

Evaluation der Kieler Verhaltensmedizinischen Ambulanz für Kinder und Jugendliche: Fazit und Empfehlungen

Die Kieler Verhaltensmedizinische Ambulanz für Kinder und Jugendliche (KIVA) ist ein Modellprojekt des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel, und der AOK Schleswig-Holstein. Die Zielsetzung des Modellprojektes ist die interdisziplinäre und integrative Behandlung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, IFT-Nord, wurde mit der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes, das zunächst eine Laufzeit von drei Jahren (2000-2003) umfasste, beauftragt.

Das vereinbarte Evaluationsprojekt gliedert sich in drei Bereiche mit unterschiedlicher Methodik und Zielsetzung: Eine Deskription des Modells KIVA, eine Retrospektivanalyse zur Erfassung der Zufriedenheit bisheriger Patienten sowie eine kontrollierte Prä-Post-Vergleichsstudie zur Überprüfung der Effektivität der Behandlung.

Die Ergebnisse der KIVA-Evaluation sollen an dieser Stelle zusammenfassend bewertet werden. Welche Schlussfolgerungen können aus den Befunden der wissenschaftlichen Begleitung der KIVA gezogen werden? Mit welchen Zielsetzungen ist das Modellprojekt KIVA „angetreten“? Sind diese Ziele erreicht worden? Welche Empfehlungen können aus diesen Erfahrungen und dem „Abgleich von Soll und Ist“ abgeleitet werden?

Zunächst sollen die Zielvorgaben der KIVA nochmals aufgeführt und jeweils angegeben werden, inwieweit diese Vorgaben auf Basis der Ergebnisse der Evaluation als erfüllt anzusehen sind.

Zielvorgaben der KIVA und Ergebnisse der Evaluation

Ziel A: Die KIVA strebte eine interdisziplinäre und integrative Betreuung, Beratung und Behandlung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen und deren Familien an.

Zu der Frage, inwieweit die angebotene Betreuung *interdisziplinär und integrativ* erfolgte, ist zum einen auf das Personal und den faktischen Inhalt der Diagnostik und Therapie in der KIVA zu verweisen: Jedes Kind wurde sowohl ärztlich untersucht als auch einer umfassenden psychologischen Diagnostik unterzogen. Die Therapie bediente sich vornehmlich psychotherapeutischer Methoden, aber auch eine medikamentöse Behandlung wurde in vielen Fällen diskutiert oder initiiert. Im Team der KIVA arbeiteten Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten und Erzieher bzw. Lehrkräfte. Diese Punkte sprechen dafür, dass der angestrebte interdisziplinäre Ansatz auch in die Praxis umgesetzt wurde. Jedoch lässt sich auf Basis der Befunde der vorliegenden Evaluationsstudie auch belegen, dass nicht alle „Angebote“ aus diesem interdisziplinären Angebot von den Eltern als relevant und wichtig erachtet wurden. So stufen die Eltern sowohl in dem Evaluationsbereich „Retrospektivanalyse“ als auch in dem Bereich „Ergebnisevaluation“ die ärztliche Untersuchung als jeweils am wenigsten wichtig ein. Man kann vermuten, dass hier ein Gedanke wie „Wiegen, Messen und die Reflexe Überprüfen, das haben wir schon so oft gemacht, das brauchen wir nicht noch einmal“ hinter den relativ geringen Erwartungen in diese Behandlungskomponente steht. Wesentlich wichtiger sind den Eltern dagegen die

Vermittlung von Informationen und das Training – also Komponenten, in denen sich das Angebot der KIVA sicherlich am meisten von dem Angebot z.B. niedergelassener Kinderärzte unterscheidet.

Der Aspekt, dass in der KIVA *chronisch kranke Kinder* behandelt werden sollten, kann als voll erfüllt angesehen werden. So betrug in der Stichprobe, die im Rahmen der Ergebnisevaluation untersucht wurde, die mittlere Erkrankungsdauer 63,7 Monate, in der „Retrospektivanalyse waren die Kinder seit im Mittel 59,4 Monaten auffällig – d.h. in beiden Stichproben bestanden die Probleme bereits seit etwa fünf Jahren. Nicht nur bei einem mittleren Lebensalter von ca. 10 Jahren ist diese Dauer von fünf Jahren sicherlich als deutlicher Hinweis auf die Chronizität der Erkrankungen zu werten.

