretischen Grundlagen so in Behandlungskonzepte aufzunehmen, dass individuelles Vorgehen der Behandelnden weiterhin möglich ist.

Es wurde die Notwendigkeit beschrieben, die Suchtproblematik im bio-psycho-sozialen Zusammenhang zu betrachten und dahingehend multiprofessionell zu behandeln. Durch die unterschiedliche Reifung und Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ist bei Kindern und Jugendlichen individuelles Vorgehen indiziert. Bei der Erstellung von und Arbeit mit Konzeptionen sind diese Erkenntnisse in die Ausgestaltung mit einzubeziehen, um standardisiertes professionelles Handeln zu ermöglichen. Grundsätzlich müssen sich Konzepte hinsichtlich tatsächlichen Bedarfen und aktuellen Trends weiterentwickeln, verändern und evaluiert werden, um Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter erkennen und angemessen behandeln zu können.

Betrachtet man die Fallzahlen im deutschen Gesundheitssystem und die Anzahl konsumierender Kinder und Jugendlicher wird deutlich, dass viele Betroffene den Zugang zum Hilfesystem nicht finden. Oftmals wird nur die akute Erkrankung/Symptomatik, oft im Sinne einer Intoxikation, behandelt. Dies wird dem Bedarf der Zielgruppe nicht gerecht, da sich eine Suchterkrankung, beginnend in frühem Alter, manifestieren und den Grundstein einer lebenslangen Suchtkarriere legen kann. Somit hat das deutsche Gesundheitssystem die Aufgabe, die Behandlungsangebote der Zielgruppe und deren individuellen Bedarfen anzupassen. Die sich verändernden Bedarfe müssen stetig bez. Trends, Einstieg, Substanz, etc. überprüft und diskutiert werden, um bestehende Standards evaluieren und, wenn nötig, anpassen zu können. Diese Thesen soll durch die Evaluation eines Behandlungskonzeptes auf Grundlage des Zusatzkode 9-694 des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) einen Teil zur Überprüfung/Weiterentwicklung bestehender Standards beitragen und diese durch die Einschätzungen von Expertinnen und Experten diskutieren. Im Hilfesystem gilt es weiterhin einen möglichst niedrigschwelligen Zugang unter Einbeziehen aller am Hilfeprozess beteiligten Parteien sicherzustellen, um nahtlose Übergänge von Akutbehandlung, Post-Akutbehandlung sowie Perspektivenklärung zu ermöglichen.

Die Herausforderung einer Konzeptualisierung aktueller Standards ist diese so zu definieren, dass einerseits für Betroffene eine professionelle Behandlung nach aktueller Forschungslage garantiert wird, andererseits die Behandelnden nicht durch wenig praxisnahe Vorgaben und Auflagen in ihrem individuellen Handeln bei der Behandlungsplanung einzuschränken. Es müssen also Mindeststandards definiert werden, die Handlungssicherheit und Anhaltspunkte für professionelle Behandelnde bieten, um deren Erfahrung und therapeutische Kompetenz zu ergänzen und unterstützen. Somit wird ein „Grundgerüst“ für die Behandlung substanzbezogener Störungen bei Kindern und Jugendlichen geschaffen. Durch Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten gilt es, bestehende Standards zu überprüfen und zu evaluieren um individuelle und praxisnahe Behandlungskonzepte zu schaffen. Diese sollten theoretisch fundiert sein und sich, und das ist der bedeutendste Punkt, in der Praxis gut umsetzen lassen.

2 Ziele und Forschungsfrage

Durch die Veränderungen und die wachsende Komplexität der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) stehen Fachkräfte unterschiedlicher Professionen vor neuen Herausforderungen. Es gilt zu beachten, dass nicht nur das behandelnde System die Codes erarbeitet, auch Kostenträger und verschiedene Fachkreise sind involviert. Den Einschätzungen und Erfahrungen der Behandelnden, die für die Umsetzung der geforderten Standards verantwortlich sind, kommt somit große Bedeutung zu. Durch die Befragung dieser Personengruppe und die Diskussion der Ergebnisse soll untersucht werden, wie praxisnah sich die Mindeststandards des Codes 9-694 umsetzen lassen. Weiterhin sollen mögliche Weiterentwicklungen des Codes identifiziert werden.

Demnach leistet diese Masterarbeit auch einen Beitrag zur Forschung zu den Auswirkungen des Vergütungssystems, die im §17d KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) gefordert ist. Um die Komplexität der interdisziplinären Behandlung im deutschen Gesundheitssystem angemessen einbeziehen zu können, beschäftigt sich diese Arbeit ausschließlich mit der Evaluation des OPS-Kode 9-694. Folgende Teilbereiche müssen dazu berücksichtigt werden:

- Anforderungen durch das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP)
- Spezielle Herausforderungen im Kindes- und Jugendalter
- Mindeststandards des Kode 9-694
- Die Einschätzung der Behandelnden hinsichtlich der momentanen Behandlungsstandards
- Diskussion der praktischen Umsetzung unter Einbeziehung aller am Prozess Beteiligten

Im OPS gibt es einige ungenaue und nicht weiter differenzierte Mindestmerkmale, die einen relativ großen Handlungsspielraum in der Gestaltung eines Behandlungskonzeptes zulassen. Durch die Beteiligung verschiedener Fachgesellschaften und Interessensverbände in der Entwicklung des Codes ist eine fortschreitende Differenzierung und Definition einzelner Standards nur über einen längeren Zeitraum

wahrscheinlich. Die Erfahrungen zur praktischen Umsetzung der Inhalte sollten interdisziplinär diskutiert werden. So wird eine Weiterentwicklung der Standards ermöglicht, um bestmögliche Behandlungserfolge erzielen zu können. Durch das Gespräch mit den Expertinnen und Experten sollen ungenau definierte Mindestmerkmale identifiziert und genauer beschrieben werden.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zu untersuchen, wie praxisnah der Zusatzkode von den Behandelnden eingeordnet wird. Durch die Auswertung der Daten sollen nötige Weiterentwicklungen sowie fehlende fachliche Standards der Mindestmerkmale erkannt werden. Auch wenn von Mindestmerkmalen gesprochen wird, können Versorgungslücken durch die Empfehlungen der Behandelnden erkannt und geschlossen werden. Die Vollständigkeit eines Kodes, der alle relevanten Behandlungsmerkmale beinhaltet wirkt utopisch. Die Mindestmerkmale des Kode 9-694 können auf den ersten Blick als praxisnah betrachtet werden, sind jedoch weiterhin ausbaufähig. Es gilt durch weitere Untersuchung und Evaluation wirksame Faktoren zu überprüfen und einzuführen und bestehende Standards zu hinterfragen. Die Einschätzungen der Befragten liefern somit die Grundlage für die Diskussion der praktischen Umsetzung. Dabei muss beachtet werden, dass die Standards nicht zu „starr“ formuliert werden, um die Flexibilität der Behandelnden, die für diese Zielgruppe unerlässlich ist, nicht einzuschränken.

Um die Frage nach der praktischen Umsetzung beantworten zu können, ist es notwendig folgende Forschungsfragen zu untersuchen:

- Es gilt zu klären, inwieweit ein pauschalierendes System die Qualität der Behandlung beeinflusst
- Es soll untersucht werden, wie die praktische Umsetzung der geforderten Mindeststandards von den Behandelnden eingeschätzt wird
- Weiterhin stellt sich die Frage, ob die Mindeststandards nach derzeitiger wissenschaftlicher Erkenntnis aktuell sind

Anhand der Ergebnisse soll aufgezeigt werden, welche Weiterentwicklungen für eine professionelle Behandlung notwendig sind.

3 Methode

Durch die gewählte Forschungsmethode soll ein Konzept, das nach den Mindestmerkmalen des Kode 9-694 entwickelt wurde, auf die Realisierbarkeit in der Praxis untersucht werden. Um dies zu überprüfen soll die Fragestellung anhand der qualitativen Sozialforschung beantwortet werden.

Zunächst muss nun geklärt werden, ob und warum sich die qualitative Sozialforschung als Forschungsdesign für diese Arbeit eignet. Anschließend wird die Datengenerierung nach Lamnek (2016) beschrieben. In dieser Arbeit werden die Daten durch den qualitativen Ansatz in Form von narrativen Interviews erhoben. Es soll dabei geklärt werden, welcher Personenkreis für die Experteninterviews in Frage kommt. Weiterhin werden Planung und die Durchführung der Interviews beschrieben.

Das Ende dieses Kapitels beschreibt die methodische Vorgehensweise nach Führung der Interviews. Zu Beginn sollen die erhobenen Daten nach Kuckartz (2016) transkribiert und so in einen auswertbaren Schriftsatz übertragen werden. Die anschließende Auswertung der Inhalte erfolgt durch die qualitative Inhaltsanalyse und wird ebenso wie die Beschreibung der Datenvalidität nach Mayring (2015) beschrieben.

3.1 Forschungsdesign

Um die praktische Umsetzung der Mindeststandards des Kodes 9-694 zu untersuchen, wird der qualitative Ansatz für diese Arbeit gewählt. Somit lässt sich zu Beginn der Untersuchung eine Annäherung an das Thema mit großer Offenheit umsetzen. Des Weiteren bietet der qualitative Ansatz den Vorteil, dass durch die Befragung neue und unbekannte Sachverhalte aufgedeckt werden können, ohne dass die Befragten in eine Richtung gelenkt werden. Dies bildet die wichtigste Voraussetzung für die Weiterentwicklung des untersuchten Behandlungskodes.

Da sich die Forschungsfrage nicht mit vorab festgelegten Hypothesen vereinbaren lässt, wurde der quantitative Ansatz verworfen. Ebenfalls bieten quantitative Methoden

durch ein hohes Maß an Standardisierung wenig Flexibilität. Lamnek und Krell (2016: 31) beschreiben, dass eine Standardisierung von Situationen und Methoden nicht ausreicht. Durch eine situativ determinierte Informationsproduktion können datenproduzierende Handlungen und deren Sinn erst verstanden werden. In der Praxis wird dies einerseits durch die Komplexität des deutschen Gesundheitssystems durch die vielen Beteiligten in der Ausgestaltung der Codes, andererseits durch die Zielgruppe, die viel flexibel angepasstes Handeln verlangt, deutlich. Ein quantitatives Vorgehen würde der Komplexität der Untersuchung nicht gerecht werden.

Um Ziel und Ablauf der Untersuchung darzustellen wird als Design in dieser Arbeit die Handlungsforschung gewählt. Demnach werden die Befragten als Partner im Forschungsverlauf angesehen. Es besteht ein gleichberechtigter und herrschaftsfreier Austausch (Mayring, 2016: 50 f.), der der Ansammlung einer möglichst objektiven und großen Datenmenge zugutekommt.

Die Ziele der Handlungsforschung (ebd.: 51) lassen sich anhand der Forschungsfrage der Arbeit überprüfen:

1. Es wird direkt an bestimmten sozialen Problemen angesetzt

Betrachtet man die aktuellen Entwicklungen in der Behandlung bei substanzbezogenen Störungen bei Kindern und Jugendlichen lässt sich die Problemlage in der praktischen Umsetzung der geforderten Mindeststandards festmachen. Es wird untersucht, wie sich die geforderten Standards aus Sicht der Ausführenden umsetzen lassen. Hierbei geht es um fachliche Standards und ebenso um strukturelle Rahmenbedingungen, wie einen angemessenen Personalschlüssel oder den administrativen Aufwand, den ein pauschalierendes System mit sich bringt.

2. Im Forschungsprozess werden Ergebnisse praxisverändernd umgesetzt

Um das Entgeltsystem weiterzuentwickeln, werden die Klassifikationen von Internationaler statistischer Klassifikation der Krankheiten (ICD) und Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) regelmäßig überprüft und verändert. Dies soll durch ein Vorschlagsverfahren sichergestellt werden. Die Vorschläge werden durch verschiedene Arbeitsgruppen bearbeitet und können nach Aufbereitung und Anpassung umgesetzt

werden (DIMDI, 2019). Der Ablauf des Verfahrens wird in Anhang II dargestellt. Da die vorliegende Arbeit das Ziel hat, den Kode 9-694 auf die praktische Umsetzung hin zu untersuchen, sollen die Ergebnisse einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung des Kodes beitragen. Des Weiteren können durch die Interviewpartner verschiedener Krankenhäuser die unterschiedlichen Auslegungen des Kodes 9-694 erkannt werden. Die Verantwortlichen können die Ergebnisse für die Weiterentwicklung der jeweiligen Konzepte nutzen und so die Qualität der Behandlung sowie Arbeitsabläufe für alle Beteiligten im Behandlungsverlauf verbessern.

3. Es besteht ein gleichberechtigter Diskurs zwischen Forscher und Betroffenen

Der qualitative Ansatz in Form der Experteninterviews, der in dieser Arbeit angewandt wird, ermöglicht eine gleichberechtigte Kommunikation zwischen Untersucher und Befragten.

3.2 Datengenerierung: Experteninterview nach Lamnek (2016)

In der vorliegenden Arbeit werden die zu untersuchenden Daten mit Hilfe qualitativer Interviews erhoben. Als Erhebungsverfahren wird das narrative Interview gewählt. Ziel der Methode ist es, die erhobenen Informationen in Zusammenhang mit der Forschungsfrage zu bringen, nämlich, wie sich die Mindeststandards des Kode 9-694 in die Praxis übertragen lassen. Die Methode dient daher nicht dazu, vorher aufgestellte Hypothesen zu bestätigen oder zu verwerfen, sondern neue zu gewinnen. Die Perspektive der befragten Behandelnden rückt somit in den Vordergrund.

Die Anwendung des narrativen Interviews in der vorliegenden Arbeit soll nach Lamnek & Krell (2016: 338 f.) näher erläutert werden.

Beim narrativen Interview, das 1977 von Schütze entwickelt wurde, erzählen die Befragten über einen Gegenstand, der im Gespräch benannt wurde. So soll die Forschungsfrage aus Sicht der Behandelnden beantwortet werden. Für die Qualität der

Ergebnisse ist es wichtig, dass die Befragten entsprechende Kompetenzen zur Beantwortung der Fragestellung besitzen. In Anlehnung an Schütze (1977: 1) besteht der Vorteil beim Erzählen von erlebten Erfahrungen darin, dass diese sprachlichen Texte dem faktischen Handeln am nächsten kommen. Die Methode ermöglicht den Einbezug einer Erfahrungsrekapitulation, wodurch faktisches Handeln in bedeutendem Maße rekonstruiert werden kann. Strukturell kommen die Erzählungen den Orientierungsmustern individuellen Handelns am nächsten. Somit besteht die Möglichkeit praxisnahe Erkenntnisse zur Umsetzung des Kodes 9-694 zu erkennen und auf deren Umsetzbarkeit zu überprüfen. Die retrospektive Interpretation der Befragten zeigt einen weiteren Vorteil dieser Methode auf. Es können bereits im Verlauf der Beantwortung der Forschungsfrage Rückschlüsse auf eigene Konzepte gezogen werden. Dies ermöglicht die Entdeckung von verschiedenen Bedarfen hinsichtlich Weiterentwicklung von fachlichen und strukturellen Standards. Die Erzählungen bauen sich so logisch auf und die einzelnen Inhalte können durch die Befragten in verschiedenen Kontexten hinterfragt und diskutiert werden. Die vielen Details, die die Befragten aufgrund ihrer Kompetenz einbringen können, steigern die Plausibilität ihrer Erklärungen.

Das narrative Interview wird in fünf Phasen unterteilt, worauf in dieser Arbeit Bezug genommen werden soll.

1. In der Erklärungsphase werden die Befragten über die Funktion und Besonderheiten der Methode aufgeklärt. Die technischen Hilfsmittel werden dabei angesprochen. In der vorliegenden Masterthesis erfolgt die Aufnahme des Interviews per Tonbandaufnahme mit Hilfe eines Diktiergerätes. Des Weiteren werden die Interviewten über Anonymität sowie die Verarbeitung der Informationen mittels Transkription informiert. Diese erste Phase dient der Stärkung der Bereitschaft der Befragten am Interview teilzunehmen und zur Schaffung einer offenen Atmosphäre.
2. In der nachfolgenden Einleitungsphase soll festgelegt werden, welche Aspekte selbst erlebter Ereignisse im Interview angesprochen werden sollen. Dies bietet eine Hilfestellung, die Interviews auf die wesentlichen Aspekte der Forschungsfrage zu beschränken. Gleichzeitig wird eine möglichst offene Fragestellung verwendet, um den Interviewten die Formulierung von Argumentationen, Beschreibungen und Begründungen zu ermöglichen.

3. Die anschließende Erzählphase kann durchaus von Schweigen oder Pausen unterbrochen werden. Sie endet erst dann, wenn der Interviewte sie beendet. Der Interviewer bewegt sich dabei in der Rolle des interessierten Zuhörers und beschränkt die Interaktion auf nonverbale Gesten wie Kopfnicken und verbale Äußerungen wie „mhm“, „hm“ und dergleichen. Dem Erzählenden soll somit deutlich gemacht werden, dass der Zuhörer dem Gespräch folgt. Nachfragen oder Kommentare bleiben in dieser Phase noch aus.
4. Widersprüchlichkeiten oder offen gebliebene Fragen können in der Nachfragephase durch den Interviewer angesprochen und im Gespräch geklärt werden.
5. Zuletzt kann die Bilanzierungsphase folgen, die direkte Fragestellungen hinsichtlich Intention und Motivation der Befragten beinhaltet. Der Sinn und eine Bilanzierung des Gesagten können somit erörtert werden.

Das narrative Interview zeichnet sich durch einen neutralen bis weichen Interviewstil aus. Das Gefühl, großes Interesse an den Einschätzungen des Befragten zu haben und diese zu erforschen, gilt es zu vermitteln. So soll in der vorliegenden Arbeit das Interesse an der Bewertung der praktischen Umsetzung der Mindeststandards betont werden, um diese weiterentwickeln zu können.

3.2.1 Auswahl der Experten

In der vorliegenden Masterthesis soll ärztlich-therapeutisches Leitungspersonal bestehender Spezialstationen, die bereits nach den Mindestmerkmalen des Zusatzkodes 9-694 arbeiten, nach Einschätzungen und Erfahrungen hinsichtlich der praktischen Umsetzung des Kodes befragt werden.

Nach (Lamnek & Krell, 2016: 688) müssen die Befragten in der Lage sein, Auskunft über das vorliegende Thema geben zu können. Sie sollten ebenfalls in signifikante Prozesse involviert sein und über entsprechende Kompetenz zur Entscheidung verfügen. Dahingehend formulieren Gläser & Laudel (2010: 117 nach Gorden, 1975) folgende Fragestellungen zur Auswahl der Expertinnen und Experten:

- *„Wer verfügt über die relevanten Informationen?“*

- „Wer ist am ehesten in der Lage, präzise Informationen zu geben?“
- „Wer ist am ehesten bereit, Informationen zu geben?“
- „Wer von den Informanten ist verfügbar?“

Die gewählte Expertengruppe ist an der Umsetzung der fachlichen Standards beteiligt und für deren Umsetzung verantwortlich. Dies setzt eine Auseinandersetzung mit den Mindestmerkmalen der Codes voraus. Des Weiteren ist diese Berufsgruppe maßgeblich in der Weiterentwicklung therapeutischer und diagnostischer Verfahren beteiligt, was die Nähe zur Klientel gewährleistet. Die Auswirkungen eines pauschalierenden Systems wie das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP) können somit durch die Befragung näher erläutert werden. Die unterschiedlichen Erfahrungen und das breite Fachwissen in Theorie und Praxis der Kodierungsmerkmale und Behandlung stellen eine wichtige Grundlage zur Beantwortung der Forschungsfrage dar.

Durch die Befragung in unterschiedlichen Krankenhäusern können Informationen über die unterschiedliche Auslegung des Codes gesammelt werden. Die Befragung beschränkt sich auf ärztlich-therapeutisches Leitungspersonal, da so ähnliche Probleme im praktischen Alltag in den Fokus der Befragung gerückt werden können.

3.2.2 Planung und Durchführung der Interviews

Es werden Expertinnen und Experten in verschiedenen Krankenhäusern im süddeutschen Raum befragt. Um die Freiwilligkeit der Teilnahme am Interview zu gewährleisten findet im Vorfeld ein Telefontermin statt. Eine ethisch korrekte Vorgehensweise verlangt dabei die zu Befragenden über Ziele, Problemstellung und Forschungsfrage sowie Methoden der Arbeit aufzuklären. Herrscht ein Einverständnis zwischen Interviewten und Interviewer wird ein Termin zum Interview besprochen. Anschließend wird der Termin per email bestätigt und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern werden die besprochenen Eckdaten sowie das Konzept nach den Mindestmerkmalen des Behandlungskodes 9-694 zugesandt. Die Interviews werden im Arbeitsumfeld der Expertinnen und Experten geplant und finden im face-to-face Kontakt statt. Es wird jeweils

eine Person interviewt, nämlich die zuständige ärztliche Leitung der betreffenden Spezialstation. Die Gespräche sollen jeweils in den Räumlichkeiten der zu Befragenden stattfinden, um die Gesprächsatmosphäre durch die gewohnte Umgebung aufzulockern. Weiterhin besteht so die Nähe zum Arbeitsalltag und es kann besser Bezug zur Forschungsfrage genommen werden.

Vor dem Stellen der Interviewfrage werden die Befragten über die Rahmenbedingungen, wie die Tonbandaufzeichnung, Anonymität der Befragung und die Einverständniserklärung auf Grundlage des Bundes-Datenschutzgesetzes informiert. Die Kenntnisnahme wird mit Unterschrift bestätigt. Das Gespräch wird mit Hilfe eines Diktiergerätes digital aufgezeichnet.

Das Interview ist zeitlich nicht begrenzt. Im Sinne des narrativen Interviews wird dieses von den Befragten beendet.

3.3 Datentransfer: Transkription nach Kuckartz (2018)

Ist die Durchführung eines Interviews erfolgt, werden die Inhalte in einen auswertbaren Schriftsatz überführt. Nach Festlegung der Transkriptionsregeln und Verschriftlichung der Interviews werden diese anonymisiert und ausgewertet. Die Form der Audio-Aufzeichnung bietet im Verlauf des Datenmanagement wichtige Vorteile im Vergleich zu Gedächtnisprotokollen:

- Durch die Wiedergabe des Wortlauts ist die Genauigkeit der schriftlichen Aufzeichnung gewährleistet
- Eine Verzerrung der Interviews durch retrospektive Erinnerungen ist durch die Unmittelbarkeit der Aufzeichnung nicht möglich
- Die Mitschrift des Gesagten ist nicht notwendig, was eine entspannte Interviewführung fördert
- Insgesamt ist durch Audio-Aufzeichnungen eine bessere Kontrollierbarkeit und Dokumentation möglich

Um festzulegen wie das Gesprochene in die Textform übertragen wird, werden Transkriptionsregeln festgelegt. Kuckartz (2018: 167 f.) verweist zur Ergänzung auf erweiternde Vorschläge nach Dresing & Pehl (2015: 21 f.):

Die Gesprächsinhalte werden wörtlich transkribiert, wobei Dialekte ins Hochdeutsche übersetzt werden. Interpunktion und Sprache werden geglättet und somit an das förmlich korrekte Schriftdeutsch angenähert. Fehler in der Satzform hingegen werden beibehalten. Bei deutlichen, längeren Pausen werden diese durch Auslassungspunkte in Klammern (...) gekennzeichnet. Dabei steht ein Punkt für eine Sekunde der Pause. Längere Pausen werden in eine Zahl für die entsprechenden Sekunden der Pausen umgewandelt. In der vorliegenden Transkription sollen betonte Begriffe durch Unterstreichungen und lautes Sprechen durch die Verschriftlichung in Großschrift gekennzeichnet werden. Im narrativen Interview ist es eine wichtige Aufgabe des Interviewers dem Gesagten mit zustimmenden Gesten und Lauten zu folgen. Diese werden nicht ins Transkript aufgenommen, wenn der Redefluss des Befragten nicht unterbrochen wird. Einwürfe des Gesprächspartners, Lautäußerungen der Interviewten (Lachen, Seufzen) und Störungen (Handy klingelt) werden eingeklammert. Nonverbale Äußerungen und Aktivitäten vom Interviewer und Befragten werden durch Doppelklammer kenntlich gemacht, beispielsweise ((stöhnt)), ((lacht)). Unverständliche Wörter sollen im Transkript mit (unv.) gekennzeichnet werden. Zur Erhöhung der Lesbarkeit wird jeder Sprechbeitrag als Absatz transkribiert und ein Sprecherwechsel durch eine Leerzeile deutlich gemacht. Die Absätze des Interviewers sowie die der Befragten werden dementsprechend mit „I:“ und „Bx:“ gekennzeichnet. Das „x“ wird durch die Zahl entsprechend der Nummer des Interviews ersetzt. Alle Angaben, durch die ein Rückschluss auf befragte Personen möglich wäre, werden anonymisiert. Dabei werden sämtliche sensible Daten wie Orte oder Namen durch Kürzel oder Pseudonyme ersetzt. Diese werden so gewählt, dass die wesentlichen Merkmale wie Alterskohorte oder Geschlecht erkennbar bleiben.

3.4 Datenanalyse nach Mayring (2015)

Die Technik der qualitativen Inhaltsanalyse soll eine systematische Interpretation der erhobenen Daten in der vorliegenden Arbeit ermöglichen. Dabei gilt es zu beachten, dass ein möglichst konkreter Ablauf stattfinden soll, um die Analyse nachvollziehbar zu machen und die Fragestellung spezifisch beantworten zu können. Im Verlauf soll die Zielsetzung der Analyse konkretisiert werden. Dies findet anhand der Kategorienbildung durch die Zerlegung in einzelne Interpretationsstücke statt, was die Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit durch andere ermöglicht.

Die qualitative Inhaltsanalyse bestimmt zunächst das Ausgangsmaterial. Dieses liegt in der vorliegenden Arbeit in Form der transkribierten Experteninterviews vor. Die Entstehungssituation und die formalen Charakteristika werden bereits oben im Kapitel 3.2: „Datengenerierung: Experteninterview nach Lamnek (2016)“ beschrieben. Die Fragestellung gliedert sich in der Inhaltsanalyse einerseits in die Richtung der Analyse sowie die in der Theorie begründeten Differenzierung der Fragestellung. In der vorliegenden Arbeit sind diejenigen Aussagen von Bedeutung, die die praktischen Auswirkungen und die Umsetzbarkeit des Kodes 9-694 betreffen. Die Theoriegeleitetheit zeigt sich in der Masterthesis durch die im Konzept formulierten Mindeststandards des Kodes 9-694. Die Ergebnisse der Untersuchung können nun an die bisherige Forschung anknüpfen und so einen Beitrag zum Erkenntnisfortschritt leisten.

Um den Inhalt kategorisieren zu können, werden zunächst Textbestandteile gestrichen, die nicht inhaltstragend sind. Nach dieser ersten Reduktion kann die überschaubare Materialmenge weiterbearbeitet und in einzelne Paraphrasen zusammengefasst werden. Somit wird das Abstraktionsniveau bestimmt. Inhaltsgleiche sowie nichtssagende und unwichtige Paraphrasen können im nächsten Schritt gestrichen werden. Im zweiten Reduzierungsschritt werden Paraphrasen, die sich aufeinander beziehen, zusammengefasst. So ergeben sich neue Aussagen. Nach dieser Phase wird geprüft, ob die neuen Aussagen noch das Ausgangsmaterial repräsentieren. Dies ist gegeben, wenn die ursprünglichen Paraphrasen im endgültigen Kategoriensystem aufgehen. Das Ergebnis der qualitativen Inhaltsanalyse zeigt sich als System verschiedener Kategorien. Die Ergebnisse werden mit vorliegenden Textpassagen aus den Interviews

verbunden und das komplette Kategoriensystem kann im Hinblick auf die Forschungsfrage interpretiert werden.

So soll untersucht werden, wie welche Teilbereiche des Kodes 9-694 in der Praxis eingeschätzt sowie fehlende Inhalte aufgedeckt werden. Die Ergebnisse der einzelnen Interviews werden im Anschluss verglichen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede feststellen und diese Ergebnisse praxisnah diskutieren zu können.