Ziel B: Das Indikationsspektrum der KIVA wurde breit definiert und umfasste allgemein chronische Erkrankungen, die mit Verhaltensauffälligkeiten einhergehen (psychosomatisch-somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter; allgemeine Verhaltensstörungen, die üblicherweise in der Kindheit beginnen; Ängste, Phobien, Zwänge und Posttraumatische Belastungsreaktionen im Kindes- und Jugendalter; affektive Störungen; Pubertätskrisen und Essstörungen; Schlafstörungen; Störungen der Impulskontrolle; Verhaltensstörungen bei himnorganisch bedingten Störungen).

Auf Grund der Erfahrungen der ersten drei Jahre des Bestehens der KIVA kann nicht geschlossen werden, dass ein derart breites Indikationsgebiet faktisch in der KIVA behandelt wurde. Die überwiegende Mehrheit der vorgestellten Patienten kommt wegen einer ADHS, eine weitere nennenswerte diagnostische Gruppe sind Kinder mit Kopfschmerzen oder Migräne. Weitere Erkrankungen und Störungsbilder, die ursprünglich im Indikationsspektrum der KIVA aufgeführt wurden, sind nur in wenigen Einzelfällen behandelt worden (z.B. Ängste, Epilepsie, Asthma). Mögliche Gründe für dieses Muster sind Bedarf, Quantität und Qualität der bestehenden Versorgung sowie auch die im Bereich ADHS besonders intensive Öffentlichkeitsarbeit zur Arbeit der KIVA.

Ziel C: Bei einem vorgegebenen Personalschlüssel sollte die Anzahl der jährlich behandelten Patienten 250 betragen.

Insgesamt wurde im Zeitraum 2000 bis Ende Juni 2003 bei 469 Patienten mindestens eine Behandlungskomponenten abgeschlossen. Im Jahr 2002 wurden bei 179 Patienten eine Behandlungskomponente abgeschlossen und damit im Vergleich der einzelnen Jahre die höchste Anzahl von Patienten betreut. Mit dieser Anzahl betreuter Patienten ist die angestrebte Anzahl von 250 Patienten nicht erreicht worden. Dabei muss jedoch angemerkt werden, dass die bei diesem Ziel angegebene „Bedingung“ – die Erfüllung des konzipierten Personalschlüssels – nicht erfüllt wurde, sondern der erreichte Patientenumfang mit deutlich weniger Personal als konzipiert erreicht wurde. Relativiert man die Differenz zwischen den angestrebten und faktisch behandelten Patienten um diesen Faktor des nicht ausgeschöpften Personalschlüssels, so kann durchaus von einer effektiven Versorgung in der angezielten Größenordnung ausgegangen werden.

Ziel D: Die KIVA sollte eine spezialisierte und effektive Behandlung für Familien mit chronisch kranken Kindern ermöglichen, die in einer Reduktion der Symptomatik und negativen Konsequenzen sowie einer erhöhten Lebenszufriedenheit resultiert.

Dieses Ziel beschreibt v.a. die Absicht, dass die Behandlung in der KIVA effektiv und effizient eine Verbesserung in verschiedenen Bereichen bewirkt. Zur Bewertung dieses Zieles sind somit in erster Linie die Ergebnisse der Ergebnisevaluation, aber auch der Retrospektivanalyse von Relevanz. Es lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Behandlung in der KIVA in verschiedenen Bereichen zu belegbaren Veränderungen und Verbesserungen führt. So sind die Eltern insgesamt sehr zufrieden mit der Betreuung in der KIVA. Sie und auch die Therapeuten sehen in der Mehrheit eine positive allgemeine Veränderung im Zustand des Kindes. Besonders ausgeprägt sind die beobachteten Veränderungen im Bereich des „Krankheitsmanagements“, d.h. die Therapie bewirkt eine erhöhte Akzeptanz, verbesserte Wahrnehmung von Auslösern und ein größeres Verständnis für das Krankheitsgeschehen. Auch lässt sich eine Reduktion der Symptomatik feststellen. Weniger deutlich sind die Veränderungen im Bereich der allgemeinen Lebensqualität und der Reduktion von Konflikten im Alltag.

Damit ist die Behandlung in der KIVA in vielen Bereichen als die Eltern zufriedenstellend und effektiv im Sinne einer Verbesserung des Zustands des Kindes und des Umgangs mit der Erkrankung zu bezeichnen. Diese Befunde deuten darauf hin, dass die Therapie in der KIVA das gesetzte Ziel erfüllt und eine effektive Behandlungsform darstellt. Auf strengem statistischem Weg abgesicherte Belege, dass diese Effekte stärker ausgeprägt sind als eine „traditionelle“ oder weniger intensive Behandlung, konnten in der Ergebnisevaluation nicht durchgängig erbracht werden.

Die Bewertung, inwieweit die Behandlung in der KIVA auch zu einer Reduktion der Kosten für die Behandlung chronisch kranker Kinder führt, ist durch die im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie erfassten Daten nicht zu beurteilen (und diese Frage war auch nicht Bestandteil des vereinbarten Untersuchungsbereichs).

Letztlich soll auch die vorliegende Evaluationsstudie kurz bewertet werden im Hinblick auf die Frage, ob die formulierten Zielvorgaben erfüllt worden sind. Sicherlich kann konstatiert werden, dass zu den verschiedenen Fragestellungen umfangreiche und aussagekräftige Befunde gesammelt wurden und eine gute Basis für die Bewertung der KIVA schaffen. Ein kritischer Punkt, der jedoch besonders die Aussagekraft der Prä-Post-Kontrollgruppenstudie beeinträchtigt, ist der hohe Ausfall zwischen Prä- und Post-Messung. Es wäre sicherlich wünschenswert gewesen, wenn die Haltequote deutlich höher gewesen wäre.

Empfehlungen

Auf Basis des Fazits zu der Bewertung der Ziele der KIVA und der Ergebnisse der Evaluation scheinen folgende Empfehlungen für eine zukünftige Gestaltung eines „Modells KIVA“ legitim:

1. Es sollte weiter eine Einrichtung wie die KIVA geben. Der Bedarf ist groß, die behandelten Familien sind mit dem Modell sehr zufrieden und sehen positive Veränderungen.
2. Die angebotenen Trainings sollten sich stärker auch an alltagsrelevanten Problemen und Konflikten ausrichten, da sich in diesem Bereich noch keine ausgeprägten

Verbesserungen abzeichnen. Damit verbunden ist die Empfehlung zu einem weiteren strikt trainings- und verhaltenstherapeutisch orientierten Schwerpunkt, da in diesem Bereich sowohl die Erwartungen der Eltern hoch sind als auch die Effekte noch Verbesserungspotenzial aufweisen.

3. Die Kombination eines Eltern- und Kindertrainings sollte weiter verfolgt werden. Damit ist auch eine Unterstützung (und Einforderung) der Verantwortung der Eltern für ihre Kinder angesprochen. Da die üblichen Abrechnungsmodalitäten eine parallele umfassende Behandlung von Kind und Eltern nicht erlauben, wird die Aufnahme des Trainings für Eltern chronisch kranker Kinder in den Leistungskatalog der Kassenärztlichen Vereinigung empfohlen.
4. Eine stärkere Vernetzung mit den erstbetreuenden Kinderärzten, die die Kinder besonders aus der medizinischen Perspektive gut kennen, scheint ratsam, um in diesem Bereich den Aufwand und die damit verbundenen Kosten reduzieren zu können. Dies entspräche auch den Erwartungen der Eltern an eine Spezialambulanz für chronisch kranke Kinder und Jugendliche, in denen die relativ geringe Relevanz einer ärztlichen Untersuchung zum Ausdruck kommt.
5. Um das angezielte Indikationsspektrum in der Praxis auch umsetzen zu können und die KIVA als Ambulanz für ein breites Spektrum chronischer Erkrankungen bekannt zu machen, sollte auch für andere chronische Erkrankungen als ADHS eine intensiviertere Öffentlichkeitsarbeit vorangetrieben werden.
6. Die bereits bei den insgesamt noch jungen Kindern bereits lange Erkrankungsdauer verdeutlicht die Notwendigkeit einer Frühidentifikation und -intervention, um den Chronifizierungsprozess mit allen verbundenen negativen Konsequenzen möglichst früh unterbrechen zu können.
7. Eine Nachbefragung möglichst aller in die Ergebnisevaluation eingeschlossenen Familien scheint ratsam, um die Ergebnisse der Therapiestudie durch eine größere Stichprobe und einen längeren Beobachtungszeitraum zu erhärten.

Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, IFT-Nord
Dr. Barbara Isensee, Dr. Reiner Hanewinkel
Düsternbrooker Weg 2
24105 Kiel
Tel.: 0431 - 570 29 30
Fax: 0431 - 570 29 29
E-Mail: isensee@ift-nord.de; hanewinkel@ift-nord.de
Internet: www.ift-nord.de

Kiel, Oktober 2003

Die KIVA ist ein gemeinsames Modellprojekt der AOK Schleswig-Holstein und des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Das vorliegende Evaluationsprojekt wurde durch die AOK Schleswig-Holstein finanziert.