3.5 Datenvalidität: Gütekriterien nach Mayring (2015)

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse sollen anhand von Gütekriterien auf deren Aussagekraft hin eingeschätzt werden. Dabei sind vor allem Objektivität, Reliabilität und Validität besonders wichtig. Die Reliabilität wird als Voraussetzung für Validität gesehen.

Um die inhaltsanalytische Reliabilität zu bestimmen wird nach dem Prinzip der Inter-coderreliabilität vorgegangen. Dieser kommt in der qualitativen Inhaltsanalyse besondere Bedeutung zu. Mehrere Inhaltsanalytiker sollen dahingehend das gleiche Material auswerten und ihre Ergebnisse miteinander vergleichen. Somit wird auch die Objektivität des Forschenden hinsichtlich der Forschungsergebnisse überprüft. In der vorliegenden Arbeit wird dieses Kriterium durch die erneute Auswertung der Daten durch die Leitung des Sozialdienstes eines Krankenhauses im süddeutschen Raum, das nach den Mindeststandards des Kodes 9-694 arbeitet, erfüllt.

Die Aussagekraft der Arbeit soll hinsichtlich weiterer inhaltsanalytischer Gütekriterien nach Mayring (2015: 123 ff.) hin überprüft werden. Mit Hilfe der Verfahrensdokumentation wird der Forschungsprozess in der vorliegenden Arbeit genau geplant und dokumentiert, um diesen nachvollziehbar zu machen. In Kapitel 3: „Methode“ wird das Vorgehen der qualitativen Forschungsmethode genau beschrieben. Die Regelgeleitetheit wird durch die Regeln der Transkription (Kapitel 3.3: „Datentransfer: Transkription nach Kuckartz (2018)“) sowie das klar vorgegebene Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse (Kapitel 3.4: „Datenanalyse nach Mayring (2015)“) eingehalten. Um die Nähe zum Gegenstand sicherzustellen, wird die

Lebenswelt der Befragten durch die Einschätzungen in der Praxis mit den Mindeststandards des Kodes 9-694 in den Mittelpunkt gerückt. Dahingehend findet durch das Interesse an der Weiterentwicklung des Kodes eine Interessensübereinstimmung zwischen Forscher und Befragten statt, da auch die Behandelnden von der Weiterentwicklung des Kodes hinsichtlich der praktischen Umsetzung profitieren und zur Verbesserung der Qualität der Behandlung beitragen.

Die Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Arbeit müssen in den Theoriehintergrund und den Stand aktueller Forschung eingeordnet werden. Dies macht sie sinnvoll anwendbar und ermöglicht weiteren wissenschaftlichen Fortschritt. Dies trifft zu, auch wenn der Forschungsstand nie als abgeschlossen oder als absolut gesichert gelten kann.

4 Ergebnisse

Dieses Kapitel dient der Darstellung der Untersuchungsergebnisse, die zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden sollen. Es wurden insgesamt vier Experteninterviews in psychiatrischen Kliniken im süddeutschen Raum durchgeführt. Drei Interviews fanden im Milieu der Befragten statt. Ein Interview wurde aufgrund des Besuchsverbotes in Kliniken wegen der COVID-19-Pandemie telefonisch geführt. Die Befragungen konnten ohne Störungen in einer offenen Atmosphäre durchgeführt werden. Nach dem vierten Interview war keine weitere Befragung der Expertengruppe aufgrund bestehender Datensättigung erforderlich.

Wie in Kapitel 3 beschrieben, wurde das Datenmaterial im Sinne der Intercoderreliabilität erneut analysiert und kategorisiert. Die beiden Kategoriensysteme wurden anschließend miteinander verglichen. Da die Ergebnisse hohe Übereinstimmung zeigten, ist das Gütekriterium der Intercoderreliabilität gegeben, was für die hohe Gültigkeit und Zuverlässigkeit der Ergebnisse spricht.

4.1 Analyse der transkribierten Interviews: Kategorienbildung nach Mayring (2015)

Die Auswertung der transkribierten Interviews erfolgt durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015: 73 ff):

Die Einstiegsfrage will die praktische Umsetzbarkeit eines Konzeptes auf Grundlage der Mindeststandards des Zusatzkode 9-694 des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) untersuchen. Somit sollen Qualität der Behandlung durch ein pauschalierendes System, Aktualität der Mindeststandards sowie mögliche Weiterentwicklungen mit in die Untersuchung einbezogen werden, um die Forschungsfrage beantworten zu können.

Die Anmerkungen der Expertinnen und Experten über die praktische Umsetzbarkeit, die auf 43 Seiten Transkript festgehalten wurden, werden in zwei Durchläufen reduziert

und auf eine knappe Form zusammengefasst (vgl. Tabelle 5 & 6). Bei der Festlegung der Analyseeinheiten fallen bei Zusammenfassung Kontext- und Auswertungseinheit zusammen. Die erste Reduktion beschreibt somit den einzelnen Fall, die Zweite das gesamte Material. Die Kodiereinheit wird in der vorliegenden Arbeit enger gefasst. Während des ersten Materialdurchgangs werden durch die Kodiereinheit die Einheiten festgelegt, die der Zusammenfassung als Paraphrasen zugrunde liegen. Die Kodiereinheit zeigt sich wie folgt: Jede vollständige Aussage der Expertinnen und Experten über die praktische Erfahrung mit dem OPS-Kode 9-694, also die Äußerungen der Behandelnden, die die theoretischen Vorgaben und Standards mit der Praxis vergleichen. Anschließend wird der erste Reduktionsvorgang durchgeführt. In Tabelle 5 sind Fallnummer und Seitenzahl der Textstelle im Transkript festgehalten. In den weiteren Spalten werden die Paraphrasen der inhaltsreichen Textstellen durchnummeriert dargestellt.

Das Abstraktionsniveau wird im ersten Reduktionsdurchgang so festgelegt: Jede allgemeine, aber fallspezifische Äußerung zur praktischen Erfahrung mit der Umsetzung des Codes, Bewertung des vorliegenden Konzeptes nach Aktualität und Umsetzbarkeit sowie möglichen Weiterentwicklungen der Mindeststandards. Diese einzelnen Paraphrasen werden in der mittleren Hauptspalte auf das genannte Abstraktionsniveau generalisiert. In der gleichen Spalte wurden unwichtige oder sinngleiche Äußerungen gestrichen. Die letzte Spalte zeigt die verbleibenden Äußerungen durch Integration, Bündelung und Konstruktion neuer Aussagen hinsichtlich der Fallspezifität, welche das Ergebnis der ersten Zusammenfassung darstellen. Diese werden als erstes Kategoriensystem durchnummeriert.

Die Kategorien werden in einem erneuten Durchgang (vgl. Tabelle 6) weiter reduziert. Für die erneute Reduktion soll das Abstraktionsniveau noch weiter heraufgesetzt werden. Die Äußerungen werden fallübergreifend zu allgemeinen Einschätzungen zur praktischen Umsetzung und Veränderungspotenzial generalisiert werden. Inhaltsgleiche Generalisierungen werden gestrichen und die Äußerungen auf die Endkategorien reduziert.

Tab. 5: Erster Durchgang der Zusammenfassung

Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	1	1	Viele der Vorgaben decken den Alltag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab	Kode spiegelt oft Alltag wider	<p>K1 Mindeststandards werden inhaltlich praxisnah und gut umsetzbar erlebt</p> <p>K2 Anpassungsbedarf der Inhalte bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interdisziplinarität - Gesundheits- und Selbstfürsorgetrainings - Einordnung von Trauma - Maßnahmen verlaufsbegleitend definieren - Entwicklungspsychologische Besonderheiten
A	1	2	Manche Inhalte bilden den kinder- und jugendpsychiatrischen Blick noch nicht vollständig ab	Manche Inhalte nicht ausreichend an Praxis orientiert	
A	1	3	Verschiedene Berufsgruppen sind in vielen Teilen der Behandlung gleich kompetent	Gleiche Kompetenz verschiedener Berufsgruppen	
A	1	4	Interdisziplinäre Durchführung des Therapieplans ist zu wenig wiedergegeben	Interdisziplinarität zu wenig wiedergegeben	
A	2	5	Großer Bedarf an Ergo-, Arbeits-, Kreativtherapie und erlebnispädagogischem Angebot	Großer Bedarf therapeutischer und pädagogischer Methoden	
A	2	6	OPS-Kodes sollten sich mehr an Patientenbedürfnissen orientieren	Kode zu wenig an Patientenbedürfnissen orientiert	
A	2	7	Intensivkriterien sind ausreichend und gut definiert	Intensivkriterien sind praxisnah definiert	
A	2	8	Verfahren bei Intensivkriterien sind schon oft Sockelleistung	Verfahren bei Intensivstufung oft vorher notwendig	

A	6	9	Teambesprechungen für alle am Patienten Tätigen sind sinnvoll	Teambesprechung ist wichtiger Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> - Suchtspezifische Intensivierung einzelner Maßnahmen - Nahtlose Weiterbehandlung <p>K3 Fehlende Inhalte sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impulskontrolle - Ressourcenarbeit <p>K4 Umsetzung der Vorgaben führt zu mehr Aufwand, wodurch weniger Zeit für Patienten bleibt</p>
A	6	10	Gruppenpsychotherapie wird suchtspezifisch intensiviert	Therapieangebot wird suchtspezifisch intensiviert	
A	7	11	Entspannungsverfahren werden durch Einzel- und Gruppensetting durch interdisziplinäres Team intensiviert	Intensivierung von Entspannungsverfahren durch Einzel- und Gruppensetting im interdisziplinären Team	
A	7	12	Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch erfolgt verlaufsbegleitend	Verlaufsbegleitende ärztliche Gespräche	
A	8	13	Bei somatischen Erkrankungen ist ein wesentlicher Unterschied zum Erwachsenensetting bemerkbar	Andere somatische Erkrankungen als im Erwachsenensetting	
A	8	14	Begleitung und Ausgang ist unabhängig von den Intensivkriterien, was keine globale Zuordnung zulässt	Festgelegte Regelung zum Ausgang nicht sinnvoll	
A	9	15	Differenzierte somatische Befunderhebung ist bei der Klientel relevant	Differenzierte somatische Befunderhebung notwendig	
A	9-10	16	Alles was zu Impulskontrolle dazugehört ist fast in jedem Therapieplan	Impulskontrolle ist wichtiger Teil der Behandlung	

A	10	17	Basales Arbeiten ist bei vernachlässigten Patienten nötig	Basales Arbeiten notwendig	
A	10	18	Stabilisieren der familiären und psychosozialen Situation wichtig, jedoch im Alltag wenig Zeit dafür	Wenig Zeit für wichtige familiäre und psychosoziale Stabilisierung	
A	11	19	Schulisch-berufliche Eingliederung ist Motivations- und späterer Stabilisierungsfaktor	Wiedereingliederung in Schule und Beruf schafft Motivation und Stabilität	
A	11	20	Juristisch-sozialrechtliche Begleitung besitzt hohen Stellenwert	Hoher Stellenwert juristisch-sozialrechtlicher Begleitung	
A	12	21	Trauma ist nicht bei juristischer Anspruchsklärung, sondern bei Grunderkrankung oder Komorbidität einzuordnen	Trauma bei Grunderkrankung oder Komorbidität einzuordnen	
A	12	22	Suchtkode sollte direkte Aufnahme weiterer Behandlung miteinschließen	Direkte Aufnahme weiterer Behandlung fehlt im Kode	
A	15	23	Assessment muss verlaufsbegleitend passieren	Verlaufsbegleitendes Assessment notwendig	
A	15	24	Behandlung im Familiensetting ist Besonderheit im Vergleich zu den Erwachsenen	Besonderheit der Behandlung im Familiensetting	

A	15-16	25	Tagesstruktur der suchtspezifischen Station bringt Verlässlichkeit und Stabilität	Verlässlichkeit und Stabilität durch Tagesstruktur auf Station	
A	18	26	Festlegung der Arbeitsstrukturen muss nicht im Suchtkode sein	Festlegung der Arbeitsstruktur im Kode nicht notwendig	
A	19	27	Inhalte des Suchtkode gut nutzbar	Kode gut nutzbar	
A	19	28	Gesundheits- und Selbstfürsorgetraining ist schwammig definiert und an Erwachsenensetting orientiert	Gesundheits- und Selbstfürsorgetrainings wenig praxisnah	
A	19	29	Jugendliche brauchen Ressourcenarbeit im Alltag	Ressourcenarbeit ist erforderlich	
A	19	30	Entwicklungspsychologischer Aspekt wird zu wenig wiedergegeben	Kode vernachlässigt entwicklungspsychologischen Aspekt	
A	20	31	Zu viel Festlegung in den Kodes kann am Patienten vorbei sein	Viele Festlegungen führen zu wenig Praxisbezug	
A	20	32	Suchtkode spiegelt Aufwand der Behandlung von Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter wider	Großer Aufwand der Behandlung im Kode wiedergegeben	
A	21	33	Veränderungsbedarf beim Dokumentationsaufwand	Zu viel Dokumentationsaufwand	

A	21	34	Auslegung der Codes ist Problem vom psychiatrischen Entgeltsystem	Problem durch unterschiedliche Auslegung der Codes	K5 Standards entsprechen Forschungsstand und sind umsetzbar, beständiges Konzept wird positiv bewertet	
B	22	35	Man könnte noch einiges konkretisieren	Inhalte können konkretisiert werden		
B	22	36	Bewegungs-, Sportangebote, Aromapflege und Akupunktur gehören zur Behandlung	Bewegungsangebote, Aromapflege und Akupunktur werden vernachlässigt		
B	22	37	Medikation ist eine medizinische Maßnahme	Medikation unklar zuzuordnen		K6 Konkretisierung der Inhalte wünschenswert bei <ul style="list-style-type: none"> - Bewegungsangebot - Erlebnistherapie - Schulisches Angebot - Weiterbehandlung - Medikamentöser Behandlung - Setting von Psychoedukation
B	22	38	Bei Gesundheits- und Fürsorgetraining ist man häufig mit Hygiene und Schlafhygiene konfrontiert	Hoher Aufwand durch basales Arbeiten im Gesundheits- und Fürsorgetraining		
B	22	39	Wesentliche Punkte sind vorhanden	Wesentliches vorhanden		
B	22	40	Klinikschule soll erwähnt werden, da die den Hauptteil bei schulischer und beruflicher Wiedereingliederung leistet	Nennung der Klinikschule fehlt im Kode		
B	23	41	Enge Kooperation zu Jugendhilfeeinrichtungen ist wichtig	Enge Kooperation zu Jugendhilfeeinrichtungen nötig		
B	23	42	Partizipation der Jugendlichen gehört zu den Rahmenbedingungen eines Konzeptes	Partizipation Jugendlicher soll Inhalt eines Konzeptes sein		

B	23	43	Regeln zum Umgang mit Gewalt ist ein wichtiger Punkt	Regeln zum Umgang mit Gewalt nötig	K7	- Behandlungssetting (offen/geschlossen)
B	23	44	Umgang mit Nikotin muss altersentsprechend geregelt sein	Altersentsprechende Regelung zu Nikotin nötig		Wichtige aber fehlende Inhalte:
B	23	45	Regeln müssen immer wieder überarbeitet werden	Regeln sollen veränderbar bleiben		- Partizipation
B	23	46	Konzept soll über einen längeren Zeitraum Bestand haben	Beständiges Konzept gewünscht		- Aromapflege
B	23	47	Jede Regel sollte nicht schon konkret benannt werden	Flexibilität bei der Auslegung der Regeln	K8	Konzept soll Grundregeln enthalten, die individuell anpassbar sind (Umgang mit Gewalt, Nikotinkonsum)
B	23-24	48	Ein Hinweis zur genauen Abwägung bei Medikation bez. Behandlungsnotwendigkeit und Missbrauchsgefahr im Jugend-Sucht-Setting kann genannt werden	Notwendigkeit und Missbrauchsgefahr von Medikation im Kode festhalten		
B	24	49	Hinweis, dass es eine Regelung braucht, festhalten und die Regel separat formulieren	Zu regelnde Themen benennen, Ausführung flexibel gestalten	K9	Mehraufwand durch Dokumentation ist in den Alltag integrierbar; jedoch störungsanfällig
B	24	50	Mindestmerkmale sind aktuell, relevant und werden umgesetzt	Standards sind aktuell, relevant, umsetzbar		
B	24	51	Psychoedukation wird individuell im Einzel- und Gruppensetting gemacht	Individuelles Setting der Psychoedukation		

B	25	52	Erlebnistherapie ist nicht im Kode aufgeführt, spielt aber eine große Rolle	Erlebnistherapie ist wichtiges Angebot
B	25	53	Erlebnistherapie mit Transfer in den Alltag und nicht als reine Freizeitbeschäftigung	Erlebnistherapie mit Transfer in den Alltag
B	25	54	Es wird Wert auf entsprechend geschulte Mitarbeiter gelegt	Kompetenz der Mitarbeiter wichtig
B	26	55	Aufwand durch Zusatzkode war anfangs mühsam und ist inzwischen Routine	Aufwand zunächst mühsam, jetzt Routine
B	26	56	Gerade am Wochenende oder Feiertagen gibt es Lücken der Dokumentation	Dokumentationslücken am Wochenende und Feiertagen
B	26	57	Dokumentation ist in den Alltag übergegangen	Dokumentation in Alltag übergegangen
B	26	58	Die Anforderungen sind bekannt und der Wochenplan entsprechend für die Jugendlichen gestaltet	Wochenplan kann an Anforderungen angepasst werden
B	26	59	Aufwand ist überschaubar	Überschaubarer Aufwand
B	27	60	Suchtspezifischer Kode muss jeden Tag neu eingegeben werden	Tägliche Dokumentation notwendig
B	28	61	Prinzipiell ist Jugend-Sucht-Behandlung auch im offen geführten stationären Setting möglich	Behandlung im offen geführten Setting möglich

B	28	62	Die Frage, ob Grundstörung oder Sucht zuerst da war ist fraglich relevant	Frage nach auslösender Sucht- oder Grundstörung fraglich relevant	<p>K10 Inhalte sind realistisch und umsetzbar</p> <p>K11 Umsetzung ist unrealistisch, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spezialstation ist nur Teil einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station - Fehlende Transparenz <p>K12 Unklare Vorgaben bei:</p>
B	28	63	Im Prinzip sollen beide Störungen behandelt werden, ansonsten kann Abstinenz oft nicht aufrechterhalten werden	Behandlung beider Störungen zur Aufrechterhaltung der Abstinenz	
C	29	64	Inhaltlich sehr übersichtlich	Übersichtlicher Inhalt	
C	29	65	Praktische Umsetzbarkeit realistisch	Umsetzbarkeit realistisch	
C	29	66	Umsetzbarkeit ist unrealistisch, wenn die Spezialstation nur ein paar Betten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station darstellt	Ist Spezialstation Teil einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station ist das Konzept unrealistisch	
C	29	67	Größe der Station bleibt unklar	Unklare Gruppengröße	
C	29	68	Größenangabe ist wichtig zur Planung von Gruppenangeboten	Angabe zur Gruppengröße ist zur Planung notwendig	
C	29	69	Dauer der Behandlung in einer Spezialstation fehlt	Behandlungsdauer fehlt im Konzept	
C	29	70	Aufnahmesituation wird sehr offen gehalten	Aufnahmekriterien zu ungenau	

C	30	71	Beschreibung der Möglichkeiten für Intensivbehandlung mit Monitoring bei starkem Entzug fehlt	Regelungen bei Aufnahme hinsichtlich Intensivbehandlung fehlen	<ul style="list-style-type: none"> - Gruppengröße - Behandlungsdauer - Aufnahmekriterien <p>K13 Fehlende Inhalte sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorgehen bei Intensivbehandlung - Belastungserprobung und Sozialer Eingliederungsversuch (SEV) - Behandlungsphasen - Umgang mit Rückfall <p>K14 Ausgestaltung des Codes von Interessen der Ausgestalter abhängig</p>
C	30	72	Vorbereitung und Perspektivenklärung sind gut beschrieben	Perspektivenklärung ist praxisnaher Inhalt	
C	30	73	Belastungserprobung bez. Suchtverhaltens fehlt im Konzept	Belastungserprobung fehlt im Konzept	
C	30	74	Weiterführende Außenbeschulung und Praktika fehlen	Soziale Eingliederungsversuche fehlen im Konzept	
C	30	75	Je nach Dauer der Behandlung stellt sich die Frage der Anschlussmaßnahme	Anschlussmaßnahme von Behandlungsdauer abhängig	
C	30	76	Fraglich, ob Entwöhnungsbehandlung dann noch Thema ist	Nachfolgende Entwöhnungsbehandlung von Dauer des Konzeptes abhängig	
C	30	77	Trennschärfe ist von Dauer und Phasen des Konzeptes abhängig	Dauer und Phasen durch klare Definitionen im Konzept bestimmt	
C	31	78	Aufteilung in Behandlungsphasen fehlt	Keine Behandlungsphasen	
C	31	79	In der Anfangsphase muss ein anderer Schwerpunkt bei Behandlung und Therapie gesetzt werden	Anfangsphase verlangt andere Schwerpunkte der Behandlung	

C	31	80	Fragen zu Ausgang und Kontrolle sind phasenabhängig	Freiheiten und Kontrolle abhängig von Behandlungsphase	K15 Zusätzliche Belastung durch: <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation - Fehlende Ressourcen
C	31	81	Umgang mit Rückfall ist Teil der Behandlung	Umgang mit Rückfall fehlt im Konzept	
C	31	82	Rückfall kann auch in Klinik sein	Konsum auch während Behandlung denkbar	
C	31	83	Vorgehen bei Rückfall ist konzeptionell festzuhalten, weil der Jugendliche und das Team wissen müssen was dann passiert	Umgang mit Rückfall wichtiger Teil eines Konzeptes zum einheitlichen Vorgehen	
C	32	84	Klinikinternes Konzept hat einen wirtschaftlichen Aspekt und entscheidet anders über Gruppengröße	Klinikinternes Konzept eher an Wirtschaftlichkeit orientiert	
C	32	85	Die Gruppengröße muss sich mit dem ausgehandelten Tagessatz tragen	Tagessatz muss an Gruppengröße angepasst sein	
C	32	86	Behandlungsdauer ist wichtige Info für Zuweiser und Jugendliche, weil das besprochen werden muss	Behandlungsdauer ist wichtige Information für Zuweiser und Jugendliche	
C	32	87	Die Frage des Zeitplans ist entscheidend wichtig	Vorliegender Zeitplan ist entscheidend wichtig	

C	34	88	Konzept für Jugendliche und Zuweiser muss die Behandlungsphasen enthalten, weil das mit dem Jugendlichen besprochen werden muss	Konzept muss Behandlungsphasen enthalten	K16 Konzept ist realisierbar, Anpassung auf die Zielgruppe ist notwendig
C	34	89	Für die Freiwilligkeit kann ein Jugendlicher nur gewonnen werden, wenn mehr Freiheiten, Vergünstigungen und Möglichkeiten im Verlauf bestehen	Transparente Strukturen, um Jugendliche für Freiwilligkeit zu gewinnen	
C	34	90	Transparenz ist wichtig, weil das Konzept die Jugendlichen direkt betrifft	Konzept soll transparent umgesetzt werden	
C	35	91	Zusätzlicher Aufwand durch Dokumentation läuft nicht mit	Dokumentation ist zusätzlicher Aufwand	
C	35	92	Mehraufwand wird kostentransparent dokumentiert, um mehr Personal oder Fachstunden genehmigt zu bekommen	Zusätzlicher Aufwand notwendig, um Grundlage für mehr Ressourcen zu schaffen	
C	35	93	Häufig ist benötigtes Personal nicht da und es wird mit den Ressourcen gearbeitet, die da sind	Häufig wird Mehraufwand ohne zusätzliche Ressourcen erbracht	
D	37	94	Konzept ist realisierbar	Realisierbares Konzept	
D	37	95	Abgrenzen der Station zu anderen psychiatrisch Erkrankten wäre sinnvoll	Räumlich abgegrenzte Spezialstation sinnvoll	

D	37	96	Tagsüber fest präsenten Team ermöglicht mehr Bezugsarbeit und erleichtert Ablauf, Übergabe und verhindert Informationsverlust	Festes, präsenten Team für die Zielgruppe notwendig	K17 Unkonkrete Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> - Präsenten Team - Qualifizierung der Mitarbeiter - Behandlungsdauer - Perspektivenklärung/Weiterbehandlung - Aufnahmekriterien
D	37	97	Auf spezieller Station kann Bezugsarbeit ohne ständige Wechsel gemacht werden	Spezialstation ermöglicht verlässliche Bezugsarbeit	
D	38	98	(Suchttherapeutische) Zusatzausbildung der Mitarbeiter ist sinnvoll	(Suchttherapeutische) Zusatzausbildung der Mitarbeiter gewünscht	
D	38	99	Nur durch die Grundausbildung kennen sich viele im Multiteam nicht aus	Grundausbildung deckt notwendige Kenntnisse nicht ab	K18 Fehlende Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> - Festes Team - Arbeitstherapie - Stufenplan zum zeitlichen Ablauf
D	38	100	Arbeitstherapie zur sinnvollen Beschäftigung fehlt	Arbeitstherapie fehlt im Konzept	
D	38	101	Tagesstruktur ist gegeben, aber trotzdem nicht realitätsnah	Tagesstruktur auf Station ist nicht realitätsnah	
D	38	102	Schulischer Bereich wird abgedeckt	Beschulung ist gewährleistet	K19 Begründung ggn. Kostenträger
D	38	103	Arbeitstherapie gibt es im KiJu-Bereich nicht, obwohl ältere Patienten bereits Erfahrungen im Arbeitsbereich haben	Arbeitstherapie sinnvoll, jedoch im KiJu-Bereich nicht umgesetzt	
D	38	104	Ergotherapeutische Angebote gibt es, aber nur minimal	Bedarf an Ergotherapie	

D	38	105	Eine Behandlung unter drei Monaten macht keinen Sinn	Behandlung unter drei Monaten ist nicht zielführend	K20 Mögliche Weiterentwicklung durch Anschlussmaßnahmen vor Ort
D	38	106	Befristung für drei Monate und nach hinten offen lassen wäre praktikabel	Befristete Behandlung mit offener Perspektive ist praktikabel	
D	38	107	Alltagsstrukturierung folgt auf therapeutisches Arbeiten, damit Patienten besser aus dem Loch herauskommen	Alltagsstrukturierung baut auf Therapie auf	K21 Klare Definitionen sind hilfreich
D	38	108	Frage der Differenzierung von anderen Diagnosen	Aufnahmekriterien unklar	
D	38	109	Unklar, ob Patienten mit drogeninduzierten Psychosen selektiert werden sollen	Regelung für unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte fehlt	
D	39	110	Längerer Verlauf bei Psychosen durch medikamentöse Einstellung	Psychotische Patienten haben längeren Behandlungsbedarf	
D	39	111	Zur Resozialisierung wäre ein Stufenplan zur schrittweisen Selbstständigkeit sinnvoll	Auf einen Stufenplan aufbauende Behandlung ist sinnvoll	
D	39	112	Ein Stufenplan hinsichtlich zeitlicher Abstufung macht Sinn	Stufenplan regelt zeitlichen Ablauf	
D	39	113	Erste sechs Wochen beschäftigen sich mit Entzug und Tagesstruktur	Entzug und Tagesstruktur bestimmen erstes Zeitfenster	

D	39	114	Auch drei Monate müssen dem Kostenträger ggn. begründet werden	Behandlungsdauer muss ggn. Kostenträger begründet werden
D	40	115	Stationäre Phase und folgende tagesklinische Anbindung wäre im Sinne ambulanter Nachsorge denkbar	Tagesklinische Anbindung vor Ort als ambulante Nachsorge denkbar
D	40	116	Ansprechpartner im Team ist noch da und monatlicher Kontakt wird gepflegt	Kontakt zu Bezugsbetreuer bleibt bestehen
D	40	117	Weiterbehandlung ist im Konzept eingengt und bedarf konkreter Vorstellungen	Weiterbehandlung ist im Kode zu ungenau beschrieben
D	40-41	118	Absprung vom Geschützten in die Realität kann durch bestehende Beziehungen des stationären Settings besser angeeignet werden	Übergang in ambulantes Setting wird durch bestehende Beziehungen erleichtert
D	41	119	Suchtspezifische Anschlussbehandlung ist schwierig	Schwierige Umsetzung suchtspezifischer Anschlussbehandlung
D	41	120	Absprung in neue Situationen wird beängstigend erlebt	Sich veränderndes Setting schafft Angst
D	41	121	Die Altersgruppe ist weit gefächert	Große Altersdifferenzen
D	41	123	Im Konzept sind Festschreibungen gut	Klare Definitionen sind hilfreich

D	42	124	Zumindest minimale Schulung der Mitarbeiter soll im Konzept festgeschrieben werden	Definition von Mindestqualifikation an Mitarbeiter erforderlich
D	42	125	Geschultes Personal soll aufgrund der oftmals manipulativen Patienten mit ins Konzept aufgenommen werden	Schulung des Personals aufgrund spezieller Zielgruppe soll Teil eines Konzeptes sein
D	42	126	Interne Fortbildungen im Team zur Schulung der Mitarbeiter	Interne Fortbildung der Mitarbeiter
D	42	127	Jeder Neue sollte Ahnung über Suchtmittel und Klienten haben	Wissen über Zielgruppe wird benötigt
D	43	128	Zur Entwicklung eines Konzeptes kann man auf Bestehendes zurückgreifen	Bestehendes Praxiswissen wird bei Konzeptentwicklung genutzt
D	43	129	Anpassung ist notwendig aber genereller Rahmen bleibt gleich	Anpassung von Konzepten auf Zielgruppe notwendig
D	43	130	Rahmen kann auf das Klientel ummodelliert werden	Rahmen muss auf Zielgruppe angepasst werden

Tab. 6: Zweiter Durchgang der Zusammenfassung

Fall	Kat.		Generalisierung	Reduktion
A	K1	Mindeststandards werden inhaltlich praxisnah und gut umsetzbar erlebt	<ul style="list-style-type: none"> • Praxisnahe, gut umsetzbare Mindeststandards 	K'1 Mindeststandards können praxisnah umgesetzt werden
A	K2	Anpassungsbedarf der Inhalte bei <ul style="list-style-type: none"> - Interdisziplinarität - Gesundheits- und Selbstfürsorgetrainings - Einordnung von Trauma - Maßnahmen verlaufsbegleitend definieren - Entwicklungspsychologische Besonderheiten - Suchtspezifische Intensivierung einzelner Maßnahmen - Nahtlose Weiterbehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassungsbedarf der Standards, weil <ul style="list-style-type: none"> - Zielgruppe störungs- und altersspezifische Besonderheiten aufweist - Maßnahmen unterscheiden sich von Fall zu Fall 	K'2 Anpassungs- und Definitionsbedarf der Inhalte durch störungs- und altersspezifische Besonderheiten K'3 Behandlungssetting und therapeutisches Vorgehen ist lückenhaft in den Mindeststandards verankert
A	K3	Fehlende Inhalte sind <ul style="list-style-type: none"> - Impulskontrolle - Ressourcenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Impulskontrolle und Ressourcenarbeit fehlen 	K'4 Mehraufwand ist gut integrierbar, wird aber

A	K4	Umsetzung der Vorgaben führt zu mehr Aufwand, wodurch weniger Zeit für Patienten bleibt	<ul style="list-style-type: none"> • Weniger Patientenkontakt durch Mehraufwand 	<p>durch fehlende Ressourcen zur Belastung</p> <p>K'5 Die Realisierbarkeit des Konzeptes wird durch klares Setting, Transparenz und die Möglichkeit eines individuellen Vorgehens ermöglicht</p>
B	K5	Standards entsprechen Forschungsstand und sind umsetzbar, beständiges Konzept wird positiv bewertet	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle Standards werden beständig umgesetzt 	
B	K6	<p>Konkretisierung der Inhalte wünschenswert bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewegungsangebot - Erlebnistherapie - Schulisches Angebot - Weiterbehandlung - Medikamentöser Behandlung - Setting von Psychoedukation - Behandlungssetting (offen/geschlossen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Unkonkrete Inhalte bez. <ul style="list-style-type: none"> - Ausgestaltung therapeutisch-medizinischen Settings - schulischen Angebots - Weiterbehandlung 	
B	K7	<p>Wichtige aber fehlende Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partizipation - Aromapflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Partizipation, Aromapflege, Akupunktur fehlen 	

		- Akupunktur		
B	K8	Konzept soll Grundregeln enthalten, die individuell anpassbar sind (Umgang mit Gewalt, Nikotinkonsum)	<ul style="list-style-type: none"> • Praxisnahe Umsetzung durch <ul style="list-style-type: none"> - Grundregeln im Konzept - Möglichkeit der individuellen Anpassung 	
B	K9	Mehraufwand durch Dokumentation ist in den Alltag integrierbar; jedoch störungsanfällig	<ul style="list-style-type: none"> • Mehraufwand ist integrierbar und störungsanfällig 	
C	K10	Inhalte sind realistisch und umsetzbar	<ul style="list-style-type: none"> • Inhalte realistisch und umsetzbar 	
C	K11	Umsetzung ist unrealistisch, wenn <ul style="list-style-type: none"> - Spezialstation ist nur Teil einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station - Fehlende Transparenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Umsetzbarkeit durch <ul style="list-style-type: none"> - fehlende räumliche Trennung - fehlende Transparenz 	
C	K12	Unklare Vorgaben bei: <ul style="list-style-type: none"> - Gruppengröße - Behandlungsdauer - Aufnahmekriterien 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppengröße, Behandlungsdauer und Aufnahmekriterien sind zu unklar definiert 	

C	K13	<p>Fehlende Inhalte sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorgehen bei Intensivbehandlung - Belastungserprobung und SEV - Behandlungsphasen - Umgang mit Rückfall 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Inhalte sind <ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit der Intensivbehandlung - Prozess der Wiedereingliederung - Rückfallmanagement 	
C	K14	Ausgestaltung des Kodes von Interessen der Ausgestalter abhängig	• Konzept ist unterschiedlich auslegbar	
C	K15	<p>Zusätzliche Belastung durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation - Fehlende Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> • Belastung durch Mehraufwand und fehlende Ressourcen 	
D	K16	Konzept ist realisierbar, Anpassung auf die Zielgruppe ist notwendig	• Realisierbares Konzept muss sich an Bedürfnissen der Zielgruppe anpassen	
D	K17	<p>Unkonkrete Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Setting der Spezialstation - Präsenten Team - Qualifizierung der Mitarbeiter - Behandlungsdauer 	<ul style="list-style-type: none"> • Unklare Definition von <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungssetting - Zusammensetzung des Teams 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Perspektivenklärung/Weiterbehandlung - Aufnahmekriterien 		
D	K18	Fehlende Inhalte sind <ul style="list-style-type: none"> - „Stammteam“ - Arbeitstherapie - Stufenplan zum zeitlichen Ablauf 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Inhalte sind: <ul style="list-style-type: none"> - Regelung für beständiges Team - Arbeitstherapie - Stufenplan 	
D	K19	Begründung ggn. Kostenträger	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenträger beeinflussen Behandlungssetting 	
D	K20	Mögliche Weiterentwicklung durch Anschlussmaßnahmen vor Ort	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterbehandlung vor Ort umsetzbar 	
D	K21	Klare Definitionen sind hilfreich	<ul style="list-style-type: none"> • Handlungssicherheit durch klare Definitionen 	

4.2 Kategorienbeschreibung

Im folgenden Teil der Thesis werden die fünf Endkategorien aus Tabelle 6 dargestellt. Die Endergebnisse der zweiten Zusammenfassung werden mit Ankerziten aus dem Transkript belegt.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass sich die Mindeststandards des Zusatzkode 9-694 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) bereits praxisnah und realistisch auf den Stationen umsetzen lassen. Die bestehenden Standards sind dabei aber noch teilweise wenig störungs- und altersspezifisch auf die Zielgruppe angepasst. Somit ergibt sich ein Anpassungs- und weiterer Definitionsbedarf der Inhalte, um die theoretischen Vorgaben bez. der Behandlung den Bedarfen der Zielgruppe anpassen zu können. Weiterhin werden das Behandlungssetting sowie therapeutisches Vorgehen als lückenhaft bewertet. Auch hier besteht Erweiterungsbedarf der Mindeststandards, um wirksame Faktoren, die in der Praxis bereits eingesetzt werden, konzeptionell festhalten, umsetzen und überprüfen zu können. Der Mehraufwand, den ein pauschalierendes System wie das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP) mit sich bringt, zeigt sich in der Untersuchung als gut in den Alltag integrierbar, wobei dieser durch fehlende Ressourcen ebenso als belastend wahrgenommen wird. Letztendlich zeigt sich in der Untersuchung ein Konzept auf Grundlage des OPS-Zusatzkode 9-694 als realistisch umsetzbar, wenn klare Vorgaben zum Setting und zur Transparenz der Behandlung vorliegen. Dabei sollen die Standards individuelles Vorgehen der behandelnden Personen nicht einschränken.

K'1 Mindeststandards können praxisnah umgesetzt werden

Die erste Kategorie beschreibt die Bewertung der praktischen Umsetzbarkeit der bestehenden Mindeststandards. Die Expertinnen und Experten konnten die Vorgaben mit ihren praktischen Erfahrungen vergleichen, wobei die Schwerpunkte größtenteils übereinstimmten:

„Vieles davon deckt eigentlich schon unseren Alltag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab“ (I1: 3-4).

Des Weiteren wird die Arbeit nach einem Konzept auf den Mindeststandards aufgebaut als sinnvoll beschrieben, da die Standards als aktuell und relevant bezeichnet werden:

„Ähm, die finde ich schon noch aktuell und relevant. (.) Im Prinzip sind das die, (...) auf die wir achten“ (I2: 50-52).

Ein weiterer Teil, der die praxisnahe Umsetzung beeinflusst, ist die hohe Komplexität, die im OPS-Zusatzkode 9-694 auch durch die zusätzlichen Vorgaben der Regel- und Intensivbehandlung gegeben ist. Die Übertragung dieser Standards in ein Konzept kann aber dennoch übersichtlich gestaltet werden:

„Ja, also das vorliegende Konzept finde ich (...) inhaltlich auch sehr übersichtlich. Die praktische Umsetzbarkeit ist realistisch“ (I3: 1-2).

K`2 Anpassungs- und Definitionsbedarf der Inhalte durch störungs- und altersspezifische Besonderheiten

Inhaltlich zeigt sich der Kode immer wieder an den Behandlungsrichtlinien von Erwachsenen orientiert. Der spezielle kinder- und jugendpsychiatrische Blick hat bei dieser spezifischen Zielgruppe aber große Bedeutung. So müssen hierbei andere Ansatzpunkte wie das Einbeziehen wichtiger Systeme mit in die Behandlung integriert werden. In den bestehenden Mindeststandards bildet sich dies aktuell noch nicht ab:

„Ähm, und ich würde auch (.) reinschreiben, dass das Wesentliche eben die therapeutische Anbehandlung der Komorbidität im Einzel- und im Familiensetting ist und das ist ja eine Besonderheit des kinder- und jugendpsychiatrischen Settings im Vergleich zum Erwachsenen. Da kann man es im familiären Setting auch nochmal die komorbide Erkrankung mit behandeln“ (I1: 392-396).

Weiterhin wird ersichtlich, dass es aus aktueller Forschung Erkenntnisse gibt, die so im Kode noch sehr offen formuliert werden. So wird die Weiterbehandlung im Kode erwähnt, jedoch spiegelt sich die Notwendigkeit eines direkten Übergangs samt Aufnahme in eine Weiterbehandlung nicht wieder:

„Dann beim nächsten Punkt: "Motivierung problemspezifischer Weiterbehandlung und Vermittlung oder Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlungen", da ist mir noch aufgefallen, dass eigentlich ja auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Empfehlung von den Fachgesellschaften ist, wenn eine Abhängigkeitserkrankung vorliegt plus eine Komorbidität braucht es eigentlich ein längerfristiges suchtspezifische weitere Behandlung. Das ist ähm, und dann muss man wissen, es ist natürlich eigentlich auch ähm, direkte Aufnahme in der weiteren Behandlung braucht. Etwas was uns bisher im Krankenhaus oft noch schwer gemacht wird oder was auch eben/ was ich jetzt zum Beispiel wünschenswert finde, wenn dieser Sucht-Kode das auch mit aufnimmt gell“ (I1: 321-330).

Zu störungsspezifischen Besonderheiten, die die Behandlung einer Suchterkrankung im Kindes- und Jugendalter mit sich bringt, ist auch das räumliche Setting zugeordnet. So wird die im Kode beschriebene, Spezialstation nicht eindeutig definiert. Doch vor allem diese Zielgruppe benötigt ein spezialisiertes Angebot:

„Also ist es ein Bereich, was man doch abgrenzt von den anderen psychiatrischen Erkrankungen? Das wäre sinnvoll finde ich, weil das Team ähm, müsste nicht immer zwischen den psychiatrischen Klienten und eben ähm, (.) speziell jetzt bei den Suchterkrankten dann ähm, springen. Und das erleichtert glaube ich auch überhaupt den Ablauf, die Übergabe, dass da keine Informationen verloren gehen“ (I4: 6-11).

K'3 Behandlungssetting und therapeutisches Vorgehen ist lückenhaft in den Mindeststandards verankert

Das evaluierte Konzept zeigt die Mindeststandards mit den dazugehörigen Schwerpunkten der therapeutischen Behandlung auf. Die Behandelnden beschreiben dahingehend das Fehlen von Vorgaben und Standards, die das Behandlungssetting an sich

betrachten. Somit fehlt von vorne herein eine klare Linie, welche Schwerpunkte zu welchem Teil der Behandlung zugeordnet sind:

„So ein bisschen/ mir fehlt ein bisschen auch die Aufteilung in den, (.) ja, in die Behandlungsphasen, weil ich mir vorstellen kann, dass in der Anfangsphase einfach einen anderen Schwerpunkt setzen muss. In der Behandlung, auch was die Funktionstherapien angeht, als am Ende hin“ (I3: 54-57).

Die Aufteilung des therapeutischen Bereichs erfolgt durch die im Kode genannten Mindestmerkmale im vorliegenden Behandlungskonzept. Diese sind oftmals sehr allgemein gehalten, was eine unterschiedliche Auslegung der Konzepte bedeuten kann. Auch wenn eine Vollständigkeit dieser Überpunkte unrealistisch ist, gilt es die praktischen Erfahrungen hinsichtlich Behandlungsschwerpunkten zu überprüfen und Fehlendes mit aufzunehmen:

„Da fehlt mir noch die Affektwahrnehmung, die Affektkontrolle, Impulskontrolle, gell. Die Patienten im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting, die sehen wir bei den Komorbiditäten häufig ähm, (.) Sozialverhaltensstörung, nicht ausreichend behandelte ADHS, Entwicklungsstörungen im Sinne von ähm, Sprachstörungen neben dem ADHS und die gehen alle mit einer reduzierten Impulskontrolle einher. (...) Da merkt man, dass es dann zu einer Verbesserung des Selbstvertrauens kommt und gleichzeitig eben dieses Gefühle wahrnehmen, Gefühle benennen können, sich Hilfe holen können zur Regulation von Gefühlen und Impulskontrolle. Alles was zu Impulskontrolle dazugehört. (...) So die Frage, ob das da richtig untergebracht ist oder ob es da nicht einfach therapeutischer/ also für mich ist das ein klassisches psychotherapeutisches Arbeiten“ (I1: 223-243).

Die Aufnahme von Rückfallmanagement/Rückfallprophylaxe ist ein wichtiger Punkt in der Arbeit mit suchterkrankten Kindern und Jugendlichen. Die Frage, wie sich die einzelnen Stationen dahingehend positionieren sei dahingestellt, jedoch ist dies ein wichtiger Inhalt der Behandlungsplanung:

„Das eine gehört für mich zur Behandlung dazu, dass man einfach über Rückfall/ also Rückfall thematisiert (...) Dann muss der ja wissen: "Was passiert mit mir?" Gibt es da Stufen in diesem gesamten ähm, Konzept, wo der wieder zurückfällt? Wo der vielleicht innerhalb der Station Vergünstigungen hat, die er dann nicht mehr hat und wie das gehandelt wird. (...) Also für mich ist die Frage beides. Also Rückfall kann ja auch in

der Klinik sein aber auch wenn diese Belastungserprobung tatsächlich mit im Plan ist, dann habe ich natürlich da eine höhere Rückfallquote und -gefährdung“ (I3: 65-75).

K4 Mehraufwand ist gut integrierbar, wird aber durch fehlende Ressourcen zur Belastung

Die Verwendung des Zusatzkodes 9-694 verlangt nicht nur die Erfüllung der eigenen Mindeststandards, sondern ebenso die Einhaltung der Vorgaben des Zusatzkodes 9-65 beziehungsweise 9-67 des Operationen- und Prozedurenschlüssel. Der zusätzliche Aufwand der Dokumentation lässt sich dabei in den Stationsalltag integrieren:

„Ähm, das funktioniert inzwischen ganz gut. Es gibt halt mal Lücken (...) aber im Großen und Ganzen ist das schon ein bisschen in die/ in den Alltag übergegangen“ (I2: 78-81).

Durch die Transparenz der geleisteten Arbeit am Patienten kann die Klinik den Mehraufwand nachweisen und somit mehr Personal oder Fachstunden genehmigt bekommen. Eine zusätzliche Belastung bleibt der Mehraufwand allerdings, wenn dieser anhaltend mit den gleichen Ressourcen abgearbeitet werden muss:

„Also das ist ja auch der Hintergrund von diesen ähm/ dass man diesen Aufwand auch wirklich transparenter und ähm, also kostentransparenter macht. Aber häufig ist es halt so, dass das Personal nicht da ist und ähm, halt mit den Ressourcen gearbeitet wird, die da sind.“ (I3: 122-125).

Gleichbleibende Rahmenbedingungen und steigende Anforderungen an Behandelnde werden als belastend erlebt, wodurch die Spanne zwischen theoretischen Vorgaben und praktischer Umsetzbarkeit auseinanderklafft:

„Das führt zu einem enormen Druck bei den Kliniken. Man muss immer darauf achten, dass man alle ähm, Dokumentationsvorgaben dann auch erfüllt. Wobei ich glaube, das ist hier das Problem, wie diese Codes ausgelegt werden vom Gesundheitssystem und nicht prinzipiell das Problem der Codes. Das ist ein Problem vom psychiatrischen Entgeltsystem“ (I1: 482-486)

K'5 Die Realisierbarkeit des Konzeptes wird durch klares Setting, Transparenz und die Möglichkeit eines individuellen Vorgehens ermöglicht

Die Strukturierung des Behandlungsablaufs unterliegt, je nach individuellem Verlauf, verschiedenen Phasen und ist demnach für Behandelnde und Erkrankte transparent zu gestalten. Dahingehend ist ein klares Setting, beispielsweise durch einen Stufenplan, zu schaffen. Dieser wird bereits in verschiedenen Stationen genutzt, findet sich jedoch nicht in den Mindeststandards wider:

„Und eben das andere wäre eben diese Resozialisierung also spricht ähm, gibt es da einen Stufenplan oder wäre das sinnvoll zum Beispiel zu sagen, man hat, weiß ich nicht, befristet sechs Wochen und dann kommt man in die zweite Stufe und dann in die dritte Stufe und dann in die/ tatsächlich ähm, Selbstständigkeit. (...) Macht das Sinn? (.) Meiner Meinung nach ja (I4: 65-73).

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen verlangt nach dem OPS-Zusatzcode 9-694 die Behandlung in einem hochstrukturierten therapeutischen Milieu, welches die Möglichkeiten des Einbringens der Erkrankten in den Behandlungsprozess außer Acht lässt:

„Ähm, beim letzten Punkt "Rahmenbedingungen des Stationsgeschehens" wäre noch wichtig für die Partizipation der Jugendlichen zu erwähnen, also in welchem Bereich können die mitreden und ihre eigenen Interessen vertreten“ (I2: 29-32)?

Ein Konzept, das die fallbezogene Freiheit eines individuellen Behandlungsplanes durch zu starre Vorgaben einschränkt, würde den besonderen Herausforderungen der Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher nicht Rechnung tragen. Somit gilt es, die Behandlungsschwerpunkte nach wissenschaftlichen Standards und praktischen Erfahrungen der Behandelnden auszurichten und die Inhalte auf den individuellen Fall hin anpassbar zu gestalten:

„Ähm, ich denke Regeln sind ja immer so ein bisschen ähm, was so auch immer wieder auch überarbeitet werden und so weiter. Ein Konzept ist ja was, wo über einen längeren Zeitraum Bestand haben soll, von dem her ähm, würde ich nicht jede Regel schon konkret benennen wie sie lautet aber vielleicht einen Hinweis darauf, dass eben beispielhaft die Medikamente angeht im Jugend-Sucht-Setting, das man da sorgfältig und

gerade mit Medikamenten eine genaue Abwägung erforderlich ist. Ähm, also was das eigene Missbrauchsrisiko angeht, da braucht die Weitergabe, das erleben wir ja auch oft. Und auch, dass eben eine altersspezifische Rauchregelung gefunden werden muss. (.) Also darauf hinweisen, dass es eine Regelung zu dem Thema braucht und die Regelung selber würde ich separat formulieren“ (I2: 39-48).

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel wird die praktische Umsetzbarkeit des Zusatzkodes 9-694 diskutiert. Um die Vorgaben des Entgeltsystems mit den Anforderungen der Praxis angemessen vergleichen zu können, wird zunächst abgewägt, wie sich die aktuelle Umsetzung eines Konzeptes auf Grundlage der Vorgaben gestalten lässt. Dabei werden strukturelle Herausforderungen sowie praxisnahe und realisierbare Inhalte genauer beschrieben. Somit entsteht ein erster Überblick über den Transfer der Theorie in die Praxis sowie die Aktualität hinsichtlich des momentanen Forschungsstandes. Der Ressourcenverbrauch eines Krankenhauses wird nach dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (2019: 2) in Bezug zu Anzahl und Art behandelter Krankenhaufälle gesetzt. Im Fall von psychischen Erkrankungen ist dies zu diskutieren, da diese im Vergleich zu somatischen Erkrankungen bez. Ausprägung und Behandlung höchst individuell zu betrachten sind. Es stellt sich somit die Frage, in welchem Maß ein pauschalierendes Entgeltsystem individuelles Handeln zulässt.

Beschäftigt man sich mit den Mindeststandards des Zusatzkodes 9-694 des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) wird schnell ersichtlich, dass die spezielle Zielgruppe eine endgültige und vollständige Erfassung der Problemlagen und Bedarfe nicht zulässt. Auf Grundlage der aktuellen Forschung und Einschätzungen der Expertinnen und Experten werden mögliche Weiterentwicklungen hinsichtlich Behandlungssetting und methodischer Vorgehensweise näher beschrieben. Die Ergebnisse und die möglichen Weiterentwicklungen werden nach hierarchischer Nennung im Behandlungskonzept (Anhang III) gegliedert und zusammengefasst in Tabelle 7 dargestellt. Die vorgeschlagenen Änderungen sind dabei unterstrichen. Da der OPS-Kode 9-694 ein Zusatzkode ist, wäre die alleinige Diskussion der Mindeststandards ohne Berücksichtigung der weiteren Vorgaben der Primärkodes nicht ausreichend, um die praktische Umsetzung bewerten zu können. Daher bezieht sich das folgende Kapitel auf die Vorgaben des Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2019, Vorabversion 2020) bez. der Mindeststandards des OPS-Kodes 9-694 zur spezifischen Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen sowie auf die Vorgaben des psychiatrischen Entgeltsystems hinsichtlich der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und

Jugendlichen (9-65) und der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-67).

5.1 Herausforderungen und Umsetzung aktueller Vorgaben

Der Umsetzung aktueller Vorgaben und Mindestmerkmale der Behandlungskodes stehen strukturelle Herausforderungen bez. Mehraufwand, personaler Situation sowie der Strukturierung des deutschen Gesundheitssystems gegenüber.

Standards zu schaffen und diese hinsichtlich aktueller Entwicklungen umzusetzen sollte stets mit der begleitenden Überprüfung eben dieser einhergehen. Hierbei geht es einerseits um die Qualitätssicherung der Behandlung, um eine möglichst professionelle Herangehensweise zu ermöglichen und andererseits um das Nachweisen der erbrachten Leistungen gegenüber den Kostenträgern. Dies bedeutet in der Praxis einen deutlichen Mehraufwand, den es durch die zu Behandelnden zu leisten gilt.

„Mit Einführung des PEPP-Systems haben die Anforderungen an die Leistungserfassung psychiatrischer sowie psychosomatischer Behandlungsfälle erheblich zugenommen“ (Drösler et al., 2018: 63).

Der Nachweis der erbrachten Leistungen verlangt die Auseinandersetzung mit den Vorgaben und der damit einhergehenden Dokumentation. Oftmals wird diese zusätzliche Arbeitsleistung mit in den Alltag integriert, ohne zeitliche und/oder personale Ressourcen dafür zu schaffen. Dies betrifft die Umsetzung der Kodes, Berichtswesen und zusätzliche Anträge zur weiteren Behandlung. Die Überprüfbarkeit der Erfüllung der Standards mit in den Arbeitsalltag zu integrieren bedeutet sicherlich die fachliche Weiterentwicklung der Behandelnden als Methode der Qualitätssicherung der Behandlung. Es besteht jedoch die Gefahr, dass ohne zusätzliche Ressourcen die Zeit an anderen Stellen eingespart werden muss. Dies ist besonders bedenklich, wenn die Zeit durch den Mehraufwand zur Umsetzung von Standards und Vorgaben am Patientenkontakt gekürzt wird. Laut dem Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) (2019) bieten psychiatrische Kliniken einen sicheren Ort der Behandlung, der

ebenfalls zur Aufgabe hat, eine gewisse Normalität zu erhalten. Durch die momentanen Vorgaben und Sanktionen fürchten viele Kliniken um deren Bestand, was eine wohnortnahe Krankenhausversorgung gefährdet. Diskutiert man die Weiterentwicklung der Standards, muss die Umsetzbarkeit so gestaltet werden, dass der Aufwand in Hinblick auf den Bedarf der Klientel verhältnismäßig bleibt. Ansonsten würde dies eine Verschlechterung der Behandlungsqualität bedeuten.

Durch die Aussagen der Expertinnen und Experten in Kapitel 4 wurde deutlich, dass durch die derzeitigen Anforderungen bereits jetzt wichtige Behandlungsschwerpunkte nicht ausreichend realisierbar sind. Dies betrifft beispielsweise die Stabilisierung der familiären und psychosozialen Situation, welche hohen Organisationsaufwand und flexibles Handeln der Behandelnden verlangt. Ungünstige psychosoziale Lebensbedingungen führen zu weiterer Belastung (BMG, 2017: 7 f.), weshalb die Arbeit im familiären Setting entscheidend wichtig für die Zeit nach der stationären Behandlung ist. Dies gilt es vor allem zu beachten, wenn eventuelle Anschlussmaßnahmen nicht lückenlos an die Behandlung folgen können. Fehlendes Personal und immer komplexer werdende Standards und Behandlungsempfehlungen bieten weniger Zeit für die inhaltliche Umsetzung der Vorgaben, was zur Überforderung der Behandelnden und zunehmend fehlender Praxisnähe führen kann. Laut Aussagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) (2019) werden in deutschen Krankenhäusern täglich mehr als eine Millionen Arbeitsstunden an bürokratischen Aufwand erbracht, was an der Patientenversorgung fehlt. Noch dringlicher verweist der VKD (2019: 1) darauf, dass die Regelungen zur personalen Mindestausstattung nicht ausreichend sind, um gesetzlich vorgegebene Qualitätsziele erreichen zu können. Die Einhaltung der Regelungen ist aber notwendig, um mögliche Kürzungen oder Sanktionen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu vermeiden. Die bis jetzt schon große Menge an Standards lässt den Aufwand der Behandlung von substanzbedingten Störungen im Kindes- und Jugendalter erkennen und spiegelt somit den Praxisalltag wider. Die Umsetzung weiterer Vorgaben und die Implementierung zusätzlicher Konzepte bedürfen also nicht nur den Blick hinsichtlich Aktualität und Bedarfen der Zielgruppe, sondern auch des Arbeitsaufwands und nötiger personaler, flexibel angepasster Ressourcen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Theorie die bestmögliche Umsetzung aufzeigt, diese aber unmöglich in die Praxis umzusetzen ist. Der VKD (2019: 4) setzt sich dahingehend für die Aufhebung stationsbezogener Nachweispflichten ein, um einen

„unverhältnismäßigen Dokumentations- und Nachweisaufwand für die dringend in der Behandlung benötigten Fachkräfte zu vermeiden.“ Der Bürokratieaufwand entzieht Fachkräfte der unmittelbaren Behandlung am Patienten.

„Insbesondere die Prozedurendokumentation nach Behandlungssetting, Intensität der Behandlung sowie Anzahl der Therapieeinheiten, jeweils separat für die Berufsgruppen ärztlicher Dienst, Pflegedienst, therapeutischer Dienst sowie psychologischer Dienst, ist umfangreich“ (Drösler et al., 2018: 63).

Durch den deutlich steigenden Verwaltungsaufwand gilt es, die Melde- und Nachweispflichten zu strukturieren und beispielsweise durch einen vom VKD (2019) empfohlenen Qualitätssicherungszuschlag zu kompensieren.

Des Weiteren zeigt die Evaluation der Mindeststandards nicht nur Bedarfe der Klientel, sondern auch Bedarfe der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems an sich auf. So wird die stationäre Therapie als klinischer Konsenspunkt der Behandlungsempfehlungen genannt (AWMF, 2016: 225 ff.). Oftmals ist dies aufgrund der Versorgungslücke im deutschen Gesundheitssystem aber nicht möglich und stellt laut Deutscher Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2018: 62 f.) besonders für junge Erwachsene eine große Herausforderung dar. Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) belegt den Mangel an jugendspezifischen Einrichtungen, die Abhängigkeits- und Suchterkrankungen versorgen (2018) und in vielen Regionen fehlen entsprechende Angebote vollständig (DGKJP; BAG; BKJPP, 2012: 6). Des Weiteren stellt die Möglichkeit der Anschlussbehandlung Behandelnde oftmals vor große Herausforderungen. So ist das Ende einer stationären Behandlung im Mai fraglich sinnvoll, wenn eine Anschlussmaßnahme erst im September starten kann. Dies bedeutet große Verunsicherung auf Seiten der Klientel und Behandelnden und führt zur Gefährdung der Behandlungserfolge. Die eklatante Versorgungslücke stellt für Thomasius (2008: 46) die Verhinderung einer unverzüglichen Behandlung dar. Verschiedene Fachgesellschaften (DFKJP; BAG; BKJPP, 2012: 6) zeigen auf, dass diese Verhinderung einer unverzüglichen Behandlung das Fortschreiten der negativen Entwicklung einer Suchterkrankung forciert. Die Umsetzbarkeit verschiedener Standards und Vorgaben ist daher nicht nur von der Klientel, sondern ebenso den Möglichkeiten des Gesundheitssystems abhängig.

Die Vorgaben im deutschen Gesundheitssystem sollten eine möglichst professionelle Behandlung der Zielgruppe gewährleisten und sich in der Weiterentwicklung daraufhin konzentrieren. Um diese Entwicklung bewerten zu können müssen die Vorgaben anhand der Erfahrungen von Behandelnden sowie aktueller Forschung diskutiert werden.

Die Menge der Mindeststandards im Kode 9-694 zeigt den Aufwand und die Komplexität, die Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter mit sich bringen. Dies belegt auch Wendt (2017: 18), da zahlreiche Faktoren bei der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung eine Rolle spielen. Insgesamt bestehen die Mindeststandards aus umsetzbaren Basics, die sich durch eine meist offene Formulierung noch individuell auf die Bedarfe der Klientel anpassen lassen. Zu viele oder zu eingegrenzte Vorgaben würden die Behandlungsfreiheit einschränken und die Übersicht erschweren. Dabei müssen die Überpunkte aber unbedingt entwicklungspsychologische Überlegungen einbeziehen, da sich im Kindes- und Jugendalter, auch bei gleichem Alter, verschiedene Reifungsgrade und zu bestehende Entwicklungsaufgaben erkennen lassen. Die positive Bewältigung der Entwicklungsaufgaben ist laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001: 16 f.) folglich wichtige Grundlage für die anstehenden Aufgaben. Besonderheiten müssen also in den Behandlungsplan verstärkt einbezogen werden, was durch die Einteilung in Überbegriffen umsetzbar ist. So ermöglicht die freie Ausgestaltung beispielsweise basales Arbeiten (Thematisierung von [Schlaf-]Hygiene), das bei vielen Suchterkrankten, vor allem bei vernachlässigten Kindern und Jugendlichen, notwendig ist. Somit ist der Blick auf standardisierte Instrumente zur Klassifizierung der Abhängigkeit (Dilling et al., 2016: 88 f.) sowie begleitende Umstände der Suchterkrankung zu richten. Dies zu integrieren nimmt viel Zeit in Anspruch, ist aber ein wichtiger Teil der Behandlungsplanung. Diese Festschreibungen/Definitionen ermöglichen auch ein klares Umsetzen und erleichtern den Nachweis, dass die Leistung wirklich erbracht wurde. Klare Vorgaben können also auch den Alltag erleichtern und Handlungssicherheit für die Behandelnden bedeuten. Bei den vielen Vorteilen der freien Ausgestaltung ist stets auf die individuelle Ausrichtung auf die Bedarfe der Klientel zu achten. So gilt es zu überprüfen, welche Interessensgruppen hinter der Ausgestaltung einzelner Mindeststandards stehen. Der große Aufwand durch Begründung, Dokumentation und Erfüllen der Standards kann so weniger Zeit am Patienten oder eine „abgespeckte“ Behandlung bedeuten, um Ressourcen zu sparen. Diese wirtschaftlichen Überlegungen sollten unter Einbeziehung aller am

Behandlungsprozess Beteiligten diskutiert werden, sich jedoch nicht auf die individuelle Behandlungsplanung auswirken. Versucht man so beispielsweise eine möglichst schnelle Behandlungsdauer anzuvisieren um Kosten zu sparen, werden möglicherweise wichtige Inhalte zu kurz behandelt. First (2017: 3 ff.) beschreibt Erkenntnisse über das soziale Umfeld und der Familien als wichtige Informationen bez. des Konsumverhaltens und anderer psychiatrischer Symptome, deren Einholung aber Beziehungsarbeit bedeutet und somit Zeit in Anspruch nimmt. Klein (2018) zeigt dahingehend auf, dass Familiensysteme durch Abhängigkeitserkrankungen permanent beeinflusst werden. Die Nichtbeachtung, beispielsweise des sozialen Systems, durch Beschneidung der Behandlungskosten kann die Rückfallgefährdung deutlich erhöhen und so einen wirtschaftlichen Mehraufwand aufgrund nachfolgender Behandlungen bedeuten. Dahingehend zeigen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2016: 84), dass weiterführende Diagnostik und Therapie erst unter abstinenter Bedingungen möglich sind. Dies schließt eine ausschließlich auf wirtschaftliche Interessen hin ausgerichtete Behandlungsdauer aus. Nach Kuntz et al. (2018: 45 f.) ist dem Gesundheitsverhalten Minderjähriger auch deshalb große Bedeutung zuzuschreiben, weil sich die gewohnten Muster oftmals bis in das Erwachsenenalter erstrecken. Eine zu wirtschaftliche Orientierung vernachlässigt das individuelle Gesundheitsverhalten und konzentriert sich eher auf starre Vorgaben. Dies wird dem Bedarf der Zielgruppe keinesfalls gerecht.

Die Intensivkriterien sind angemessen definiert und zeigen klar überprüfbare Anhaltspunkte zur Einstufung der Patientinnen und Patienten auf. Die Bedeutung der multiprofessionellen Teamarbeit, die auch Bilke-Hentsch & Leménager (2019: 55 f.) beschreiben, ist im Primärkode 9-65 aufgenommen und ein wichtiger Teil multidisziplinärer Behandlungsplanung. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen stellt die Behandlung im Familiensetting einen wichtigen Faktor dar, was sich auch durchgehend in den Behandlungsempfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2016: 225 ff.) zeigt. Die familiäre Ressource ist nach Küstner et al. (2005: 223 ff.) eine große Unterstützungsmöglichkeit bei der Bewältigung von Suchterkrankungen. Hier unterscheidet sich die Behandlung deutlich vom Erwachsenensetting, wodurch sich der Bedarf der genannten Familienarbeit im Kode zeigt. Durch die Erkenntnisse von Adoptionsstudien, wonach Kinder

alkoholabhängiger Eltern öfter selbst eine solche Problematik entwickeln (Romelspacher, 1999: 28 f.) ermöglicht die Familienarbeit das Einbeziehen dieser Thematik in den Behandlungsprozess. Die Thematisierung familiärer Suchtstrukturen ermöglicht Behandlungserfolge, die sich positiv auf die Zeit nach der stationären Behandlung auswirken können. Ebenfalls unterscheidet sich die somatische Befunderhebung bei Kindern und Jugendlichen zu jener der Erwachsenen. Die S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen (AWMF, 2016: 245) verweist dahingehend auf die Notwendigkeit geschlechts- und altersspezifischer Erkenntnisse. In der somatischen Befunderhebung unterscheidet sich der Bedarf vor allem in den insgesamt kürzeren Konsumzeiten von Kindern und Jugendlichen, wobei dies die Notwendigkeit einer Abklärung nicht verringert. So ist auch eine Vernetzung zu somatischen Behandlungsangeboten in manchen Fällen indiziert, beispielsweise bei zahnärztlichen- und HNO-Untersuchungen aufgrund der physischen Schäden durch Amphetaminkonsum.

Das Einbeziehen schulischer Maßnahmen in ein Rahmenkonzept ist für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung, da der mögliche Ausblick zunächst Motivations- und später Stabilisierungsfaktor ist. Nach den Behandlungsleitlinien der AWMF (2016: 225 ff.) ist die Klinikschule auch als klinischer Konsenspunkt mit in die Behandlung aufzunehmen. Die DHS (2018: 63) beschreibt die schulische Perspektivenklärung ergänzend als wichtiges Ziel der Postakutbehandlung. Die genannte schulische/berufliche Wiedereingliederung ist vor allem auch eine Entwicklungsaufgabe der Zielgruppe (BZgA: 2001: 16 f.), welche oftmals Unterstützung und Begleitung bei der Strukturierung der Anforderungen und beim Umgang mit dem herrschenden (Leistungs-) Druck benötigt. Ebenso ist die juristische und sozialrechtliche Klärung ein wichtiger Punkt im Zusatzkode. Zum einen können bestehende Auflagen einen großen Motivationsfaktor darstellen und den Erfolg der Behandlung signifikant erhöhen (Bilke-Hentsch & Leménager, 2019: 55 f.), was die Bedeutung einer Thematisierung von Straffälligkeit aufzeigt (Tretter, 2000: 59 f.). Zum anderen ist die Begleitung und Klärung der genannten Themen ein wichtiger Bestandteil der Beziehungsgestaltung mit der Klientel, was sich wiederum positiv auf die Gesamtmotivation während der Maßnahme auswirken kann.

Die Spezialstation, die im Kode 9-694 verlangt wird, soll sich durch ein hochstrukturiertes therapeutisches Milieu auszeichnen. So beschreibt Barth (2011: 272) Tagesstruktur als wichtigen Faktor in der Behandlung, da diese oftmals durch den Verlauf

der Erkrankung verloren gegangen ist. Eine verlässliche Tagesstruktur zu erleben ist eine wichtige Grundlage, damit sich die Suchterkrankten in der Zeit nach der stationären Behandlung selbst nachhaltig strukturieren können. So entwickelt sich die Fähigkeit, sich im Alltag zurechtzufinden und konsumfreie Zeiten sinnvoll mit Aktivitäten und Beschäftigung zu füllen.

Durch die Vorgaben der Primärkodes sind psychiatrische Kliniken in der Handhabung bestimmter Standards bereits erfahren. Die beständige Umsetzung erleichtert eine Anpassung, beispielsweise auf suchterkrankte Kinder und Jugendliche, wenn eine solche Spezialstation neu gegründet wird. Man kann also auf ein bestehendes System zurückgreifen, was die Entwicklung und Implementierung neuer Bereiche im Versorgungssystem beschleunigt und Ressourcen und Kosten bez. der Entstehung schont. All dies trägt zur Schließung der Versorgungslücke, die Thomasius (2008: 46) beschreibt bei. Dennoch gilt es, sich mit den speziellen Vorgaben und Besonderheiten im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich auseinanderzusetzen und das Setting auf die speziellen Bedürfnisse anzupassen. Nach Thomasius (2008: 47) verlangt dieses Vorgehen die Vernetzung verschiedener Kostenträger und Leistungserbringer, um einen strukturierten Hilfeprozess gewährleisten zu können.

5.2 Weiterentwicklung: Behandlungssetting

Das Behandlungssetting ist ein wesentlicher Bestandteil eines jeden Konzeptes. Dabei ist dieses nicht als starres System zu verstehen, sondern soll sich durch Überprüfung der Möglichkeiten der Umsetzung und Bedarfen der Klientel verändern und ausrichten.

Es stellt sich zunächst die Frage, wie die interdisziplinäre Behandlung im Kode beschrieben wird. Die Verantwortung der ärztlichen Leitung wird beschrieben, jedoch ist die multiprofessionelle Umsetzung des Behandlungsplanes eher kurzgehalten. Aufgrund der unterschiedlichen Bedarfe der Zielgruppe hinsichtlich körperbezogener, psychotherapeutischer und umweltzentrierter Maßnahmen (Herpertz-Dahlmann, 2008: 341) ist eine multiprofessionelle Behandlung nötig, um die Erfüllung von Qualitätsstandards in der Behandlung zu gewährleisten. Gestaltungsmöglichkeiten verschiedener

Berufsgruppen, vor allem im Pflege- und Erziehungsdienst, die die Patientinnen und Patienten den längsten Zeitraum über begleiten, sind nicht geregelt. Bleibt die Behandlungsplanung derart ungenau beschrieben, kann dies eine beschränkte Handlungsfreiheit, beispielsweise bei pädagogischen Ansätzen und Interventionen bestimmter Berufsgruppen bedeuten, was dem Bedarf der Zielgruppe aber nicht gerecht wird. Barth (2011: 272) beschreibt die Bedeutung von Regeln pädagogischen Arbeitens mit dem vielmals einhergehenden Strukturverlust durch Pubertät und Sucht. Ein hierarchisch gegliedertes System, wie es oftmals in Kliniken vorkommt, wirkt sich somit auf die Qualität der Behandlung aus. Die Behandlungsplanung soll laut Kode durch mindestens zwei unterschiedliche Berufsgruppen erfolgen. Durch die Vielzahl der an der Klientel Behandelnden wirkt diese Eingrenzung wenig ausreichend und oberflächlich. Das große Aufgabengebiet interdisziplinärer Behandlungsplanung (Bilke-Hentsch & Leménager, 2019: 55 f.) stellt dies nochmals heraus. Die fehlende Vernetzung im Behandlungsverlauf von substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter wird den bio-psycho-sozialen Bedingungsgefügen des Krankheitsbildes nicht gerecht. Die Betonung der multidisziplinären Behandlungsplanung im Spannungsfeld von Droge, Person und Umwelt (Wendt, 2017: 18) und die Einbeziehung pädagogisch-therapeutischer Behandlungsplanung ist dringend als Standard zu formulieren.

Das Behandlungssetting erstreckt sich ebenso auf bestimmte Teilbereiche auf therapeutischer Ebene. Die Psychoedukation ist neben der „*Aufklärung über Abhängigkeits-erkrankungen*“ nur bei den Intensivmerkmalen als ärztlich-psychologisches Verfahren genannt (DIMDI, 2019). Im Kode ist weiterhin die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren in unterschiedlichen Kombinationen mit inbegriffen. Wie diese „unterschiedlichen Kombinationen“ definiert werden bleibt offen, jedoch könnte man unter diesem Ausdruck die Möglichkeit des Einzel- und Gruppensettings bei verschiedenen Therapieverfahren interpretieren. Auch wenn diese Settingfrage dort verortet werden kann, ist dies zu ungenau definiert, wenn man die positiven Effekte gruppentherapeutischer Angebote berücksichtigt. Die Rückmeldungen der Peergroup werden häufig deutlich besser angenommen als die von Behandelnden. Verschiedene Fachgesellschaften (DGKJP; BAG; BKJPP, 2012: 6) nehmen die Notwendigkeit gruppentherapeutischer Angebote zur Erreichung optimaler Behandlungsbedingungen dahingehend mit auf. Die Möglichkeit, bestimmte Verfahren und Angebote bei Bedarf im

Einzel- und/oder Gruppensetting anzubieten, ist aufgrund der Empfehlungen und gut überprüften Wirksamkeit in den Standards zu nennen.

Standards und Vorgaben im Gesundheitssystem bringen nicht nur Mehraufwand, sondern sollen vor allem die professionelle Behandlung der Patientinnen und Patienten gewährleisten. Weiterhin schaffen solche Festlegungen Handlungssicherheit für Behandelnde und tragen zur Optimierung der Transparenz für Team und Zielgruppe bei. Dies zeigt sich besonders in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die ein klares pädagogisches Rahmenkonzept benötigen.

„Der strukturierte Behandlungsrahmen muss einerseits den individuellen Erfordernissen der Patienten gerecht werden und andererseits durch transparente Vorgaben und Regelwerke einen angemessenen Orientierungsrahmen für den Jugendlichen zur Verfügung stellen“ (DGKJP; BAG; BKJPP: 2012: 3).

Unicef (1989) schließt in der Kinderrechtskonvention unter anderem das Recht jedes einzelnen Kindes, auf Partizipation bez. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung, mit ein. Bei psychischen Erkrankungen kann die Fähigkeit zur Selbstbestimmung teilweise erheblich beeinträchtigt sein, vor allem bei einem Schweregrad, der eine stationäre Behandlung indiziert. Im Sinne einer stationären Behandlung ist das Recht zur Selbstbestimmung von vorne herein bereits beschränkt, kann durch die Aufnahme in den betreffenden Konzepten jedoch realisiert werden. Der VKD (2019) verweist auf das Erfordernis, ausreichend zeitliche und personelle Kapazitäten zu schaffen, um eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglichen zu können. Die mögliche Partizipation der Kinder und Jugendlichen fehlt in Primärkodes sowie im Zusatzkode. Barth (2011: 272) beschreibt, dass Strukturen in bestimmter Form veränderbar sein sollen. So bleiben sie bearbeitbar und können von den Kindern und Jugendlichen als positiv erlebt und bewertet werden. Durch das Mitspracherecht und die Möglichkeit sich in einem festgelegten Rahmen mitzuteilen, wird auch die Selbstwirksamkeit und Motivation der Jugendlichen sich einzubringen schrittweise erhöht, weshalb Möglichkeiten der Partizipation konzeptionell festzuhalten sind. Somit kann das Recht jedes einzelnen Kindes auf Partizipation (Unicef, 1989) in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung in die Praxis transferiert werden. Die Vorgaben und Standards sollten demzufolge bestimmte Grundregeln zusätzlich zum hochstrukturierten therapeutischen Milieu aufnehmen, beispielsweise im Sinne eines pädagogischen

Konzeptes/Regelwerk zu Themen wie Gewalt, Nikotinkonsum, etc. Die Nennung der Notwendigkeit dieser Grundregeln schafft Handlungssicherheit für die Behandelnden und Transparenz sowie Vorhersehbarkeit für die Zielgruppe. Für Herpertz-Dahlmann et al. (2008: 303 ff.) ist die Festlegung von Regeln eine wichtige Grundlage zur therapeutischen Kooperation, die sich auf die Compliance zur Behandlung auswirken kann. Dabei erscheint es praktikabel im Kode mit aufzunehmen, dass es ein solches Regelwerk braucht und dieses nicht genau festzulegen. So können sich die Stationen weiterhin unterschiedlich auf die Klientel ausrichten. Lockerungen und Möglichkeiten zur Flexibilität bleiben so erhalten und können als zusätzlicher Motivationsfaktor für die Zielgruppe eingesetzt werden. Dies ist besonders bedeutsam, da die Motivationsbehandlung vor allem im qualifizierten Entzug vordergründig ist (Thomasius, 2008: 44 ff.). Die bestehende Transparenz kann ebenso Konfliktpotenziale über fehlende Regelungen entschärfen und Ablenkungen vom eigentlichen Therapieprozess von vorne herein reduzieren.

Die am therapeutischen Prozess beteiligten Berufsgruppen sind in den Primärkodes 9-65 und 9-67 beschrieben. Dies lässt sich als grundsätzliche Qualifikation der Mitarbeitenden zur Arbeit im Gesundheitswesen beschreiben. Dabei wird die (suchtspezifische) Qualifikation im Umgang mit der Zielgruppe an sich bei den Spezialtherapeuten- gruppen sowie medizinisch – pädagogisch - pflegerischen Fachpersonen vernachlässigt. Thomasius (2008: 47) beschreibt den Bedarf in der Optimierung von suchtdiagnostischen und -therapeutischen Kenntnissen, um gefährdete Minderjährige angemessen behandeln zu können. Hier fehlt es an Standards, die die zukünftigen Behandelnden auf die Arbeit in diesem speziellen Setting vorbereiten und qualifizieren. Der Bedarf an qualifizierten Behandelnden, die mit Kindern und Jugendlichen mit Substanzstörungen arbeiten, muss demnach weiter herausgestellt werden. Im Kode könnte beispielsweise die störungsspezifische Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden mit aufgenommen werden. Ebenso fehlt die Nennung des Berufsbildes „Suchttherapeut*in“, welches sich durch eine Spezialisierung auf dem Gebiet der Abhängigkeitserkrankungen auszeichnet. Die Ausgestaltung der Fort- und Weiterbildungen wäre im Kliniksetting auch durch speziell ausgebildetes Personal, etwa in Inhouse-Veranstaltungen umzusetzen.

Der Begriff der Spezialstation wird ohne weitere Definition im Zusatzkode genannt. Dies lässt eine große Spannweite der Auslegung zu, was bez. der praktischen

Umsetzung zu diskutieren ist. Thomasius (2008: 46) und verschiedene Fachgesellschaften (DGKJP; BAG; BKJPP, 2012: 6) verlangen die weitere Spezialisierung kinder- und jugendpsychiatrischer Angebote bei Substanzstörungen sowie notwendige spezielle therapeutische Ansätze in eigenem Stationssetting um optimale Behandlungsbedingungen schaffen zu können. Dies bedeutet beispielsweise eine verlässliche Bezugsarbeit ohne ständige Wechsel. Vor allem im Hinblick auf oftmals bestehende frühe Bindungsstörungen der Klientel (Möller, 2003: 23 f.) ist ein solches verlässliches Setting unumgänglich. Die Verbesserung der Eltern-Kind-Bindung beschreibt Klein (2016) bereits als Element von Präventionsprogrammen, was die Bedeutung dieser Thematik in der stationären Therapie noch deutlicher herausstellt. In der Praxis bedeutet dies eine räumliche Trennung anderer psychiatrischer Erkrankter, um ungünstige Einflussnahme vermeiden zu können (Thomasius, 2008: 46). Die räumliche Abgrenzung ist ungenau im Zusatzkode beschrieben und die Spezialstation kann folglich entgegen der Empfehlungen als Teil einer kinder- und jugendpsychiatrischen Gesamtstation interpretiert werden. Weiterhin stellt sich die Frage nach der Größe der Station, welche auch bedeutsam für die anschließende Planung der Therapien und Gruppenangebote ist. Verschiedene Fachgesellschaften beschreiben das Erfordernis einer Kleinstgruppenbehandlung während des qualifizierten Entzugs aufgrund des Alkohol- und Drogencraving (DGKJP; BAG; BKJPP, 2012: 4). Durch eine klare Positionierung hinsichtlich der Vorgaben im Kode zum Setting der Spezialstation wären mögliche Auslegungen zur Gruppengröße beschränkbar und somit besser auf die Bedarfe der Zielgruppe anzupassen. Eine räumlich getrennte Spezialstation hat daher schon aufgrund der geringeren Fallzahlen im Vergleich zu einer gesamtpsychiatrischen Einrichtung weniger Plätze und ermöglicht eine intensivere Betreuung. So verteilen sich nach Angaben des statistischen Bundesamts (DESTATIS, 2017) im Jahr 2016 deutschlandweit 3454 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose im Bereich der F1-Diagnosen nach ICD auf das deutsche Gesundheitssystem. Eine deutliche Überbelegung oder ein stationäres Suchtsetting, das nur aus Betten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Gesamtstation besteht, kann somit vermieden werden. Dies ermöglicht die Auslegung des Kodes an den Bedarfen der Klientel und schränkt diese hinsichtlich einengender wirtschaftlicher Interessen ein, was die Weiterentwicklung einer professionellen und zielgerichteten Behandlung vorantreibt. Ebenso fehlen klare Regelungen zu Aufnahmesituation und Aufnahmekriterien. So wird beispielsweise nicht ersichtlich, inwieweit akut intoxikierte Personen aufgenommen und überwacht

werden, was zur Verunsicherung der Behandelnden führen kann. Dies wirkt sich negativ auf eine klare Behandlungsstruktur aus, die aber vor allem in Akutsituationen von größter Bedeutung ist. Dies beinhaltet auch den Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen bei akuter Eigengefährdung (Brünger et al., 2010). Dazu sind bestimmte Ausschlusskriterien ebenso nicht genannt. Es stellt sich beispielsweise die Frage, ob zu Behandelnde mit einer drogeninduzierten Psychose auf der Spezialstation mitbehandelt werden. An einer Psychose Erkrankte unterscheiden sich demnach durch eine längere Behandlungsdauer im Vergleich zur sonstigen Klienten, allein durch die Notwendigkeit der genauen Überprüfung der medikamentösen Therapie. Dahingehend kann oft erst unter abstinenter Bedingungen erkannt werden, ob die komorbide Symptomatik persistiert und somit eine Indikation zur Behandlung besteht (AWMF, 2016: 84). Die Zielgruppe benötigt also auch die Sicherheit von Aufnahme und Ausschlusskriterien, um sich auf den Behandlungsprozess einlassen zu können. Somit gilt es diese Kriterien genauer zu definieren, auch vor dem Hintergrund, dass nur wenige Einrichtungen im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting auf Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Komorbidität spezialisiert sind (Wendt, 2017: 45 f.). Bei Intensivpatienten sind ärztlich-psychologische Verfahren durch „*Monitoring und ärztliche Behandlung von Entzugssymptomatik*“ beschrieben. Wann dabei die Grenzen einer psychiatrischen Behandlung erreicht sind und dies noch der Versorgungsauftrag einer Spezialstation für suchterkrankte Kinder und Jugendliche ist, bleibt unklar. Die strukturelle Definition schafft auch hier Klarheit für Behandelnde und Klientel und verkürzt so den Prozess die richtige Hilfe, auch im Notfall, schnell zu installieren.

Die Definition des speziellen Settings sollte die Dauer der Behandlung definieren. Je nachdem, wie die Behandlungszeit festgelegt wird, muss eine individuelle Anschlussmaßnahme besprochen werden. Die Frage der Dauer bestimmt also den gesamten Behandlungsprozess und ist daher mit aufzunehmen. Eine vorherige Bestimmung der Behandlungszeit trägt zur frühzeitigen Klärung möglicher Anschlussmaßnahmen bei, wodurch die oftmals langen Wartezeiten und unstrukturierte Zeiten zwischen den Behandlungen vermieden werden könnten. Ist die Dauer der Behandlung klar, können auch Festlegungen zu weiteren Regelungen wie (begleiteter) Ausgang oder Kontrolle, also wiederholte Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahme mittels objektiver Befunde (Bilke-Hentsch & Leménager, 2019: 55 f.), getroffen werden. All das hängt von

der Laufzeit der Behandlung im speziellen Setting ab, weshalb eine konzeptionelle Festschreibung in den Mindeststandards getroffen werden sollte. Darauf aufbauende Konzepte können dann strukturiert und transparent ggü. Zuweisern und Zielgruppe wiedergegeben werden und die Möglichkeiten der Anwendung des §35a SGB VIII kann frühzeitig in die Behandlungsplanung mit einfließen. Dabei gilt es wieder die Standards so zu formulieren, dass die einzelnen Stationen im individuellen Handeln nicht übermäßig beschränkt werden und jederzeit handlungsfähig bleiben, um eine bestmögliche Behandlungsplanung sicherzustellen. Bei der Nennung einer Mindestdauer des qualifizierten Entzugs ist anschließend die Möglichkeit gegeben, die Behandlungszeit zu verlängern oder individuell über Beendigung oder Anschlussmaßnahmen zu entscheiden. Somit werden frühzeitige Therapieabbrüche durch Transparenz vermieden und höhere Freiwilligkeit sowie Compliance können so geschaffen werden. Dies wirkt sich wiederum auf die Motivation der Zielgruppe aus. Nach Herpertz-Dahlmann et al. (2008: 303 ff.) wird die Motivation zur Bereitschaft der Therapie erst durch eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung ermöglicht. Eine wirksame therapeutische Beziehung aufzubauen und aufrechtzuerhalten, erfordert die nötigen personellen und zeitlichen Ressourcen. Eine hohe Transparenz hinsichtlich des Settings der Behandlung schafft eine Vertrauensbasis und kann Abwehr hinsichtlich der Behandlung bei der Klientel abbauen. Eine erfolgreiche Therapie ist maßgeblich durch die Gestaltung der therapeutischen Beziehung beeinflusst (Klaus-Grawe-Institut, 2018). Letztendlich bestimmt die Dauer der Behandlung auch die möglichen Inhalte einer Behandlung. Dabei wäre es sinnvoll den Verlauf der Behandlung als möglichen Stufenplan als Mindeststandard festzuhalten. Dieser ermöglicht die Beschreibung der Behandlungsplanung von der Stabilisierung in Richtung der Verselbstständigung. Durch diese Beschreibung notwendiger Schritte mit individuellen Teilzielen wird der Behandlungsprozess weiter transparent gestaltet und kann dementsprechend überprüft und angepasst werden. Die Vorgabe in den Mindeststandards, den Behandlungsprozess in Stufen mit überprüfbaren Zielen einzuteilen, würde einerseits Kindern und Jugendlichen einen angemessenen Überblick und Struktur und andererseits Behandelnden Handlungssicherheit und bessere Übersicht über den Behandlungsverlauf bieten. Die einzelnen Stufen können dahingehend den übergeordneten Behandlungsphasen zugeordnet werden, wobei nach Bilke-Hentsch und Leménager (2019: 55 f.) sowie der American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP) (2005: 614) das Erreichen und Aufrechterhalten der Abstinenz als oberstes Ziel zu definieren ist. Zu

Beginn nimmt oftmals die Diagnostik und Stabilisierung einen großen Stellenwert ein, gefolgt von therapeutischer Behandlungsplanung und Tagesstruktur mit abschließender Perspektivenplanung. Die DHS (2018: 63) beschreibt ein erhöhtes Rückfallrisiko, wenn die Entzugsbehandlung von stationären Angeboten losgelöst wird. Die Behandlung dieser Thematik ist daher Teil der Zielsetzung einer Postakutbehandlung (ebd.). Auch dies beschreibt den Bedarf, verschiedene Behandlungsphasen in ein Konzept zu übertragen. Die Struktur schafft klares Vorgehen, Übersicht und unterstützt die Klientel beim selbstständigen Strukturieren des Tagesablaufs. Dies ist eine Herausforderung, die die Zielgruppe auch nach der Maßnahme teilweise allein stemmen muss und somit ein wichtiger Pfeiler der Behandlung.

Ein spezielles Setting mit hochstrukturiertem therapeutischem Milieu, wie es der Zusatzkode nennt (DIMDI, 2019), benötigt die Möglichkeit die zu Behandelnden auf dem Weg zur Verselbstständigung/Wiedereingliederung bestmöglich zu unterstützen. Durch fehlende Überprüfung im geschützten Rahmen können sich zu Behandelnde nicht ausreichend auf die Anforderungen nach der stationären Behandlung vorbereiten. Die Vorbereitung in der Klinikschule ist sicherlich wertvoll, jedoch ist diese wie auch die Tagesstruktur auf Station oftmals nicht als realitätsnah hinsichtlich Anforderungen und Tagesstruktur, die in der Zeit nach der stationären Maßnahme auf die Klientel zukommen, einzuschätzen. Um Einschätzungen dahingehend treffen zu können, ist die Überprüfung, beispielsweise als sozialer Eingliederungsversuch oder Belastungserprobung, ein wichtiger Teil der Behandlung und bedarf der Nennung in den Standards. Dahingehend beschreibt der VKD (2019: 2), dass die Auswahl geeigneter Behandlungsorte durch die eng gefassten strukturellen Vorgaben nicht darstellbar ist. Die Aufnahme einer Belastungserprobung auch außerhalb eines geschützten/stationären Rahmens richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen der psychisch Erkrankten und fördert die Entwicklung moderner Behandlungsansätze. Die schulische und berufliche Eingliederung ist in den Vorgaben genannt, jedoch lässt dies noch große Unsicherheiten offen. So werden Kinder und Jugendliche beispielsweise im Mai entlassen und die anschließende schulische/berufliche Maßnahme beginnt im September. Die lange Zeit bis zur Anschlussmaßnahme ist ein großer Risikofaktor wieder in alte Verhaltensmuster zurückzufallen. Thomasius (2008: 42 f.) beschreibt die Verringerung von Rückfallhäufigkeit und -schwere als Teilziel zur Abstinenz, wodurch sich die Spanne zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und Umsetzung in der Praxis

zeigt. Die Dringlichkeit der direkten Aufnahme einer Folgebehandlung sollte daher Zugang zu dem Kode finden. Der Punkt „*Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung und Vermittlung, ggf. Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlung oder erforderlicher Jugendhilfemaßnahmen*“ (DIMDI, 2019) beschreibt die Notwendigkeit der unmittelbaren Perspektivenklärung nicht ausreichend. Auch dieser Punkt kann nach Festlegung der Dauer einer Maßnahme gut geplant werden. Die Anschlussbehandlung sollte sich dann auf die umfassenden Bedarfe des Kindes oder Jugendlichen sowie deren Familie orientieren (AACAP, 2005: 619). Je nach individuellen Voraussetzungen sind unterschiedliche Leistungserbringer zu aktivieren (DHS, 2018: 63). Dies ist vor allem wichtig, weil Anschlussmaßnahmen oftmals mit bürokratischem Aufwand verbunden sind und organisatorischen Vorlaufs bedürfen. Die Möglichkeit der Anbindung in einer Nachsorgeeinrichtung im Umfeld der Spezialstation ist eine empfehlenswerte Anschlussmaßnahme, die durch die klinikinterne Struktur kurze Wege hätte und gut umsetzbar wäre. Die Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu den Bezugspersonen im gewohnten Setting der Klinik bietet Sicherheit und die Möglichkeit der schnellen Kontaktaufnahme bei möglichen Hochrisikosituationen. Somit könnte der Übergang aus dem stationären Setting erleichtert werden und zur Strukturierung des Alltags beitragen.

Ein letzter Punkt, der das Behandlungssetting betrifft, ist die große Altersspannweite, die der Kode aufnimmt. Aufgrund der entwicklungspsychologischen Gegebenheiten unterscheiden sich die Kinder und Jugendlichen massiv im pädagogisch-therapeutischen Bedarf. Durch die Möglichkeit der ungünstigen Einflussnahme, besonders auf jüngere Patientinnen und Patienten (Thomasius, 2008:46) ist die Möglichkeit der Zusammensetzung der Gruppen stets zu prüfen. Demnach ist die Durchführung der qualifizierten Entzugsbehandlung in der Erwachsenenpsychiatrie ausdrücklich nicht empfehlenswert (DGKJP; BAG; BKJPP: 2012). Es ist fraglich, ob es realitätsnah ist, die Altersgruppe im Zusatzkode aufzuteilen und detaillierter nach dem Alter zu differenzieren, jedoch sollte dies von den Behandelnden berücksichtigt werden.

5.3 Weiterentwicklung: Methodisches Vorgehen

Der Zusatzcode 9-694 zeichnet sich inhaltlich durch eine große Menge an methodischem Vorgehen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Substanzstörung aus. Bei der Überprüfung der Wirksamkeit und Weiterentwicklung der Standards, gilt es die therapeutische Vorgehensweise stets mit den Möglichkeiten der Praxis abzugleichen.

Zunächst wird ersichtlich, dass die Verfahren bei den Intensivkriterien oftmals bereits Sockelleistung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung sind. So ist „Talking down“ beispielsweise bereits in der Regelbehandlung notwendig, um deeskalierend zu handeln und eine Intensivstufung vermeiden zu können. Ebenfalls ist die (störungsspezifische) Psychoedukation dort eingeordnet, wobei diese Teil eines jeden Behandlungsplans sein sollte. Psychoedukation erst durch die Einstufung einer Intensivbehandlung anzubieten, wäre eine Handlung entgegen der Empfehlungen aktueller Forschung. So beschreibt die DHS (2018: 63) die psychoedukative Arbeit als wichtigen Teil und Ziel der Postakutbehandlung der Suchttherapie. Die Psychoedukation beginnt bereits in der Phase der Diagnostik zur Vermittlung von Krankheitsmodellen, dient bei Behandlung und therapeutischen Verfahren zur Motivation und Transparenz und fördert so die Compliance zur Behandlung. Abschließend können Modelle zur Rückfallprophylaxe psychoedukativ erarbeitet und in den Behandlungsplan mit aufgenommen werden. Der genannte Punkt im Kode *„Aufklärung über Abhängigkeitserkrankung“* ist sehr ungenau definiert und zu kurzgehalten. Die Psychoedukation betrifft nicht nur die Abhängigkeitserkrankung, sondern Komorbiditäten und deren Wechselwirkung sowie Teile der Rückfallprophylaxe. So kann die Zielgruppe die Wirkungsarten verschiedener Drogen (Tretter, 2017: 15) im therapeutischen Gespräch verstehen und die Gründe des Konsums noch besser reflektieren. *„Störungsspezifische Psychoedukation“* wäre ein passenderer Begriff, der dem individuellen Bedarf der Zielgruppe näherkommt. Durch die Nennung als Mindeststandard im therapeutischen Bereich wäre die psychoedukative Arbeit auch nicht mehr durch die Erfüllung der Intensivmerkmale abhängig und im multiprofessionellen Team durchführbar. So wird beispielsweise die

psychoedukative Arbeit durch suchttherapeutisch qualifiziertes Personal derzeit nicht im Entgeltsystem erfasst, was den tatsächlichen Aufwand in der Praxis wenig widerspiegelt.

Der Umgang mit Rückfällen ist nicht im Kode mit aufgenommen. In den Mindeststandards wäre eine Zuordnung bei „*Gesundheits- und Selbstfürsorgetrainings*“ oder bei „*Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen*“ möglich. Die Rückfallprophylaxe und der Umgang mit dem Thema ist jedoch von großer Bedeutung für den Erfolg einer Suchttherapie und ist deshalb unbedingt als Mindeststandard aufzuführen. Dabei ist die Verringerung von Rückfallhäufigkeit und -schwere nach Thomasius (2008: 42 f.) sowie Bilke-Hentsch & Leménager (2019: 55 f.) ein vertretbares Zwischenziel auf dem Weg zur Abstinenz. Weiterhin wird die Rückfallprophylaxe nach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2016: 225 ff.) als klinischer Konsenspunkt mit in die Behandlung aufgenommen. Basierend auf empirischen Untersuchungen und klinischen Konsenspunkten ist die Rückfallprophylaxe neben Problemlösefertigkeiten ein wichtiger Teil der Behandlungsplanung (AACAP, 2005: 615). Die Rückfallprävention nicht in die Mindeststandards mit aufzunehmen bedeutet das Risiko, dass dieses wichtige Thema keinen Platz in der Behandlungsplanung einnimmt. Dies bedeutet ein großes Risiko des Rückfalls in alte Verhaltensmuster, besonders wenn man betrachtet, dass der Beginn von Anschlussmaßnahmen nach stationärer Behandlung teilweise viel Zeit in Anspruch nimmt. Somit erhöht sich das Rückfallrisiko der Zielgruppe durch fehlende Tagesstruktur, alte Peergroup, etc. immens. Möller (2003: 24) belegt dahingehend, dass Gruppenzwänge sowie der Wunsch nach Zugehörigkeit oder Anerkennung oftmals Auslöser des Konsums psychotroper Substanzen sind. Daher ist die Auseinandersetzung und Vermittlung dieser Thematik dringlichst in den Mindeststandards und auch in Konzepten der Suchttherapie mit aufzunehmen.

Im Behandlungsalltag zeigt sich ein großer Bedarf an aktivierenden Tätigkeiten, wie Ergo-, Arbeits- oder Kreativtherapie, um die Kinder und Jugendlichen zu aktivieren, zu sinnvollen Tätigkeiten zu motivieren und dementsprechend deren Selbstwert zu stärken. Klein (2016) beschreibt die Förderung von Selbstwert und Selbstwirksamkeit bereits als wichtiges Element der Prävention, weshalb diese Inhalte bei der stationären Versorgung speziell zu beachten sind. Diese Form der Arbeit ermöglicht es, Ressourcen zu entdecken oder wieder zu aktivieren, was sich positiv auf den

Behandlungsverlauf und die nachfolgende Herausforderung der Verselbstständigung auswirken kann. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit einer Substanzstörung hat dies große Bedeutung, da sich oftmals wenig Ideale oder Interessen dieser Zielgruppe finden lassen (Möller, 2003: 23 f.). Nach den Primärkodes sind Ergo-, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten vorhanden. Die Umsetzung und der damit einhergehende Bedarf dieser Berufsgruppen sind jedoch nicht beschrieben. Die Arbeitstherapie fehlt im Zusatzkode vollständig. Diese würde aber einen wichtigen Beitrag hinsichtlich Tagesstruktur und Verselbstständigung für den Alltag nach der stationären Behandlung leisten und eine Belastungserprobung im stationären Rahmen wird so ermöglicht. Viele der Jugendlichen haben bereits Erfahrungen durch Praktika oder eine Ausbildung gemacht. Im therapeutischen Setting könnte man gut daran anknüpfen, um die Selbstwirksamkeitserwartung zu steigern und eine realistische Zukunftsorientierung zu fördern. Das Kennenlernen eigener Stärken und Schwächen im Arbeitsbereich lässt Erkrankte eigene Ressourcen erkennen und schützt so vor Fehlschlägen, die sich nach dem stationären Setting, je nach individuellem Umgang mit Frust, schnell als Hochrisikosituationen hinsichtlich des Konsums psychotroper Substanzen herausstellen können. So beschreiben Hautzinger & Thies (2009: 6), dass beim Umgang mit Anforderungen, die Stress und Angst auslösen, Abwehrmechanismen beteiligt sind. Die Arbeitstherapie ermöglicht es, ein an der Realität näher gelegenes Setting zu schaffen, wodurch der Übergang nach der stationären Behandlung erleichtert wird und der Umgang mit Stress oder Frust alltagsnah in die Behandlung mit einfließt.

Die verlaufs begleitende Behandlung der Kinder und Jugendlichen ist ein wichtiger Punkt, um die sich verändernden Bedarfe erkennen und die Behandlung daraufhin ausrichten zu können. Dies ermöglicht eine Einschätzung der Therapie- und Veränderungsmotivation (Prochaska & Di Clemente: 1985). Somit sind „*ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch*“, „*somato-psychosomatische ärztliches Gespräch*“ sowie die „*Gruppenpsychotherapie*“ (DIMDI, 2019) als verlaufs begleitend zu kennzeichnen. Dies ist eine wichtige Ergänzung, die die Qualität der Behandlung für die Klientel sichert. Die Gesprächsintervalle sind je nach individuellem Bedarf anpassbar, jedoch verlangt eine verlaufs begleitende Terminierung die Auseinandersetzung mit der Anpassung der Termine. Die verlaufs begleitende Behandlung ist beim suchtmmedizinischen Assessment im therapeutischen Bereich ebenfalls nicht genannt. Die Notwendigkeit eines verlaufs begleitenden Assessments ist aber durch die sich verändernde

gesundheitliche Situation und der damit einhergehenden veränderten notwendigen Behandlungsplanung gegeben.

Die genannte Gruppenpsychotherapie sollte vor allem suchtspezifisch erfolgen. Die Nennung einer (suchtspezifischen) Gruppenpsychotherapie in den Mindeststandards würde den besonderen Bedarf der Zielgruppe noch einmal herausstellen und die Behandlung anderer Themen als nur der Suchterkrankung, weiterhin ermöglichen. Eine weitere Frage der Zuordnung stellt sich bei „*ärztlich vertretbarem Ausgang*“ (DIMDI, 2019), der als Verfahren der Spezialtherapeuten bei Erfüllung der Intensivmerkmale genannt wurde. Die globale Zuordnung des Ausgangs bei den Intensivkriterien ist wenig praxisnah. Der begleitete Ausgang ist unabhängig von den Intensivkriterien anzusehen. Dies wäre eine Regelung, die in einem Stufenplan festgehalten und individuell auslegbar gehalten wird, wie in Kapitel 5.2 beschrieben.

Als wichtiger Teil der Behandlungsplanung wird der Umgang mit Impulskontrolle aktuell nicht im Kode mit aufgenommen. Einerseits ist dies bei Komorbidität ein wichtiger Ansatzpunkt, der sich wiederum auf das Suchtverhalten auswirkt (Bilke-Hentsch & Leménager, 2019: 36), andererseits geht eine Suchterkrankung oftmals mit geringer Impulskontrolle einher, weshalb diese Thematik in aktuellen Standards mit aufzunehmen ist. Tretter (2017: 59) nimmt die Abklärung von Impulsen am Beispiel aktueller Suizidalität auch in die psychiatrische Exploration mit auf, was die standardmäßige Beschäftigung mit dieser Thematik nochmals unterstreicht. Als weiterer Teil der Behandlungsplanung ist die „*Behandlung nach Traumatisierung*“ als Nebensatz im Kode festgehalten. Dies wird der zentralen Bedeutung dieser Thematik nicht gerecht. Die Einordnung erscheint bei „*Diagnostik und Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischer Komorbidität bzw. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Grundstörung*“ sinnvoller. Möller (2003: 23 f.) und aktuelle Leitlinien (AWMF, 2016: 244) beschreiben früh traumatisierte Kinder und Jugendliche als Risikopopulation für Suchterkrankungen. Dazu belegen Hautzinger & Thies (2009: 6) die Auswirkungen von Kindheitserfahrungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit. Im psychoanalytischen Sinne kann die Suchtentwicklung oder das süchtige Verhalten als Abwehr oder Vermeidung einer Retraumatisierung verstanden werden (Bilitza, 2009: 23), was die Zuordnung zur Komorbidität/Grunderkrankung nochmal unterstreicht. Da kritische Lebensereignisse große Bedeutung haben und in ein klinisches Interview aufzunehmen sind (Krohne & Hock, 2015: 462 f.), sollte man deren Bedeutung deutlicher herausstellen. Des

Weiteren findet eine traumaspezifische Behandlung bisher noch keinen Zugang zu den ärztlich-psychologischen oder spezialtherapeutischen Maßnahmen, die nach dem DIMDI (2019) beschrieben sind. Dahingehend ist eine traumaspezifische Ausbildung/Qualifizierung der Fachkräfte notwendig, um Betroffene adäquat behandeln zu können.

In den Mindestmerkmalen für den stationären Aufenthalt wird auf den entwicklungs-spezifischen Umgang und Anleitung mit Bezug auf das Lebensumfeld des Patienten verwiesen. Dabei ist dieser Einschub für die Anforderungen durch die Entwicklungsaufgaben in den verschiedenen Altersgruppen kaum ausreichend (BZgA, 2001: 16 f.). Deshalb sollte die Abklärung und Aufnahme bestehender Entwicklungsaufgaben mit in die Mindeststandards aufgenommen werden. Durch den Zusatz, sich an den Entwicklungsaufgaben der Klientel zu orientieren, wäre die Behandlung immer noch auf die große Altersspanne, die der Kode vorgibt, ausrichtbar. Ein weiterer Mindeststandard im Kode 9-694 ist „*Gesundheits- und Selbstfürsorgetrainings*“. Dies sind sehr umfangreiche Begriffe, die weit ausgelegt werden können. Einerseits ermöglichen sie individuelles Handeln und basales Arbeiten wie (Schlaf-)Hygiene, das bei der Klientel oftmals von Nöten ist, andererseits scheinen sie an den Konsummustern des Erwachsenenbereichs orientiert. Deren Lebensstil stellt durch die jahrelange Suchtentwicklung eine verstärkte Notwendigkeit der Thematisierung mit Gesundheit und Selbstfürsorge dar. Betrachtet man den Bedarf der Kinder und Jugendlichen kommt die generelle (Re-)Aktivierung von Ressourcen bei diesem Punkt zu kurz. Herpertz-Dahlmann et al. (2008: 303 ff.) beschreiben den konkreten Bedarf an der Orientierung antizipierter Lösungen, um so Ressourcen zu schaffen. Da diese nötig sind um Motivation aufzubauen, Selbstwirksamkeit zu stärken usw. sollte der Aufbau von Ressourcen mit aufgenommen werden. Gesundheits-, Selbstfürsorge- und Ressourcentraining beschreibt den Bedarf daher etwas näher am kinder- und jugendpsychiatrischen Setting.

Insgesamt wird ersichtlich, dass es noch die Schärfung des kinder- und jugendpsychiatrischen Blicks benötigt. Die Notwendigkeit belegt Thomasius (2008: 42 f.), da Behandlungskonzepte für Kinder und Jugendliche durch die entwicklungspsychopathologischen und -psychologischen Besonderheiten nicht auf die Vorgaben für Erwachsene anwendbar sind. Somit bedarf es der speziellen Ausrichtung auf die Bedarfe der Kinder und Jugendlichen mit einer substanzbedingten Störung und die möglichst vollständige

und aktuelle Anpassung der Standards und Vorgaben ohne die Behandelnden in ihrer Behandlungsfreiheit einzuschränken.

5.4 Strukturierte Übersicht von Veränderungspotenzialen

Beschäftigt man sich mit der Frage, wie sich die praktische Umsetzbarkeit der Mindeststandards im OPS-Zusatzkode 9-694 gestaltet, so sind diese Vorgaben für die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen generell anwendbar und umsetzbar. Die Anforderungen durch das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP) betreffen dabei aber vor allem die Behandelnden, die den strukturellen Mehraufwand oftmals obendrein, ohne zusätzliche personale oder zeitliche Ressourcen zu bewältigen haben. Die Anforderungen werden theoretisch oftmals als gut integrierbar und praxisnah erlebt. Durch ein starres System, die übermäßige Kontrolle und die fehlende Weiterentwicklung personeller Mindestausstattung bedeutet dies aber eine zusätzliche Belastung für die Behandelnden. So bemerken Behandelnde nach Drösler et al. (2018: 67) einen deutlichen Anstieg der Arbeitsbelastung nach Einführung des PEPP. Der Wunsch nach Verringerung des bürokratischen Mehraufwands einerseits und der zu knapp bemessenen personellen Situation andererseits werden von den fachspezifischen Gesellschaften sowie den befragten Expertinnen und Experten geteilt. Die speziellen Herausforderungen, die das Kindes- und Jugendalter mit sich bringt werden bereits durch den Kode abgebildet. Der besondere störungs- und entwicklungspezifische Bedarf ist dabei noch manchmal zu ungenau definiert oder eher am Erwachsenensetting orientiert. Es besteht somit die Forderung weitere Angebote zu schaffen, um die Versorgungslücke für Kinder und Jugendliche mit Substanzstörungen schließen zu können und die Standards kinder- und jugendspezifisch weiterzuentwickeln. Die Mindeststandards des OPS-Zusatzkode werden an sich als praktisch gut umsetzbar und an aktueller Forschung orientiert erlebt, wobei sich im Behandlungsalltag die Notwendigkeit klarer gestalteter Strukturen mit Möglichkeiten der individuellen Anpassung erkennen lassen. Die Menge der Mindeststandards an sich wird in der Untersuchung als Abbildung des Behandlungsalltags erlebt, was wiederum für den großen Bedarf an speziellen Konzepten spricht. Die Komplexität wird somit als

positiv bewertet. Jedoch sollten die Standards weitere Inhalte aufnehmen, die am aktuellen Stand der Forschung orientiert sind und sich durch individuelles Setzen der Schwerpunkte in der Behandlung anpassen lassen. Durch diese Ausgestaltung der Mindeststandards wird eine sinnvolle Strukturierung des Behandlungsplans ermöglicht. Dies erleichtert den Aufwand, Konzepte an momentane Vorgaben anpassen oder neu schaffen zu können.

Die praktische Umsetzbarkeit eines Zusatzkodes zu untersuchen und evaluieren gestaltet sich durch die Komplexität des PEPP als sehr aufwändig. Die Vorgaben und Standards der anwendbaren Primärkodes sind mit in die Untersuchung einzubeziehen. Eine alleinige Untersuchung der Mindeststandards des OPS-Kode 9-694 wäre dabei durch den fehlenden Kontextbezug zur generellen psychiatrischen Versorgung wenig praxisnah. Um die Umsetzbarkeit der Mindeststandards untersuchen zu können, müssen diese Vorgaben formuliert und mit aktuellen wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen gefüllt werden. Dies ermöglicht eine Evaluation der Mindestmerkmale auf Grundlage eines Konzeptes, das jedoch durch die subjektive Zuordnung einzelner Inhalte in den Mindeststandards gekennzeichnet ist. Dies gilt es bei der Auswertung und bei weiterführenden Empfehlungen ständig zu beachten, da die entwickelten Standards einerseits klar definiert und andererseits individuell anpassbar bleiben sollen. Eine zusätzliche Schwierigkeit ist die unterschiedliche Betrachtung der Ausgestaltung der Inhalte durch alle am Prozess Beteiligten. Es ist wahrscheinlich, dass sich die Untersuchungsergebnisse durch Evaluation verschiedener Interessens- und Berufsgruppen stark unterscheiden. Die Ergebnisse und möglichen Weiterentwicklungen der vorliegenden Arbeit bilden den Blick der Behandelnden in Leitungspositionen ab. Die weitere Entwicklung und Evaluation der Mindeststandards verlangt das Einbeziehen aller am Behandlungsprozess Beteiligten, um der enormen Bedeutung der multiprofessionellen Behandlung Rechnung zu tragen. Somit ließe sich eine globalere Einschätzung der bestehenden Standards erheben und sich auf die Therapie ableiten lassen. Diese Herangehensweise ermöglicht die Weiterentwicklung einer professionellen Behandlung, die sich an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und den strukturellen Erfordernissen orientiert.

Die vorliegenden Ergebnisse bilden den kinder- und jugendpsychiatrischen Blick der Behandelnden auf den Spezialstationen bez. der Mindeststandards ab. Dies ermöglicht die Weiterentwicklung der Mindeststandards in Richtung der Bedarfe der Mitarbeiter und Klientel und kritisiert die zunehmende Bürokratisierung sowie den wachsenden Druck des Gesundheitssystems auf die ausführenden Strukturen durch zunehmende wirtschaftliche Interessen. Die Diskussion der Ergebnisse und die mögliche Weiterentwicklung spricht für die Entlastung des behandelnden Systems. Dabei gilt es vor allem (personelle) Ressourcen aufzubauen und den bürokratischen Mehraufwand zu verringern. Nur durch diese Maßnahmen kann sich der kinder- und jugendpsychiatrische Blick wieder auf die Klientel richten und eine (multi-) professionelle Behandlung sichergestellt werden.

Die Ergebnisse und die Mindeststandards des Zusatzkode 9-694 können nicht als vollständig oder endgültig bezeichnet werden. Schon aufgrund der sich ständig verändernden Bedarfe und Entwicklungsgegebenheiten von Kindern und Jugendlichen bedeutet dies eine regelmäßige Überprüfung und Weiterentwicklung der Mindeststandards, um eine angemessene Behandlung zu gewährleisten. Dies betrifft strukturelle Gegebenheiten des Gesundheitssystems, der Kliniken sowie das Einbeziehen der aktuellen Therapieforschung in den Behandlungsprozess von substanzbezogenen Störungen bei Kindern und Jugendlichen.

Tab. 7: Mögliche Weiterentwicklungen der Behandlungskodes

Nr.	Thema	Aktuelle Nennung	Mögliche Weiterentwicklung
1	Spezialstation ist unklar definiert	Multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf einer Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) unter Leitung eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf einer <u>räumlich abgetrennten</u> Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) unter Leitung eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
2	Arbeitstherapie fehlt	Individueller, ärztlich indizierter Einsatz von Fachtherapien wie z.B. Ergotherapie, oder körperbezogene Therapieverfahren	Individueller, ärztlich indizierter Einsatz von Fachtherapien wie z.B. Ergotherapie, <u>Arbeitstherapie</u> oder körperbezogene Therapieverfahren
3	Kein Einbeziehen der Entwicklungsphasen	Entwicklungsspezifischer Umgang und Anleitung mit Bezug auf das Lebensumfeld des Patienten	Entwicklungsspezifischer Umgang <u>unter Einbeziehen aktueller Entwicklungsaufgaben</u> und Anleitung mit Bezug auf das Lebensumfeld des Patienten
4	Fehlen von: - Partizipation	Die Station hat ein hochstrukturiertes therapeutisches Milieu und arbeitet nach einem	Die Station hat ein hochstrukturiertes therapeutisches Milieu und arbeitet nach einem integrierten, auf das

	- Individuell gestaltbares Regelwerk	integrierten, auf das Störungsbild zugeschnittenen Konzept	Störungsbild zugeschnittenen Konzept, <u>welches ein pädagogisches Regelwerk und Möglichkeiten der Partizipation beinhaltet</u>
5	Behandlungsdauer und -phasen werden nicht genannt	--	Bezeichnung der Behandlungsdauer und-phasen als Mindestmerkmal des stationären Aufenthalts: <u>Festgelegte Behandlungsdauer, die Diagnostik, Stabilisierung und Perspektivenklärung mit einbezieht</u>
6	Nennung des Berufsbildes „Suchttherapeut*in“	--	Ergänzung bei der Nennung von Spezialtherapeuten: <u>Suchttherapeut*in</u>
7	Qualifikation der Mitarbeiter	Nennung der Berufsgruppen in den Primärkodes	<u>Die störungsspezifische Fort- und Weiterbildung der Berufsgruppen ist gewährleistet</u>
8	Aufnahmesituation	Das Konzept ist für die Behandlung von Personen anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr). Dabei findet der Kode bei einfachem oder multiplem	Das Konzept ist für die Behandlung von Personen anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr). Dabei findet der Kode bei einfachem oder multiplem Substanzmissbrauch Anwendung und gilt für alle Formen des Konsums. Die Behandlung von

		Substanzmissbrauch Anwendung und gilt für alle Formen des Konsums. Die Behandlung von Entzugserscheinungen ist im Kode mit inbegriffen.	Entzugserscheinungen ist im Kode mit inbegriffen. <u>Die Notwendigkeit akuter allgmeinpsychiatrischer und/oder somatischer Behandlung ist vor stationärer Aufnahme abzuklären.</u>
9	Individuelles Therapiesetting aufzeigen; Gruppensetting als wirksamer Faktor der Therapie	Die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren erfolgt nach ärztlicher Indikation patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen in einem kind- und/oder jugendgerechten, milieutherapeutischen Setting.	Die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren erfolgt <u>verlaufsbegleitend</u> nach ärztlicher Indikation patientenbezogen <u>im Einzel und/oder Gruppensetting</u> in einem kind- und/oder jugendgerechten, milieutherapeutischen Setting.
10	Interdisziplinäre Behandlungsplanung benennen	...ausführliche Behandlungsplanung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen	... ausführliche, <u>interdisziplinäre</u> Behandlungsplanung mit Vertretern <u>der am Fall Beteiligten Berufsgruppen</u>
11	Gruppenpsychotherapie suchtspezifisch, individuell definieren	Gruppenpsychotherapie	<u>(Suchtspezifische)</u> Gruppenpsychotherapie
12	Talking down ist bereits vor Intensivstufung wichtiger Bestandteil der Behandlung	Anleitung von Teammitgliedern im Umgang mit dem Patienten, z.B. Begleitung von Deeskalationen (desaktualisierendes „Talking	Anleitung von Teammitgliedern im Umgang mit dem Patienten, z.B. Begleitung von Deeskalationen (desaktualisierendes „Talking down“ bis hin zu Freiheitseinschränkung

		down“ bis hin zu Freiheitseinschränkung oder Freiheitsentzug)	oder Freiheitsentzug) <u>wird zu angewandten Verfahren auch ohne Intensivmerkmal zugeordnet</u>
13	Impulskontrolle wird nicht genannt. Mögliche Zuordnung bei Verfahren der Spezialtherapeuten	Spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining, Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Mitpatienten wie Spiel, Sport, Freizeit)	Spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining, <u>Umgang mit Impulskontrolle</u> , Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Mitpatienten wie Spiel, Sport, Freizeit)
14	Begleitung und Ausgang wird global bei Erfüllung der Intensivmerkmale zugeordnet	Sofern ärztlich vertretbar, Begleitung und Ausgang bei „Verfahren der Spezialtherapeuten“ bei Intensivstufung	Sofern ärztlich vertretbar, Begleitung und Ausgang bei „Angewandte Verfahren“ <u>auch ohne Intensivstufung</u>
15	Psychoedukation ist eine rein ärztlich-psychologische Maßnahme und in den Mindeststandards unklar definiert	1. (Störungsspezifische) Psychoedukation als rein ärztlich-psychologisches Verfahren 2. Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen	1. Entfallen der Nennung als rein ärztlich-psychologisches Verfahren 2. „ <u>Störungsspezifische Psychoedukation</u> “ als Mindeststandard
16	Fehlende Ressourcenorientierung	Gesundheits- und Selbstfürsorgetrainings	Gesundheits-, Selbstfürsorge- <u>und Ressourcentrainings</u>
17	Schulische/berufliche Wiedereingliederung ist zu unscharf definiert	Klärung und Anbahnung der schulischen/beruflichen Wiedereingliederung	<u>Unmittelbare</u> Klärung und Anbahnung der schulischen/beruflichen

			Wiedereingliederung, ggf. <u>durch sozialen Eingliederungsversuch</u>
18	Einordnung von Trauma	Nach „ <i>juristisch und sozialrechtlicher Anspruchsklärung</i> “	Diagnostik und Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischer Komorbidität bzw. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Grundstörung <u>sowie Behandlung nach Traumatisierung</u>
19	Anschlussbehandlung soll unmittelbar folgen	Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung und Vermittlung, ggf. Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlung oder erforderlicher Jugendhilfemaßnahmen	Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung und Vermittlung, ggf. <u>unmittelbare</u> Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlung oder erforderlicher Jugendhilfemaßnahmen
20	Assessment wird verlaufsbegleitend erhoben	Suchtmedizinisches Assessment	<u>Verlaufsbegleitendes</u> suchtmedizinisches Assessment
21	Rückfallprävention ist kein Mindeststandard	--	Neuer <u>Mindeststandard: Rückfallprävention</u>

6 Fazit und Ausblick

Ausgangspunkt der vorliegenden Thesis ist die bestehende Versorgungslücke in der Behandlung von suchterkrankten Kindern und Jugendlichen. Dies zeigt sich nicht nur in fehlenden Angeboten der stationären und ambulanten Versorgung, sondern auch im Behandlungssetting, das oftmals wenig kinder- und jugendspezifisch ausgerichtet ist. Der eklatante Bedarf an professionellen Hilfen für diese Zielgruppe besteht dahingehend über die Grenzen der stationären Hilfen hinaus und wird den Behandelnden unter anderem vor Augen geführt, wenn passende Anschlussmaßnahmen gesucht werden. Durch diese Versorgungslücken im deutschen Gesundheitssystem ist die professionelle Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen massiv gefährdet. Die Thesis beschäftigt sich mit den grundlegenden Entstehungsbedingungen und Auswirkungen kinder- und jugendspezifischer Suchterkrankung und deren Behandlung im deutschen Gesundheitssystem. Die Behandlung ist dabei durch die Vorgaben der Behandlungskodes im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) strukturiert. Auf Grundlage dieser Behandlungskodes wurde ein Konzept entwickelt, das alle Vorgaben enthält und von Expertinnen und Experten bestehender Spezialstationen, die bereits nach den Kodes arbeiten, evaluiert. Die Ergebnisse der Befragung hinsichtlich der praktischen Umsetzbarkeit wurden beschrieben.

Übergeordnetes Ziel der Behandlung ist die Wiederherstellung der Gesundheit der suchterkrankten Kinder und Jugendlichen. Dies soll in psychiatrischen Kliniken durch die Einhaltung der Vorgaben des Zusatzkode 9-694 bezüglich Vorgaben zum Setting, zur Behandlung und Weiterbehandlung ermöglicht werden. Persönliche Beobachtungen des Autors sowie die Einschätzungen der multiprofessionellen Teams, die die Vorgaben des Kodes umsetzen, gingen der Idee einer Konzeptentwicklung als Ausgangspunkt voran. Die Inhalte erschienen oft „schwammig“ definiert, was die Frage aufwarf, ob diese beständig im Sinne der Klientel und Behandelnden in der Praxis ausgelegt werden. Des Weiteren bestand und besteht häufig die Schwierigkeit die Behandlung so zu strukturieren, dass Behandlungsziele erreicht werden und zeitnah passende Anschlussmaßnahmen gefunden werden können. Die Suche nach passenden Behandlungsangeboten und/oder Einrichtungen erstreckt sich teilweise über die Landesgrenzen hinaus, was großen bürokratischen Aufwand für Behandelnde und eine enorme

Belastung der Klientel bedeutet. Zuletzt erschienen die bürokratischen Auflagen derart hoch, dass sich die Frage stellte, wie viel Zeit die formale Erfüllung bestimmter Vorgaben benötigt und wie sich dies auf die Qualität der Behandlung auswirkt. Daraus entwickelte sich bei der Konzeptentwicklung die zentrale Fragestellung, wie Expertinnen und Experten dieses hinsichtlich der praktischen Umsetzbarkeit bewerten.

Bei der Befragung und Auswertung der Ergebnisse stellte sich heraus, dass die Mindeststandards inhaltlich als praxisnah und relevant eingeschätzt werden. Jedoch zeigt sich ein Anpassungs- und Definitionsbedarf einzelner Inhalte aufgrund der besonderen Bedürfnisse der Zielgruppe. Diese weist störungs- und altersspezifische Besonderheiten auf, auf die es in den Vorgaben genauer einzugehen gilt. Besondere Bedeutung kommt aktuellen Forschungsergebnissen sowie den Meinungen der Expertinnen und Experten zu, die sich gegen die Anlehnung oder das Übernehmen von Standards der Erwachsenenpsychiatrie aussprechen. Weiterhin zeigt sich ein Entwicklungsbedarf der Kodes hinsichtlich klarer Vorgaben das Behandlungssetting sowie die methodische Ausgestaltung der Behandlungsplanung betreffend. Die Expertengruppe beschrieb die Mindeststandards mehrmals als Abbild des stationären Alltags. Die praktische Umsetzung gestaltet sich aber noch deutlich komplexer. Die Empfehlung dahingehend ist, mehr einheitliche und klarere Vorgaben zu nennen, die aber gleichzeitig noch individuell auf die Kinder und Jugendlichen anpassbar sind. So schaffen klarere Vorgaben Handlungssicherheit bei den Behandelnden und Transparenz für die Klientel. Dies sind sehr wichtige Punkte, deren Erfüllung Voraussetzung für die Behandelnden war, das Konzept als realisierbar zu bewerten. Vor allem betrifft dies die Strukturierung des Behandlungsablaufs bez. der Dauer und einzelner Behandlungsphasen. Die Orientierung an diesen Vorgaben ermöglicht hohe Transparenz für alle Beteiligten und schafft die notwendige Zeit, Anschlussmaßnahmen organisieren zu können. Verzögerungen nach der stationären Maßnahme bis zur Anschlussbehandlung bedeuten ein vermeidbares, massiv erhöhtes Risiko des Rückfalls in alte Verhaltensmuster. Die Frage, wann bestehende Versorgungslücken hinsichtlich der Behandlung von Substanzstörungen von Kindern und Jugendlichen im deutschen Gesundheitssystem verringert werden können, ist derzeit und in diesem Rahmen nicht zu beantworten. Dennoch kann die Strukturierung stationärer Maßnahmen, nach aktuellen validierten Erkenntnissen, eine professionelle Perspektivenklärung und Weiterbehandlung ermöglichen.

Zuletzt zeigt sich ein großer Bedarf bei der Veränderung der personellen Mindestausstattung in psychiatrischen Krankenhäusern. Durch die steigende Komplexität der Vorgaben bez. der Behandlung, den Druck durch die Krankenkassen und die fehlenden Ressourcen, geht die notwendige Zeit der Behandelnden für den bürokratischen Aufwand am direkten Patientenkontakt verloren. Diesen Missstand gilt es schnellstmöglich zu beheben, um die geforderten Qualitätsstandards durch Mindeststandards sicherstellen zu können. Eine praxisnahe Umsetzung verlangt also nicht nur die Anpassung der Behandlung an aktuellen Bedürfnissen und Forschungsergebnissen, sondern auch die Umorientierung der bestehenden Rahmenbedingungen auf eben diese Erkenntnisse und Bedarfe.

Dabei ist es nicht nötig das Rad neu zu erfinden, sondern entwickelte und für die Praxis realisierbar erlebte Standards zu überprüfen und den Bedarfen anzupassen. Die große Zustimmung der Expertinnen und Experten, die die Inhalte der Codes, die Behandlung betreffend, validieren und als umsetzbar erleben macht dies nochmal deutlich. Dabei erscheinen einige Vorschläge zur Weiterentwicklung oder Änderung nicht relevant oder zu kurzgefasst. Die Weiterentwicklung eines solch komplexen Behandlungssystems ist allerdings nur durch die schrittweise Anpassung an der Praxis möglich. Die aktuellen Vorgaben und Standards haben ihre Berechtigung. Dennoch will die vorliegende Thesis Anstöße geben, um bestehende Vorgaben und deren Weiterentwicklung zu diskutieren und im Konsens verändern zu können. Eine Begleitforschung der Auswirkungen des aktuellen Systems auf Grundlage des §17d KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) verlangt also die beständige Auseinandersetzung und kreative, fachliche Beschäftigung mit Klientel, Behandelnden und strukturellen Voraussetzungen. Vor allem wenn man die Klientel betrachtet, scheinen die Veränderungen der Entwicklungsaufgaben und individuellen Bedarfe so weitreichend und wechselhaft, dass allein daraus der Bedarf einer sich ständig weiterentwickelnden, offenen und professionellen Haltung bez. theoretischer Vorgaben und praktischer Umsetzung ersichtlich wird.

Zukünftig sollte sich die Weiterentwicklung also auf folgende Punkte konzentrieren:

1. Erfassen und Anpassung der personellen Mindestausstattung
2. Störungs- und altersspezifische Ausgestaltung der Vorgaben
3. Inhaltliche Ergänzungen zum Behandlungssetting und therapeutischen Vorgehensweisen

Um einen umsetzbaren Theorie-Praxis-Transfer gewährleisten zu können, ist es notwendig, alle am Behandlungsprozess Beteiligten mit einzubeziehen.

Die fehlende Begleitforschung zur vorliegenden empirischen Arbeit zeigt sich in den jetzt schon vielen Anreizen der Befragten zu Änderungen und Weiterentwicklungen hinsichtlich der Thematik. Dabei sind dies keine theoretischen Hinweise oder Hypothesen, sondern praxisnahe, durch Erfahrungswerte zu Stande gekommene Entwicklungsbedarfe. In den ersten Zügen der Erstellung dieser Forschungsarbeit gestaltete sich die Kontaktaufnahme zu einigen Kliniken sehr mühsam. Das Interesse schien gering oder es konnte keine Ansprechperson für die Forschungsfrage genannt werden. Diese Arbeit soll einen Teil zur Begeisterung der Fachwelt für die Veränderung und Weiterentwicklung bestehender Standards in Richtung der Bedarfe suchterkrankter Kinder und Jugendlicher beitragen. So soll der Blick von wirtschaftlichen Interessen hin auf die Klientel gerichtet werden. Jede Fachkraft, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzt kann daher einen wichtigen Teil zu einer steigenden Professionalität der Behandlung von substanzbezogenen Störungen von Kindern und Jugendlichen leisten. Die Vernetzung von Fachkräften ist in diesem Prozess von entscheidender Bedeutung, da OPS-Anträge primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände einzubringen sind. Vorschläge von Einzelpersonen sind dahingehend mit relevanten Fachverbänden abzustimmen.

Während der Entstehung der Thesis wurde deutlich, dass sich die befragten Expertinnen und Experten der Spezialstationen sowie die Verantwortlichen der zuständigen Fachverbände sehr für die Weiterentwicklung der aktuellen Standards interessieren und eine Umsetzung unterstützen möchten. Durch weitere Vernetzung und das vielfältige Fachwissen könnten die Vorschläge zur Änderung und Erweiterung der bestehenden Behandlungskodes der vorliegenden Forschungsarbeit eingebracht und für die Version 2022 des OPS umgesetzt werden.

7 Literaturverzeichnis

AWMF. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (Hg.) (2016): S3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001I_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02-abgelaufen.pdf. (Zugriff 16.02.2020). Berlin: 225-231,244-245

AWMF. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (Hg.) (2016): S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-024I_S3-Methamphetamin-bezogene-Stoerungen-2016-11.pdf (Zugriff 16.02.2020). Berlin, Springer: 84

Barth, Volker (2011): Sucht und Komorbidität. Grundlagen für die stationäre Therapie. Heidelberg. ecomed MEDIZIN: 272

Bastine, Reiner & Tuschen, Brunna (1996): Klinische-psychologische Diagnostik. In: Ehlers, Anke & Hahlweg, Kurt (Hg.): Grundlagen der Klinischen Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Band 1. Göttingen. Hogrefe: 195-268

BGB. Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2911) geändert worden ist

Bilitza, Klaus W. (2009). Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht: 18-23

Bilke-Hentsch, Oliver; Leménager, Tagrid (2019): Suchtmittelgebrauch und Verhaltenssüchte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht: 36, 42, 55-56

BKG Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V. (BKG) (2019): Arbeitspapier zur Dokumentation der Strukturvoraussetzungen von OPS-Komplexbehandlungskodes 2019 für das PEPP-System. URL: <https://www.bkg-online.de/infos-service/downloads/oeffentlich-zugaenglicher-download-bereich> (Zugriff: 03.10.2019)

BMG (Bundesministerium für Gesundheit). Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2017). Kinder aus suchtblasteten Familien. Bonn: 7-8

BMG. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2019): Drogen- und Suchtbericht 2019. URL: https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2019/2019_IV.Q/DSB_2019_mj_barr.pdf (Zugriff: 16.02.2020): 81

Brünger, Michael; Naumann, Alexander und Schepker, Renate (2010): Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen URL: https://www.bag-ped.de/sites/default/files/dateien/fachbeitrag_freiheitsentziehende-massnahmen_bag-aed.pdf (Zugriff 25.01.2020)

BVerfG 14.06.2007, 1 BvR 338/07, Absatz 1-51 URL: https://www.bag-ped.de/sites/default/files/dateien/fachbeitrag_freiheitsentziehende-massnahmen_bag-aed.pdf (Zugriff 02.01.2020) in: Brünger, Michael; Naumann, Alexander; Schepker, Renate (2010): Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

BWKG. Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (2019): Aktualisierung der Checklisten zu Strukturvoraussetzungen von OPS-Komplexcodes – 2019. URL: https://www.bwkg.de/daten-fakten/downloads/drg/file/news/aktualisierung-der-checklisten-zu-strukturvoraussetzungen-von-ops-komplexcodes-2019/?tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&cHash=1221f2ae1f606b3ed39dbbc4ea7d0334 (Zugriff: 10.04.2020)

BZgA. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2008): Gesundheit für Kinder und Jugendliche. 2. Auflage. Köln: 16-17

DBDD. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Hg.) (2019): Kurzbericht. Situation illegaler Drogen in Deutschland. Basierend auf dem REITOX-Bericht 2019 an die EMCDA (Datenjahr 2018 / 2019). München URL: https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2019/2019_Kurzbericht_illegale_Drogen_2018-2019.pdf (Zugriff: 16.02.2020)

DESTATIS. Statistisches Bundesamt (Hg.) (2017): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) – Fachserie 12 Reihe 6.2.1 – 2016 (letzte Ausgabe – berichtsweise eingestellt). URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/diagnosedaten-krankenhaus-2120621167005.html> (Zugriff: 19.02.2020)

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht) (2018). URL: https://www.deutschersuchtkongress.de/_Resources/Persistent/4218cb4aeebeeb9705617cc7449caa31c165cec79/Pressemitteilung_Deutscher_Suchtkongress_09_2018.pdf (Zugriff 10.04.2020)

DIMDI. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2017): Vorschlagsverfahren im DIMDI. URL: <https://www.dimdi.de/static/.downloads/deutsch/ablaufdiagramm.pdf> (Zugriff: 10.04.2020)

DIMDI. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2019): Vorschlagsverfahren für ICD-10-GM und OPS. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/vorschlagsverfahren/> (Zugriff 27.11.2019)

DIMDI. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (2019): OPS Vorabfassung 2020, vorläufige Fassung, Änderungen vorbehalten. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2020/block-9-65...9-69.htm> (Zugriff: 07.10.2019)

DGKJP. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie; BAG. Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie; BKJPP. Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2012): Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. URL: <http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2013/stn-2012-04-13-QE%20bei%20Kindern%20und%20Jugendlichen-dgkjp-bag-bkjpp.pdf> (Zugriff: 16.02.2020)

DHS. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hg.) (2018): Stationäre Einrichtungen: medizinische und pädagogische Angebote für abhängige Jugendliche. In: Wirth, Nadja (Hg.): Suchtprävention in der Heimerziehung. Handbuch zum Umgang mit legalen wie illegalen Drogen, Medien und Ernährung. 2. Auflage. Hamm: 62-63

Dilling, Horst, Mombour, Werner und Schmidt, Martin H. (2014): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 9. Auflage. Bern, Hans Huber: 107-114

Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin H.; Schulte-Markwort, Elisabeth (2016): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 6. Auflage. Bern, Hogrefe: 88-89

DKG. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2019): Mitgliederversammlung der DKG beschließt Erklärung zur Krankenhauspolitik. Kliniken schlagen Alarm und fordern Krankenhausgipfel. URL: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/kliniken-schlagen-alarm-und-fordern-krankenhausgipfel/> (Zugriff 05.04.2020). Berlin

Dresing, Thorsten und Pehl, Thorsten. (2015): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitung und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 6. Auflage. Marburg, Eigenverlag: 21-23

Drösler, Saskia E.; Neukirch, Benno; Undorf, Linda (2018): Dokumentationsaufwand in der Psychiatrie. KU Gesundheitsmanagement (3): 63-67

FamFG. Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586, 2587), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2633) geändert worden ist

First, Michael B. (2017): Handbuch der Differenzialdiagnosen- DSM-5. Göttingen, Hogrefe: 3-7

GG. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1546) geändert worden ist
Gorden, Raymond L. (1975): Interviewing. Strategies, techniques and tactics. The Dorsey Press. In: Gläser, Jochen und Glaudel, Grit. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften: 117

Hautzinger, Martin und Thies, Elisabeth (2009): Klinische Psychologie: Psychische Störungen kompakt. Basel, Beltz: 6

Heinz, Andreas; Batra, Anil; Scherbaum, Norbert; Gouzoulis-Mayfrang, Euphrosyne (2012): Neurobiologie der Abhängigkeit. Grundlagen und Konsequenzen für Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen. Stuttgart, Kohlhammer: 9

Herpertz-Dahlmann, Beate; Resch, Franz; Schulte-Markwort, Michael; Warnke, Andreas (2008): Entwicklungspsychiatrische Grundlagen von Diagnostik, Klassifikation, Therapie und Ethik. In: Herperzt-Dahlmann, Beate; Resch, Franz; Schulte-Markwort, Michael; Warnke, Andreas (Hg.): Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. 2. Auflage. Stuttgart. Schattauer: 303-351

IFT. Institut für Therapieforchung München (2016): Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen. URL: https://www.ift.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESPAD_Fact_Sheet_BY_2015.pdf (Zugriff 16.02.2020): 2-4

InEK. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2019): Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik, Version 2019 Definitionshandbuch. URL: <https://www.g-drg.de/content/view/full/7532?campaign=pepp19&kwd=defpepp19> (Zugriff: 03.10.2019)

Klaus-Grawe-Institut (2018): Die therapeutische Beziehung als zentraler Wirkfaktor der Psychotherapie. URL: <https://www.klaus-grawe-institut.ch/blog/die-therapeutische-beziehung-als-zentraler-wirkfaktor-der-psychotherapie/> (Zugriff: 20.02.20)

Klein, Michael (2016): Sucht und Familie: Alte Drogen, neue Drogen – alte Konzepte, neue Konzepte. URL: https://www.addiction.de/wp-content/uploads/2019/07/Sucht-und-Familie-Alte-Drogen-neue-Drogen-_alte-Konzepte-neue-Konzepte_070316MKlein.pdf (Zugriff: 10.04.2020)

Klein, Michael (2018): Angehörigenarbeit in der Suchthilfe. URL: https://www.addiction.de/wp-content/uploads/2019/07/Angeh%C3%B6rige_Hochstadt_Gespr%C3%A4che_060618.pdf (Zugriff: 10.04.2020)

Knoll, Andreas. (2014): Sucht - was ist das? Wuppertal, Blaukreuz: 24-29, 55-56

Krohne, Heinz Walter und Hock, Michael (2015): Psychologische Diagnostik. 2. Auflage. Stuttgart, Kohlhammer: 134, 462-463

Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim und Basel, Beltz Juventa: 164-172

Kuntz, Benjamin; Waldhauer, Julia; Zeiher, Johannes; Finger, Jonas D.; Lampert, Thomas (2018): Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KIGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(2): 45-58

Küstner, Udo J.; Thomasius, Rainer; Sack, Peter-M.; Zeichner, Dirk (2005): Ambulante Behandlung von Drogenabhängigen. In: Thomasius Rainer und Küstner, Udo J. (Hg.): Familie und Sucht. Stuttgart, Schattauer: 223-229

Lamnek, Siegfried und Krell, Claudia. (2016): Qualitative Sozialforschung. 6. Auflage. Weinheim, Beltz: 31, 338-343, 688

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Auflage. Weinheim und Basel, Beltz: 50-55, 71-84, 87, 123-124

Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Auflage. Weinheim, Beltz: 50-53

Möller, Christoph (2003): Jugend Sucht. Ehemals Drogenabhängige berichten. Göttingen, Vandenhoeck & Rupprecht: 24-25

Rommelspacher, Hans (1999): Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. In: Gastpar, Markus; Mann, Karl; Rommelspacher, Hans (Hg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart, Thieme: 28-29

Rommelspacher, Hans (2009): Neurobiologische Modelle. In: Thomasius, Rainer; Schulte-Markwort, Michael; Küstner, Udo J.; Riedesser, Peter (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart, Schattauer: 97

Scherbaum, Norbert (2017): Das Drogentaschenbuch. 5. Auflage. Stuttgart, Thieme: 199-203

Schneider, Ralf (2013): Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Baltmannsweiler, Schneider: 13-14

Schütze, Fritz (1977): Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen (MS). Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien Nr. 1. Bielefeld: 1

SGB VIII. Das Achte Buch Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 36 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist

Statista (2018): Bevölkerung – Zahl der Einwohner in Deutschland nach Altersgruppen am 31. Dezember 2018. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1365/umfrage/bevoelkerung-deutschlands-nach-altersgruppen/> (Zugriff: 16.02.2020)

StGB. Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 62 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist

Thomasius, Rainer (2008): Substanzbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter – diagnostische und therapeutische Strategien. In: Sucht Aktuell (2). Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e. V. Bonn: 42-47.

Thomasius, Rainer (2009): Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. In: Möller, Christoph (Hg.): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. 3. Aufl. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht: 13

Thomasius, Rainer; Stolle, Martin (2018): Substanzbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter - diagnostische und therapeutische Strategien. In: Sucht Aktuell. Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e. V. Bonn: 42-47

Tretter, Felix (2017): Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. 3. Auflage. Schattauer: 44

Tretter, Felix und Müller, Angelica (2001): Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen, Hogrefe: 53

Unicef (Hg.) (1989): Konvention über die Rechte des Kindes. URL: <https://www.unicef.de/blob/194402/a1bbed70474053cc61d1c64d4f82d604/d0006-kinderkonvention-neu-data.pdf> (Zugriff 25.01.2020)

VKD. Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (2019): Stellungnahme der Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankendirektoren Deutschlands e. V. zur Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie des G-BA (PPP-RL). Patientenzentrierte psychiatrische Krankenhausbehandlung – Quo vadis? URL: https://www.vkd-online.de/index.php/cat/2?mnd_article=news388947 (Zugriff 05.04.2020).

Wendt, Kai (2017): Suchthilfe & Suchttherapie. Leitfaden für die Praxis. Stuttgart, Schattauer: 43-46, 267-268

Zeiger, Johannes; Lange, Cornelia; Starker, Anne; Lampert, Thomas; Kuntz, Benjamin (2018): Tabak- und Alkoholkonsum bei 11 bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(2): 29-30

8 Anhang

- I) Checklisten zur Dokumentation der Strukturvoraussetzungen der OPS-Behandlungskodes 9-65, 9-67 und 9-694**

Krankenhaus:

Ansprechpartner/in im Krankenhaus:

Telefon: _____

**Mitteilung über die Erfüllung der Mindestmerkmale für den OPS-Kode Version 2020
9-65 Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen
Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen**

Sehr geehrte Damen und Herren,
wir möchten Sie darüber informieren, dass bei unserem Krankenhaus die Voraussetzungen zur Kodierung des
o. g. OPS-Kodes gegeben sind. Ergänzend geben wir Ihnen noch die nachfolgenden Informationen.

1. Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
2. Wöchentliche Teambesprechung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei Aufhalten von mehr als 6 Tagen) oder eine ausführliche Behandlungsplanung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen mindestens alle 4 Wochen
3. Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren nach ärztlicher Indikation patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen in einem kind- und/oder jugendgerechten, milieutherapeutischen Setting mit entwicklungspezifischem Umgang und Anleitung und mit Bezug auf das oder im Lebensumfeld des Patienten
4. Vertreter der folgenden Berufsgruppen sind in der Einrichtung vorhanden:
 - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. [Kinder-]Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)
5. ◦ Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen
 - Ergotherapeuten
 - Sozialarbeiter
 - Heilpädagogen
 - Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten
 - Logopäden:
 - Sonstige Spezialtherapeuten: _____
6. Im OPS-Katalog genannte oder im Aufwand vergleichbare Verfahren für Ärzte/Psychologen und Spezialtherapeuten werden angewandt.

Es werden nur Patienten mit den laut OPS-Kode vorgesehenen Voraussetzungen und Merkmalen behandelt. Die patientenbezogenen Voraussetzungen zur Kodierfähigkeit gehen aus den Behandlungsdokumentationen hervor.

Datum

Unterschrift Geschäftsführung

Diese Felder nur ausfüllen, wenn der Bogen bei einer MDK-Einzelfallprüfung verwendet wird!	
Voraussetzungen geprüft und bestätigt	Patienten-Identifikation
<p>_____ Datum</p>	<p>_____ Unterschrift</p>

Abb. 7: PEPP-Checkliste für den OPS-Kode Version 2020 9-65 (BWKG: 2019)

Krankenhaus: _____

Ansprechpartner/in im Krankenhaus:

Telefon: _____

**Mitteilung über die Erfüllung der Mindestmerkmale für den OPS-Kode Version 2020
9-67 Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen
Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen**

Sehr geehrte Damen und Herren,
wir möchten Sie darüber informieren, dass bei unserem Krankenhaus die Voraussetzungen zur Kodierung des
o. g. OPS-Kodes gegeben sind. Ergänzend geben wir Ihnen noch die nachfolgenden Informationen.

1. Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
2. Teambesprechung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen einmal pro Woche zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs
3. Vertreter der folgenden Berufsgruppen sind in der Einrichtung vorhanden:
 - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
 - Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. [Kinder-]Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)
 - Sonstige Spezialtherapeuten: _____
4. Im OPS-Katalog genannte oder im Aufwand vergleichbare Verfahren für Ärzte/Psychologen und Spezialtherapeuten werden angewandt.

Es werden nur Patienten mit den laut OPS-Kode vorgesehenen Voraussetzungen und Merkmalen behandelt. Die patientenbezogenen Voraussetzungen zur Kodierfähigkeit gehen aus den Behandlungsdokumentationen hervor.

Datum

Unterschrift Geschäftsführung

Diese Felder nur ausfüllen, wenn der Bogen bei einer MDK-Einzelfallprüfung verwendet wird!	
Voraussetzungen geprüft und bestätigt	Patienten-Identifikation
_____ Datum	_____ Unterschrift

Abb. 8:PEPP-Checkliste für den OPS-Kode Version 2020 9-67 (BWKG: 2019)

Krankenhaus:

Ansprechpartner/in im Krankenhaus:

Telefon: _____

Mitteilung über die Erfüllung der Mindestmerkmale für den OPS-Kode Version 2020 9-694 Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Sehr geehrte Damen und Herren,
wir möchten Sie darüber informieren, dass bei unserem Krankenhaus die Voraussetzungen zur Kodierung des o. g. OPS-Kodes gegeben sind. Ergänzend geben wir Ihnen noch die nachfolgenden Informationen zu für den stationären Gesamtaufenthalt zu erbringenden Maßnahmen.

1. Multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf einer Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) unter Leitung eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, mit individuellem, ärztlich indiziertem Einsatz von Fachtherapien wie z.B. Ergotherapie oder körperbezogene Therapieverfahren, mit schulischem Angebot (sofern schulpflichtig oder berufsschulpflichtig), mit entwicklungspezifischem Umgang und Anleitung, mit Bezug auf das oder im Lebensumfeld des Patienten im besonderen suchtspezifischen Setting.
2. Die Station hat ein hochstrukturiertes therapeutisches Milieu und arbeitet nach einem integrierten, auf das Störungsbild zugeschnittenen Konzept.
3. Die folgenden Merkmale sind mindestens Teil des Konzeptes:
 - Somatische Entgiftung, ggf. über Substitutionsmittel oder andere pharmakologische Unterstützung sowie suchtspezifische robrierende Maßnahmen, differenzierte somatische Befunderhebung mit Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen
 - Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen, Gesundheits- und Selbstfürsorgetrainings, soziales Kompetenztraining, Stabilisierung der familiären und/oder psychosozialen Situation, Klärung und Anbahnung der schulischen/beruflichen Wiedereingliederung, ggf. juristische und sozialrechtliche Anspruchsklärung sowie Behandlung nach Traumatisierung, Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung und Vermittlung, ggf. Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlungen oder erforderlicher Jugendhilfemaßnahmen
 - Suchtmedizinisches Assessment sowie Erhebung eines nicht substanzgebundenen Suchtverhaltens
 - Sofern erforderlich Begleitung bei Klärungen mit juristischen Instanzen
 - Diagnostik und Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischer Komorbidität bzw. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Grundstörung
 - Familienarbeit, sofern die Herkunftsfamilie kooperationsfähig ist, alternativ Arbeit mit Bezugspersonen aus Ersatzfamilien oder der Jugendhilfe

Es werden nur Patienten mit den laut OPS-Kode vorgesehenen Voraussetzungen und Merkmalen behandelt. Die patientenbezogenen Voraussetzungen zur Kodierfähigkeit gehen aus den Behandlungsdokumentationen hervor.

Datum

Unterschrift Geschäftsführung

Diese Felder nur ausfüllen, wenn der Bogen bei einer MDK-Einzelfallprüfung verwendet wird!	
Voraussetzungen geprüft und bestätigt	Patienten-Identifikation
_____ Datum	_____ Unterschrift

Abb. 9: PEPP-Checkliste für den OPS-Kode Version 2020 9-694 (BWKG: 2019)

II) Vorschlagsverfahren im DIMDI

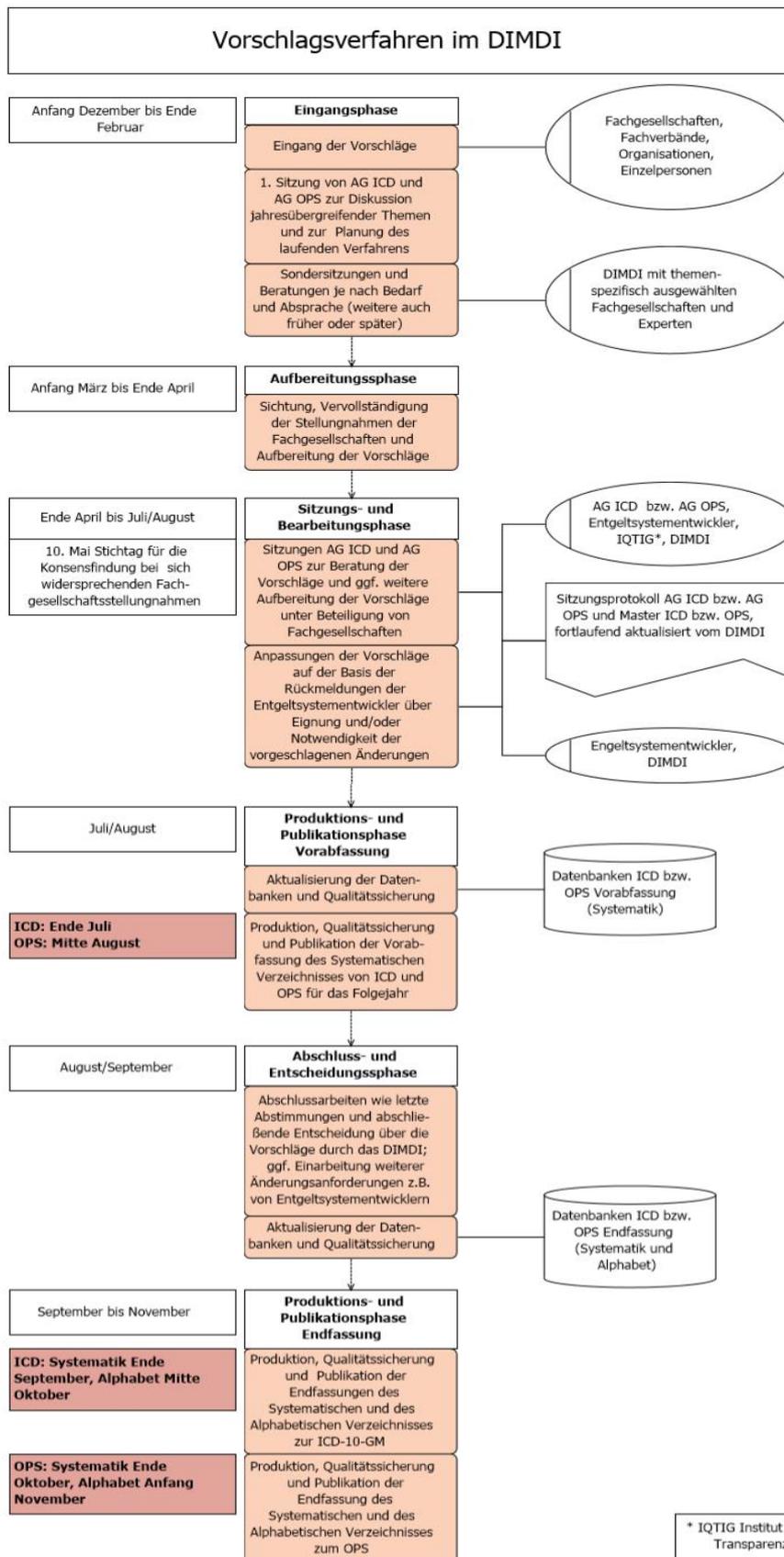


Abb. 10: Vorschlagsverfahren für ICD-10-GM und OPS (DIMDI: 2019)

III) Behandlungskonzept

Behandlungskonzept zur spezifischen Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen nach den strukturellen Kodiervoraussetzungen für den OPS-Kode 9-694 (Vorabfassung 2020)

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	156
2 Der Behandlungsrahmen – Psychiatrie (multiprofessionelles Team)	158
3 Leistungsbereiche/ Behandlungsmethoden	159
3.1 Personenkreis - Zielgruppe	159
3.2 Art und Ziele der Leistungen	160
3.2.1 Rechtsgrundlage.....	161
3.2.2 Ziele	162
3.2.3 Methodische Grundlagen.....	163
3.3 Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen	166
3.3.1 Therapeutischer Bereich (Mindestmerkmale)	166
3.3.1.1 Somatische Entgiftung (ggf. über Substitutionsmittel oder andere pharmakologische Unterstützung) und suchtspezifische robrierende Maßnahmen.....	166
3.3.1.2 Differenzierte somatische Befunderhebung mit Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen	167
3.3.1.3 Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen	167
3.3.1.5 Gesundheits- und Selbstfürsorgetrainings	168
3.3.1.6 Soziales Kompetenztraining	168
3.3.1.7 Stabilisierung der familiären und/oder psychosozialen Situation	170
3.3.1.8 Klärung und Anbahnung der schulischen/beruflichen Wiedereingliederung	170

3.3.1.9 Juristische und sozialrechtliche Anspruchsklärung, sofern erforderlich Begleitung bei Klärungen mit juristischen Instanzen sowie Behandlung nach Traumatisierung	171
3.3.1.10 Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung und Vermittlung, ggf. Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlung oder erforderlicher Jugendhilfemaßnahmen	172
3.3.1.11 Suchtmedizinisches Assessment sowie Erhebung eines nicht substanzgebundenen Suchtverhaltens	172
3.3.1.12 Diagnostik und Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischer Komorbidität bzw. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Grundstörung	173
3.3.1.13 Familienarbeit, sofern die Herkunftsfamilie kooperationsfähig ist, alternativ Arbeit mit Bezugspersonen aus Ersatzfamilien oder der Jugendhilfe.....	174
3.3.2 Versorgung	175
3.3.3 Finanzierung der Leistungen	175
4 Zusatzleistungen	175
5 Rahmenbedingungen des Stationsgeschehens.....	176
6 Personelle Ausstattung.....	177
7 Literaturverzeichnis	178

1 Einleitung

Kinder und Jugendliche sind zunehmenden Gefahren durch unterschiedliche Suchtmittel in unserer Gesellschaft ausgesetzt. Trotz der hohen Fallzahlen gibt es wenig stationäre Angebote für Kinder und Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen.

Durch die hohe Rate der Komorbidität und die Aufnahme dieser Klientel während akut psychiatrischer Krisen wird die Suchterkrankung oftmals nicht genau genug erkannt und behandelt, was zum Rückfall oder einer verstärkten Suchtproblematik nach der Behandlung führen kann. Es gilt daher Behandlungsangebote zu schaffen, die dieser besonderen Zielgruppe gerecht werden. Dabei ist es notwendig psychiatrische Grundstörungen und/oder Folgeerkrankungen mit in die Behandlung einzubeziehen. Diese sollen als auslösende oder aufrechterhaltende Bedingungen identifiziert werden und mit in das Therapieangebot aufgenommen werden. Eine Verzahnung aller am Behandlungsprozess Beteiligten zeigt seine Indikation vor allem im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung und Anschlussplanung aus medizinisch-psychologischer, sozialer und schulischer Betrachtungsweise. Mit einem Konzept, das auf Grundlage des Kode 9-694 entwickelt wird, soll ein Grundgerüst für stationäre Angebote geschaffen werden. Ein Behandlungsangebot, aufbauend auf diesen Standards, soll eine multiprofessionelle Behandlung für Kinder und Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen gewährleisten. Der Kode wird bei einfachem oder multiplem Substanzgebrauch kodiert und gilt für alle Formen des Konsums. Bei der Entwicklung der Mindeststandards sind die Erkenntnisse aus der (Sucht-)Therapieforschung sowie Besonderheiten der betroffenen Klientel speziell zu berücksichtigen und in die Behandlung miteinzubeziehen.

Die Informationen über die Kodierung sowie die bestehenden Mindeststandards werden in der OPS Version 2020 vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) genannt. Die genderspezifische Sprache wird im Konzept durch Verwendung der „gender-gap“ eingehalten. Ausnahmen sind durch die Übernahme der Inhalte des DIMDI begründet, um möglichst nah an den Vorgaben zu bleiben und diese korrekt evaluieren zu können.

Der Zusatzkode 9-694 zur spezifischen Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen kann als Zusatzkode nur in Kombination mit der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-65) und der psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-67) angegeben werden. Die Erfüllung der strukturellen Voraussetzungen dieser beiden OPS-Kodes (Anhang I) sind Voraussetzungen für die Anwendung des folgenden Konzeptes und werden übernommen. Die geforderten Berufsgruppen sind in Kapitel 2 „*Der Behandlungsrahmen – Psychiatrie (multiprofessionelles Team)*“ aufgelistet. In Kapitel 3.1 „*Personenkreis (Zielgruppe und Ausschlusskriterien)*“ sind die Intensivkriterien für den Primärkode 9-67 genannt. Die angewandten Verfahren für ärztlich-psychologisches Personal sowie Spezialtherapeuten, die in den Primärkodes beschrieben werden, werden in Kapitel 3.2.3 „*Methodische Grundlagen*“ für die Regel- und Intensivbehandlung beschrieben. Je nach Möglichkeit (Finanzen, Personalschlüssel, etc.) finden diese in der Behandlung Anwendung. Das therapeutische Milieu, das für den stationären Aufenthalt gefordert wird, wird im Kapitel 5 „*Rahmenbedingungen des Stationsgeschehens*“ durch praktische Überlegungen beschrieben.

Das vorliegende Konzept übernimmt die therapeutischen Leistungen aus dem Kode 9-694 (Mindestmerkmale) in Kapitel 3.3.1 „*Therapeutischer Bereich*“, die vom DIMDI gefordert werden. Es ist daher nicht als vollständig zu betrachten, sondern als „Grundgerüst“ für Spezialstationen zu verstehen. Die inhaltliche Ausgestaltung muss von den Verantwortlichen stets geprüft und auf aktuelle Gegebenheiten angepasst werden. Der stationäre Aufenthalt hat neben dem Behandlungskonzept ebenfalls Mindestmerkmale zu erfüllen:

- Multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf einer Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) unter Leitung eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Individueller, ärztlich indizierter Einsatz von Fachtherapien wie z.B. Ergotherapie oder körperbezogene Therapieverfahren

- Schulisches Angebot (sofern schulpflichtig oder berufsschulpflichtig)
- Entwicklungsspezifischer Umgang und Anleitung mit Bezug auf das Lebensumfeld des Patienten
- Die Station hat ein hochstrukturiertes therapeutisches Milieu und arbeitet nach einem integrierten, auf das Störungsbild zugeschnittenen Konzept

2 Der Behandlungsrahmen – Psychiatrie (multiprofessionelles Team)

Die Spezialstationen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie versorgen die Patienten der zugehörigen Städte und Landkreise. Dort sollen die notwendigen Komplexleistungen zur Diagnostik, Behandlung und weiterer Weichenstellung der Kinder und Jugendlichen sichergestellt werden.

Folgende Berufsgruppen sind auf Grundlage der Primärkodes 9-65 und 9-67 vorhanden.

- Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
- Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
- Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden)
- Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-) Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)

Die multidisziplinäre Versorgung findet nach dem Zusatzkode 9-694 auf einer Spezialstation für Suchtpatienten statt.

3 Leistungsbereiche/ Behandlungsmethoden

Um die Leistungsbereiche in der Behandlung von suchterkrankten Kindern und Jugendlichen im deutschen Gesundheitssystem beschreiben zu können, wird zunächst die Zielgruppe anhand der dazugehörigen Behandlungskodes definiert. Dabei sind die Kodes 9-65 und 9-67 für die Ausgestaltung der Behandlung von Bedeutung. Die Art und Ziele der Leistungen verlangen die Auseinandersetzung mit den aktuellen Rechtsgrundlagen die Behandlung betreffend. Die Ziele der Behandlung von suchterkrankten Kindern und Jugendlichen sollen dargestellt und mit den Ausführungen zu den methodischen Grundlagen ergänzt werden. Der Inhalt, Umfang und die Qualität der Leistungen wird im vorliegenden Konzept für den therapeutischen Bereich durch die vorgegebenen Mindestmerkmale des Zusatzkode 9-694 beschrieben. Abschließend beinhaltet das Konzept Überlegungen zur strukturellen Versorgung und Finanzierung der Leistungen, um die geforderten Maßnahmen in die Praxis transferieren zu können.

3.1 Personenkreis - Zielgruppe

Unter den Zusatzkode 9-694 fallen Patientinnen und Patienten, die in Kombination mit den Kodes 9-65 oder 9-67 kodiert werden. Das Konzept ist für die Behandlung von Personen anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr). Dabei findet der Kode bei einfachem oder multiplem Substanzmissbrauch Anwendung und gilt für alle Formen des Konsums. Die Behandlung von Entzugserscheinungen ist im Kode mit inbegriffen.

Eine Behandlung von Patientinnen und Patienten, bei denen eine Intensivbehandlung nach OPS-Kode 9-67 notwendig ist, ist im Konzept eingeschlossen. Wird nach Intensivbehandlung kodiert, trifft mindestens eines der folgenden Merkmale zu, die vom DIMDI (2019) genauer definiert sind:

- Deutlich erhöhter Pflegeaufwand
- Erhöhter Einzelbetreuungsbedarf wegen mangelnder Gruppenfähigkeit
- Selbstgefährdung
- Fremdaggressives Verhalten mit deutlicher Beeinträchtigung des Gruppenmilieus
- Störungsbedingt nicht einschätzbarer, nicht kooperationsfähiger Patient
- Erforderliche Maßnahmen zur Gefahrenabwehr
- Substanzbedingt erhöhter Betreuungsbedarf

Für den Nachweis der Merkmale ist die Regeldokumentation in der Patientenakte ausreichend. Eine Intensivbehandlung wird so lange kodiert, wie mindestens eines der genannten Merkmale besteht.

3.2 Art und Ziele der Leistungen

Die Art und Ziele der erbrachten Leistungen sind vor dem Hintergrund der geltenden Rechtsgrundlagen auszugestalten. Dabei ist das Kindeswohl hinsichtlich der Unterbringung sowie freiheitsentziehenden Maßnahmen stets der wichtigste Bezugspunkt, wobei das vorliegende Konzept die geltenden Richtlinien für die Behandelnden mit einbezieht. Diese Rahmenbedingungen stellen eine wichtige Voraussetzung zur Erreichung der Behandlungsziele dar. Um diese praxisnah umsetzen zu können, werden die methodischen Grundlagen, die spezifisch für die ärztlich-psychologischen Maßnahmen sowie die Verfahren der Spezialtherapeuten vom DIMDI (2019) dargestellt werden, näher beschrieben.

3.2.1 Rechtsgrundlage

Kinder und Jugendliche werden generell in eine kinder- und/oder jugendpsychiatrische Behandlung aufgenommen, wenn das Kindeswohl, die Gesundheit sowie der Entwicklungsprozess dieser gefährdet ist und die Indikation für eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung vorliegt. Die Aufnahme in eine Spezialstation ist notwendig, wenn die vorliegende Symptomatik nur stationär behandelt werden kann und ambulante Möglichkeiten ausgeschöpft wurden. Der stationäre Rahmen bietet vor allem Suchterkrankten eine schützende Atmosphäre, um sich mit der eigenen Problematik, weg vom oft aufrechterhaltenden Umfeld, auseinanderzusetzen. Durch vielfältige Konstellationen sind freiheitsentziehende Maßnahmen zum Schutz des Kindeswohls oftmals unumgänglich. Folgende Rechtsgrundlagen sind hierbei maßgeblich:

Die Unterbringung Minderjähriger verbunden mit einer Freiheitsentziehung ist im § 1631b BGB geregelt. Dies bedarf eines Antrags der Sorgeberechtigten und die Genehmigung des zuständigen Familiengerichts. Die Anwendung des § 1631b BGB verlangt die Bestellung eines Verfahrensbeistandes nach § 158 FamFG. Besteht eine Diskrepanz zwischen fachärztlichem Gutachten und dem Wunsch der Sorgeberechtigten bez. einer akuten Gefahr für das Wohl der Betroffenen, ist nach § 1666 BGB zu prüfen, welche Maßnahmen zur Abwendung der Gefahr des Kindeswohls erforderlich sind.

Eine Unterbringung mit Freiheitsentziehung gemäß § 1631b BGB kann durch die Sorgeberechtigten beendet werden. Sollte dies das Kindeswohl gefährden, sind Schritte in Richtung einer Sorgerechtsbeschränkung gemäß § 1666 BGB oder Unterbringung nach Unterbringungsgesetz des Landes zu diskutieren. Eine Freiheitsbeschränkung im Rahmen einer Betreuung nach § 1906 BGB verlangt einen Ergänzungspfleger, der über das Recht zur Aufenthaltsbestimmung sowie über eine Gesundheitsvollmacht verfügt. Der Einsatz kann durch die Klinik angeregt werden, wenn es dem Wohl des zu Betreuenden entspricht. Besteht eine Betreuung, ist die Begründung einer Unterbringung nach § 1800 BGB i.V.m. § 1915 BGB geregelt.

Die Feststellung des Bedarfs, der Hilfeart sowie die notwendigen Leistungen im Behandlungsprozess sind wichtiger Bestandteil der Perspektivenklärung. Die Rechtsgrundlage für das Hilfeplanverfahren sowie die Ausgestaltung der Hilfen sind in §§ 36 ff. KJHG geregelt. Sind weitere Maßnahmen der Jugendhilfe auf Grundlage des § 35a SGB VIII i.V.m. §§ 27 ff. SGB VIII (evtl. auch mit Freiheitsentziehung verbunden) Teil des Behandlungsprozesses, ist eine fachliche Begutachtung und Beratung durch zuständige Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater und/oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu empfehlen.

Eine Isolierung oder Fixierung ist stets als Notfallmaßnahme zu verstehen und nach Ausschöpfung aller vorhandenen Mittel bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung indiziert. In der Regel ist die Genehmigung nach § 1631b BGB zeitnah einzuholen.

Eine strafrechtliche Unterbringung ist nach § 56c Abs. 3 StGB möglich. Die Weisung darf nur mit Einwilligung der zu Behandelnden erteilt werden. Freiwillige Behandlungen auf einer geschützten/geschlossenen Station sind, abhängig vom Alter der Patienten und dem jeweiligen Familiengericht ebenfalls auf Antrag der Sorgeberechtigten nach § 1631b BGB zu genehmigen.

Die speziellen Richtlinien für die Datenschutzbestimmungen in der Jugendhilfe sind in den §§ 61-68 KJHG geregelt. Des Weiteren sind hier die strafrechtlichen Bedingungen nach § 203 StGB zu beachten.

3.2.2 Ziele

Suchterkrankungen führen zu psychischen, körperlichen und sozialen Schäden, die unbehandelt tödlich enden können. Eine spezifische Behandlung begründet sich daher auf wesentliche Unterziele wie die Sicherung des Überlebens, Förderung von Krankheitseinsicht, Aufbau von Motivation zur Veränderung, Aufbau konsumfreier Zeiten sowie dem Erlernen im Umgang mit Hochrisikosituationen und somit Vorbeugen von Rückfällen. Die tragende Rolle einer Veränderungsmotivation wird im therapeutischen

Sinn nicht als Eingangskriterium verstanden, sondern ist Ziel einer ganzheitlichen therapeutischen Sichtweise und Teil des Behandlungsplans.

Im Drogen- und Suchtbericht (2019) wird als Ziel genannt, die soziale und berufliche Teilhabe der Betroffenen zu sichern. Somit ist die Behandlung suchterkrankter Kinder und Jugendlicher ein wichtiger Teil der nationalen Drogenpolitik hinsichtlich Beratung und Behandlung. Durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie soll eine therapiezielorientierte Behandlung gewährleistet werden. Grundsätzlich soll durch diese Behandlung der bio-psycho-soziale Gesundheitszustand der Betroffenen stabilisiert werden. Dies meint ein suchtmittelfreies, körperlich gesundes und sozial integriertes und stabiles Leben. Die Erreichung und der Erhalt der Abstinenz ist somit übergeordnetes Ziel einer suchtspezifischen Behandlung. Die Reintegration in Arbeit, Schule und Gesellschaft ist ein wesentlicher Bestandteil einer strukturierten Lebensführung und soll durch die Bündelung der Kenntnisse unterschiedlicher Berufsgruppen und Methoden erreicht werden. Auf den Spezialstationen ist daher eine differenzierte sowie ganzheitliche Vorgehensweise erforderlich. Die Verzahnung der einzelnen Berufsgruppen und Ressourcen im Hilfesystem tragen so ihren Teil in verschiedenen Behandlungsphasen wie Entzug, Diagnostik und Perspektivklärung bei und gewährleisten eine professionelle Behandlung.

3.2.3 Methodische Grundlagen

Die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren erfolgt nach ärztlicher Indikation patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen in einem kind- und/oder jugendgerechten, milieuthérapeutischen Setting. Es finden wöchentliche Teambesprechungen mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs oder eine ausführliche Behandlungsplanung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen alle 4 Wochen statt.

Folgende der ärztlichen und psychologischen Maßnahmen gelten nach DIMDI (2019) als angewandte Verfahren:

- Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch
- Einzelpsychotherapie mit kind- und jugendgerechten Verfahren
- Gruppenpsychotherapie und Entspannungsverfahren
- Elterngespräche, Familiengespräche und Familientherapie und /oder Gespräche mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie)
- Gespräche und Beratungen mit Richtern oder Behördenvertretern
- Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
- Aufklärung (Kind/Jugendlicher und Bezugspersonen), Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie

Erfüllen Patienten die Intensivmerkmale sind folgende ärztlich/psychologische Verfahren ergänzend genannt:

- Anleitung von Teammitgliedern im Umgang mit dem Patienten, z.B. Begleitung von Deeskalationen (desaktualisierendes „Talking down“ bis hin zu Freiheitseinschränkung oder Freiheitsentzug)
- (Störungsspezifische) Psychoedukation
- Monitoring und ärztliche Behandlung von Entzugssymptomatik
- Begleitung bei richterlichen Anhörungen oder (fach-)ärztliche Stellungnahmen zur Unterbringung

Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:

- Begleitung in die Patientengruppe
- Anleitung bei sozialer Interaktion
- Gelenkte Freizeitaktivitäten, Medienpädagogik, Erlebnispädagogik/-therapie mit therapeutischem Auftrag gemäß Gesamtbehandlungsplan

- Angehörigengespräche und gezielte Anleitung der Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu
- Heilpädagogische oder ergotherapeutische Förder- und Behandlungsverfahren
- Spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining, Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Mitpatienten wie Spiel, Sport, Freizeit)
- Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
- Bewegungstherapie, Mototherapie, Logopädie
- Erlebnispädagogik oder -therapie
- Übende Verfahren und prospektive Hilfekoordination hinsichtlich der geplanten Reintegration in Schule und soziales Umfeld, inklusive Behandlung als Home-treatment
- Entspannungsverfahren
- Gespräche mit Behördenvertretern

Erfüllen Patienten die Intensivmerkmale sind folgende Verfahren der Spezialtherapeuten ergänzend genannt:

- Einzelbegleitung bei sozialen Aktivitäten (z.B. Mahlzeiten, Freizeit) zur Vermeidung von Überforderung oder Konflikten
- Sofern ärztlich vertretbar, Begleitung und Ausgang
- Angehörigengespräche und gezielte Anleitung der Bezugspersonen aus dem familiären oder sozialen Raum, Begleitung von Besuchskontakten auf der Station
- Ergotherapeutische Behandlungsverfahren, Bewegungstherapie, Krankengymnastik, Kunst- und Musiktherapie, Entspannungsverfahren in Einzelkontakt oder Kleinstgruppe
- Interventionen hinsichtlich der geplanten Überleitung in Regelbehandlung oder rehabilitative Anschlussmaßnahmen (z.B. Jugendhilfe)

3.3 Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen

Im vorliegenden Konzept werden die therapeutischen Leistungen auf Grundlage der Mindestmerkmale des Zusatzkode 9-694 dargestellt. Da rein inhaltliche Überlegungen zur Umsetzung der Behandlungsziele die Anwendung eines suchtspezifischen Konzeptes nicht allein tragen, gilt es die strukturelle Versorgung der Klientel sowie die Finanzierung der Behandlung sicherzustellen.

3.3.1 Therapeutischer Bereich (Mindestmerkmale)

Die therapeutischen Leistungen werden nach dem Zusatzkode 9-694 beschrieben und durch Anmerkungen des Autors zur möglichen praktischen Umsetzung ergänzt.

3.3.1.1 Somatische Entgiftung (ggf. Substitutionsmittel oder andere pharmakologische Unterstützung) und suchtspezifische roborierende Maßnahmen

Die somatische Entgiftung hat die Bewältigung des körperlichen Entzugssyndroms zum Ziel. Die Gabe von Medikamenten beim körperlichen Entzug sowie auftretenden psychischen Begleit- und Folgeerkrankungen muss als roborierende Maßnahme individuell entschieden werden. Durch den Konsum bedingte Einschränkungen sollen behandelt werden. Dies betrifft die körperliche Leistungsfähigkeit im Allgemeinen sowie die Einschränkungen durch den suchttypisch wenig achtsamen Lebensstil. Je nach Befund sollten auch Veränderungen im Essverhalten oder der Gewichtsrehabilitation durch eine Ernährungsberatung Zugang zur Behandlung finden. Insgesamt zeigt sich

ein Bedarf beim Erlernen einer „gesunden“ Dosierung in verschiedenen Bereichen wie z.B. Essen, Trinken, Medienkonsum, etc.

3.3.1.2 Differenzierte somatische Befunderhebung mit Behandlung von Folge und Begleiterkrankungen

Durch den Konsum psychotroper Substanzen zeigt sich bei vielen Patientinnen und Patienten eine Vernachlässigung eigener Fürsorge, was verschiedene Erkrankungen und Einschränkungen für diese zur Folge hat. Konsumtypische Verletzungen wie Infektionen an Einstichstellen oder nachfolgende Erkrankungen wie HIV oder Hepatitis sowie die grundsätzlich körperliche Verfassung werden abgeklärt. Diese Maßnahme sollte verlaufsbegleitend fortbestehen und auch nach Rückfällen umfassend wiederholt werden.

3.3.1.3 Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen

Die Thematisierung von Missbrauch und Abhängigkeit psychotroper Substanzen ist im Kindes- und Jugendalter eine wichtige Grundlage. Die Suchterkrankung soll so nicht als Charakter- oder Willensschwäche, sondern als erlerntes Verhalten betrachtet werden, welches wieder verlernt werden kann. Dies geschieht durch Klärung auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen sowie Erlernen und Einüben neuer Verhaltensweisen und schafft die Zuversicht diese Ziele selbstwirksam zu erreichen. Die Betroffenen können durch diese Maßnahme Vor- und Nachteile des Konsums erarbeiten und ihre Ambivalenz hinsichtlich des momentanen Verhaltens erkennen. Dadurch wird die Veränderungsmotivation in Richtung eines abstinenten Lebens verstärkt.

Die Aufklärung über das bio-psycho-soziale Bedingungsgefüge einer Suchterkrankung sowie die Arbeit mit Rückfallmodellen schafft ein besseres Verständnis über die Erkrankung und dient ebenso der Rückfallprophylaxe, da so eigene Hochrisikosituationen und Konsummuster erkannt und bearbeitet werden können.

Die Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen dient somit dem allgemeinen Verständnis von Suchterkrankungen mit auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen, der Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung und Motivation Betroffener sowie der Aufklärung über empfohlene Therapieoptionen und Anschlussmaßnahmen, um Compliance dafür zu schaffen.

3.3.1.5 Gesundheits- und Selbstfürsorgetrainings

Im Verlauf einer Suchterkrankung kümmern sich Patientinnen und Patienten meist wenig um den Erhalt ihrer psychischen und/oder physischen Gesundheit. Um diese Selbstfürsorge im Alltag nach der Behandlung erhalten zu können, soll in der Behandlung (wieder) ein Bewusstsein dafür geschaffen werden. Hierbei geht es um die individuellen Bedarfe und Problemlagen der Betroffenen. Beispielsweise hilft das Erlernen und Einüben von Entspannungstechniken beim Abbau von Anspannung im stationären Alltag und dient weiterhin als Skill zur Rückfallprophylaxe im Alltag.

3.3.1.6 Soziales Kompetenztraining

Die Anforderungen des Alltags stellen vor allem Kinder und Jugendliche vor große Herausforderungen. Die zusätzlichen Problemlagen, die durch eine Suchterkrankung entstehen, stellen noch einen weiteren Stressfaktor im Alltag Betroffener dar.

Suchterkrankte zeigen zudem noch oftmals belastende Persönlichkeitsfaktoren wie soziale Ängste, mangelndes Durchsetzungsvermögen oder dissoziale Verhaltensweisen, die bereits im Kindes- und Jugendalter bestehen können. Dies sind weitere Prädiktoren für Schwierigkeiten in den Sozialkontakten, die sich auf das individuelle Konsumverhalten als Möglichkeit zur Problembewältigung auswirken. Es entsteht ein Kreislauf bestehend aus überfordernden Entwicklungsaufgaben, Auswirkungen der Suchterkrankung sowie belastenden persönlichen Faktoren, denen oftmals mit dysfunktionalem Verhalten begegnet wird.

Ein gezieltes Soziales Kompetenztraining (SKT) bereitet die Kinder und Jugendlichen auf die Anforderungen des Alltags vor. Durch ein Wahrnehmungstraining lernt die Klientel sich und andere besser einzuschätzen sowie eigene Bedürfnisse und Wünsche wahrzunehmen. Vor allem bei Suchtpatientinnen und -patienten spielt die eigene Wahrnehmung eine große Rolle im Behandlungsprozess, um funktional mit Bedürfnissen, Wünschen und Emotionen umgehen zu lernen.

Die Bewertung von Selbst- und Fremdwahrnehmung ist für Kinder und Jugendliche, vor allem in der Peergroup, ein wichtiger Faktor, der sich stark auf zukünftiges Verhalten auswirkt. Ein SKT bietet die Möglichkeit die eigene Wahrnehmung durch die Rückmeldungen der Gruppe zu überprüfen. Durch dieses Hinterfragen können alternative Bewertungen und Strategien hinsichtlich dysfunktionaler Verhaltensweisen erarbeitet und eingeübt werden.

Die Schulung von Kommunikation und Konfliktmanagement ermöglicht einen konstruktiveren Umgang mit Konfliktsituationen. Eigene Bedürfnisse sollen adäquat vertreten werden. Dies fördert einen funktionalen Umgang mit stressauslösenden Situationen, durch diese der Wunsch zu konsumieren eben oft ausgelöst wird. In lebensnahen Projekten, Aufgaben und Rollenspielen werden diese alternativen Verhaltensweisen im geschützten Rahmen eingeübt und verfestigt. Dies trägt zu einer realistischen Selbsteinschätzung bei und fördert die Selbstwirksamkeitserwartung ohne die Betroffenen zu überfordern.

Der stationäre Rahmen ermöglicht klare Abmachungen und lässt ein strukturiertes Vorgehen zu. Dies bietet einen geschützten Rahmen für alle Teilnehmenden und

fördert ehrliches Feedback. Anregungen zum Korrigieren dysfunktionaler Verhaltensweisen können so bereitwilliger angenommen werden.

3.3.1.7 Stabilisierung der familiären und/oder psychosozialen Situation

Die alterskorrelierten Eigenarten der Zielgruppe sollten bei dieser Maßnahme mit einbezogen werden. Die Entwicklung einer Zukunftsperspektive sowie die Ablösung vom Elternhause und die Entwicklung eigener Identität stellen neben der Suchterkrankung große Herausforderungen für die Klientel dar. Zudem treten oftmals erhebliche Konflikte im familiären und/oder sozialen Umfeld auf, was einen massiven Bedarf an (elterlicher) Unterstützung und Zuwendung erkennen lässt.

Der Behandlungsverlauf wird vor allem im Kindes- und Jugendalter massiv vom sozialen Umfeld der Klientel beeinflusst, da in dieser Zeit die Peergroup einen großen Einflussfaktor auf das Verhalten darstellt. Somit ist die Freizeitgestaltung und Alltagsbewältigung, die oft durch den Suchtmittelkonsum bestimmt wurde, ein Teil der Behandlung. Die Strukturierung des Alltags hilft dabei, wieder neue Beschäftigungen zu finden und ein suchtmittelfreies Leben zu ermöglichen. Die Vernetzung zu weiterführenden Maßnahmen trägt dabei erheblich zur Stabilisierung, v.a. beim Übergang in den Alltag, der familiären und/oder psychosozialen Situation bei.

3.3.1.8 Klärung und Anbahnung der schulischen/beruflichen Wiedereingliederung

Durch eine Anknüpfung an der individuellen Situation betroffener Kinder und Jugendlicher sollen diese bei der schulischen und/oder beruflichen Integration unterstützt

werden. Dies fordert die genaue Prüfung von Möglichkeiten und Grenzen sowie Begabungen und Schwächen der Schülerinnen und Schüler, um den weiteren Weg beraten und Weichen stellen zu können. Eine Reintegration in die Herkunftsschule oder die Vermittlung in adäquate schulische Angebote sollen im Behandlungsverlauf erreicht werden.

Um die berufliche Situation der Betroffenen zu stabilisieren sind Vermittlungen in verschiedene Maßnahmen der Arbeitsrehabilitation, Praktika sowie die Hilfestellung beim Finden geeigneter Ausbildungsplätze wichtige Punkte zur Stabilisierung der gesundheitlichen Situation Betroffener nach dem stationären Aufenthalt. Weiterhin stellen diese Maßnahmen große Schritte in Richtung finanzieller Autonomie und Tagesstruktur dar.

Im Behandlungsverlauf sollen dabei Teilziele mit den Betroffenen besprochen werden, die im stationären Setting erreicht werden können. Des Weiteren ist die Planung der weiteren Vorgehensweise nach der stationären Behandlung Teil der Stabilisierung der Patientinnen und Patienten.

3.3.1.9 Juristische und sozialrechtliche Anspruchsklärung, sofern erforderlich Begleitung bei Klärungen mit juristischen Instanzen sowie Behandlung nach Traumatisierung

Kinder und Jugendliche werden aufgrund der umfassenden Vorgänge, die eine rechtliche Anspruchsklärung verlangt, unterstützt und aufgeklärt. Die Einbeziehung der Eltern bei der Handhabung sozialrechtlicher Angelegenheiten sollte dabei erfolgen. Den Betroffenen sollte im Behandlungssetting die Möglichkeit gegeben werden, sich auf Behördengänge vorzubereiten.

Durch die hohe Anzahl traumatisierter Kinder und Jugendlicher und den damit einhergehenden Auswirkungen auf das Suchtverhalten der Zielgruppe ist die Diagnostik und

Behandlung durch Mitarbeitende mit speziell traumatherapeutischer Kompetenz in den Therapieplan mit einzubeziehen.

3.3.1.10 Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung und Vermittlung, ggf. Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlung oder erforderlicher Jugendhilfemaßnahmen

Hilfeplangespräche finden gemeinsam mit Sorgeberechtigten sowie dem zuständigen Jugendamt statt, wenn dieses involviert ist. Durch den stationären Aufenthalt wird oftmals die überlastete Situation der Familien deutlich. Können diese während des Aufenthalts nicht so stabilisiert werden, dass eine positive Prognose getroffen werden kann, müssen Möglichkeiten der Anschlussbehandlung besprochen werden.

Eine Vermittlung in das regionale oder überregionale Versorgungsnetzwerk ist hierbei von großer Bedeutung, um passende Angebote finden zu können. Auch wenn die Angebote nicht angenommen werden, bietet die Thematisierung die Möglichkeit nach einem eventuellen Scheitern der Zielvorstellungen im Alltag darauf zurückzugreifen.

Je nach individueller Problemlage kommen Kooperationen mit niedergelassenem ärztlichen Personal verschiedener Fachrichtungen, Jugendämtern, psychosozialen Diensten, Schulen, Suchtberatungsstellen, etc. zum Einsatz.

3.3.1.11 Suchtmedizinisches Assessment sowie Erhebung eines nicht substanzgebundenen Suchtverhaltens

Ein suchtmedizinisches Assessment sollte ein bio-psycho-soziales Entstehungsmodell mit in den anamnestischen Prozess miteinschließen. Eine Suchtanamnese, die

Aufschluss über Konsummuster, -menge und -dauer gibt sollte daher zu Beginn der Behandlung erhoben werden. Weiterhin erfolgt die Untersuchung körperlicher, psychischer und sozialer Funktionalität. In der Arbeit mit Suchtkranken sind auf körperlicher Ebene beispielsweise Beeinträchtigungen bei Ernährungs- und Hautzustand, Mobilisation, Selbstpflege sowie Schmerzen und Infektionen zu beachten. Als die psychische Gesundheit beeinträchtigende Faktoren sind beispielsweise die eigene Person betreffende Faktoren wie erhöhte Risikobereitschaft, psychische Vorerkrankungen oder abweichender Realitätsbezug zu nennen. Zur Beeinträchtigung der Gesundheit durch abnorme soziale Gegebenheiten zählen die Wohnsituation, schulische Situation, fehlende Wärme oder Fürsorge im sozialen Umfeld, Überfürsorge, etc.

Somit findet im Behandlungsverlauf eine körperliche Untersuchung, psychologische Diagnostik, die Abklärung der sozialen Situation sowie die Untersuchung der aktuellen Konsummuster sowie komorbider Störungen statt. Dabei wird nicht substanzbedingtes Suchtverhalten (Medienkonsum, Kaufsucht, Sport, etc.) erhoben und bei Bedarf mit in den Therapieplan aufgenommen.

3.3.1.12 Diagnostik und Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischer Komorbidität bzw. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Grundstörung

Dazu zählen testpsychologische Untersuchung, z.B. Persönlichkeits- und Intelligenzdiagnostik. Dies sind wichtige Ansatzpunkte für die weitere Behandlungsplanung und Weichenstellung weiterer Hilfen. Eine medikamentöse Therapie kann somit ebenfalls indiziert sein und begonnen werden. Der stationäre Rahmen bietet gute Überwachungs- und Beobachtungsmöglichkeiten, um die Wirkungsweise und den Profit einer Medikation überprüfen zu können.

Begleiterkrankungen oder kinder- und jugendpsychiatrische Grundstörungen werden nach einer ausführlichen Diagnostik mitbehandelt. Dabei ist die Stärke im stationären Setting die Verlaufsdagnostik. Es soll erkannt werden, welche Störungen durch den

Konsum einer psychotropen Substanz ausgelöst wurden, begleitend bestehen, oder vor der Manifestation der Suchterkrankung vorlagen.

3.3.1.13 Familienarbeit, sofern die Herkunftsfamilie kooperationsfähig ist, alternativ Arbeit mit Bezugspersonen aus Ersatzfamilien oder der Jugendhilfe

Da Angehörige und Bezugspersonen oftmals mitbetroffen sind und/oder unter dem Verhalten der Erkrankten leiden kommt deren Einbindung in den Behandlungsverlauf große Bedeutung zu. Belastende oder chronifizierte Konflikte können durch eine objektive Instanz neu aufgerollt und geklärt werden. Die Aktivierung des sozialen/familiären Netzwerks trägt zur Stabilisierung der Gesamtsituation und Verselbstständigung der Betroffenen bei.

Des Weiteren können durch die Arbeit mit betroffenen Familien mögliche Muster der Co-Abhängigkeit erkannt und bearbeitet werden. Durch die Veränderung dieser Verhaltensmuster werden Kinder und Jugendliche beim Verändern ihrer dysfunktionalen Verhaltensmuster bestärkt und unterstützt. So wird die Situation im Sinne eines Krankheitsbildes und nicht als Schuldzuweisung betrachtet. Bezugspersonen sind weiterhin ein wichtiger Teil der Diagnostik und können in diesem Prozess ebenso eingebunden werden. Dies bietet wichtige Erkenntnisse zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchterkrankung.

Vor allem bei jungen Patientinnen und Patienten sollen elterliche Erziehungskompetenzen gestärkt werden, um Stabilität im Alltag erreichen zu können. Der Übergang ins gewohnte soziale Umfeld ist für Suchterkrankte durch Einbezug der Bezugspersonen leichter zu bewerkstelligen. Eltern und andere Bezugspersonen können bei Bedarf in weiterführende Hilfeangebote (Psychotherapie, Selbsthilfegruppen) angebunden werden.

3.3.2 Versorgung

Um den Alltag und die geforderten Standards umsetzen zu können benötigen die Spezialstationen ein Netzwerk verschiedener Dienste. Dies beinhaltet hauswirtschaftliche Versorgung, technische Dienste, Reinigung, Fahrdienste sowie die ärztlich-therapeutische Versorgung der Kinder und Jugendlichen. Die Träger der Einrichtungen sind für die Umsetzung verantwortlich.

3.3.3 Finanzierung der Leistungen

In Deutschland werden die psychiatrischen Kliniken und deren Leistungen von den jeweiligen Bundesländern oder Regierungsbezirken finanziert. Ausgehend von den Vorgaben des § 17d KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) werden psychiatrische und psychosomatische Leistungen auf der Grundlage tagesbezogener Entgelte finanziert (BMG, 2019).

4 Zusatzleistungen

Aufgrund der unterschiedlichen Situationen, in denen sich die Patientinnen und Patienten mit Bezugspersonen und/oder Angehörigen befinden, können Zusatzleistungen wie Hausbesuche oder Fahrtkosten im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens mit dem zuständigen Jugendamt vereinbart werden.

5 Rahmenbedingungen des Stationsgeschehens

Im Zusatzkode 9-694 wird ein hochstrukturiertes therapeutisches Milieu der Spezialstationen genannt.

Ein strukturierter Alltag ist vor allem für Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung von hoher Bedeutung, da dieser oftmals in den zugehörigen sozialen Systemen nicht oder wenig erlebt wurde. Es gilt daher einen sinnvollen Tagesablauf auf einer Station zu schaffen, der diese verlässlichen Strukturen vorgibt und die Patienten in der Übernahme von Eigenverantwortung fördert. Dabei sind die unterschiedlichen Kompetenzen und Einschränkungen der Patientinnen und Patienten unbedingt zu beachten. Diese befinden sich je nach Altersgruppe, Entwicklungsstand und Vorschreiten der Behandlung in unterschiedlichen Phasen kognitiver, körperlicher und psychischer Leistungsfähigkeit. Um ein möglichst hoch strukturiertes Milieu zu schaffen sollte auf hohe Transparenz des Stationsgeschehens geachtet werden. Es gilt nötige Informationen bereitzustellen, so beispielsweise Aushänge oder den Tagesablauf barrierefrei zugänglich zu machen. Ebenfalls sind die Regeln des Stationsalltags wichtige Anhaltspunkte, um einen strukturierten Alltag und Handlungssicherheit bei Betroffenen und im Team zu schaffen.

Dazu zählen Regelungen zu Hygiene, Essen und Getränke, Besuchen, Kontakt zum sozialen Umfeld, Suchtmitteln und Suchtmittelkontrollen, begleiteter und unbegleiteter Ausgang, Fernbleiben von Therapiemaßnahmen, nicht erledigten therapeutischen Trainings und Aufgaben, Schweigepflicht, gefährlichen Gegenständen, Rückfällen, Paarbeziehungen sowie generelle Regelverstöße.

6 Personelle Ausstattung

Die geforderten Berufsgruppen nach den Codes 9-65 und 9-67 werden in Kapitel 2 „*Der Behandlungsrahmen – Psychiatrie (multiprofessionelles Team)*“ genannt.

7 Literaturverzeichnis

BGB. Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2911) geändert worden ist

BMG. Bundesministerium für Gesundheit (2019): Referat L7 „Presse, Internet, Soziale Netzwerke“. Krankenhausfinanzierung. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html#c2623> (Zugriff 30.12.2019)

FamFG. Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586, 2587), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2633) geändert worden ist

DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (2019): OPS Vorabfassung 2020, vorläufige Fassung, Änderungen vorbehalten. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2020/block-9-65...9-69.htm> (Zugriff 30.12.2019)

Drogen- und Suchtbericht (2019): Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung beim Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) S. 15. URL: https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2019/2019_IV.Q/DSB_2019_mj_barr.pdf (Zugriff 30.12.2019)

KHG. Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) geändert worden ist

SGB VIII. Das Achte Buch Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 36 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist

StGB. Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 62 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist

IV) Datenschutzerklärung

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft, für dieses Gespräch zur Verfügung zu stehen.

Im Rahmen meines Studiums Suchthilfe (M.Sc.) an der Katholischen Stiftungshochschule (KSH) München, Hochschule für angewandte Wissenschaften, verfasse ich eine Masterarbeit zum Thema „Entwicklung eines Behandlungskonzeptes zur spezifischen Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen nach den Mindestmerkmalen des OPS-Kode 9-694 – Eine Evaluation durch Experten.“ unter der Betreuung von Herrn Prof. Dr. Martin Knoll.

Ich versichere Folgendes:

- Ihre Teilnahme am Interview ist freiwillig
- Sie können während des Interviews jederzeit Fragen stellen und das Interview auch abbrechen
- Alle gewonnenen Daten unterliegen den Bestimmungen des Bundes-Datenschutzgesetzes; ich trage dafür Sorge, dass sämtliche im Rahmen des Interviews erhobenen Daten streng vertraulich behandelt und anonymisiert werden
- Das Interview wird ausschließlich zu Transkriptionszwecken mittels digitalem Aufnahmegerät aufgenommen; die Aufnahmen werden nach Abschluss der Masterarbeit unwiderruflich gelöscht
- Ausschnitte aus dem Interview dürfen in anonymisierter Form in der Masterarbeit und eventuell daraus hervorgehenden Veröffentlichungen zitiert werden
- Sie können nach Abschluss der Studie eine Zusammenfassung der Ergebnisse in digitaler Form erhalten

Verantwortlich für die Durchführung und Auswertung ist Florian Moser, Neißestraße 33, 84036 Landshut

Landshut, den

Florian Moser

Kenntnis genommen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

Name: _____

dass ich über das Forschungsprojekt und über meine Rechte aufgeklärt wurde. Außerdem erkläre ich mich mit meiner Unterschrift dazu bereit, an diesem Interview teilzunehmen.

_____,

den

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich beim Verfassen dieser Thesis unterstützt haben.

Besonders bedanken möchte ich mich bei meinem Erstprüfer Prof. Dr. Martin Knoll, für die enge Betreuung, die viele Zeit und Diskussionsbereitschaft, durch die ich mich auf die zentralen Fragestellungen konzentrieren konnte.

Dies gilt auch für meinen Zweitprüfer Herrn Prof. Dr. Michael Klein für die fachliche Einschätzung und den Austausch im Begleitseminar.

Bei meiner Familie, meinen Freunden und den Teammitgliedern des ISPR, die stets ein offenes Ohr für meine Problemlagen hatten, bedanke ich mich für das große Verständnis und die Motivation mein Ziel weiterzuverfolgen. Mein Dank gilt ebenso den Korrekturleserinnen für die große Geduld und die vielen Fragen und Antworten zur Thesis.

Zuletzt möchte ich mich bei den Interviewten und den vielen Expertinnen und Experten, mit denen ich mich vernetzen konnte, für den erbrachten Zeitaufwand und die kollegiale Zusammenarbeit bedanken. Die fachlichen Diskussionen, der Elan und die Bereitschaft, mich auch außerhalb deren Arbeitszeit zu unterstützen, motivierten mich durchgängig beim Verfassen der Thesis.

Landshut, 02.06.2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und außer den angeführten keine weiteren Hilfsmittel benutzt habe.

Soweit aus den im Literaturverzeichnis angegebenen Werken einzelne Stellen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, sind sie in jedem Fall unter der Angabe der Entlehnung kenntlich gemacht.

Die Versicherung der selbständigen Arbeit bezieht sich auch auf die in der Arbeit enthaltenen Zeichen-, Kartenskizzen und bildlichen Darstellungen.

Ich versichere, dass meine Bachelor-/ Master- Abschlussarbeit bis jetzt bei keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde. Zudem ist mir bewusst, dass eine Veröffentlichung vor der abgeschlossenen Bewertung nicht erfolgen darf.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass ein Verstoß hiergegen zum Ausschluss von der Prüfung führt oder die Prüfung ungültig macht.

Ort, Datum

(Unterschrift)