



**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**

Universitätsklinikum Ulm





Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

Ein (Jugend)Amt für alle Kinder! Vom § 35 a SGB VIII zur „Großen Lösung“

DIJuF-Zweijahrestagung 27.04.2010 Fulda

Jörg M. Fegert, Ulm





Gliederung

- **Einleitung:** (psychische) Gesundheit und kindliche Basisbedürfnisse: Notwendigkeit von Vernetzung
- Psychiatrische Belastung bei Heimkindern
- § 35a KJHG (Zwang zur Vernetzung)
- Teilhabebeeinträchtigung
- UN Behindertenrechtskonvention und große Lösung
- **Fazit und Ausblick**



Gelingendes Aufwachsen von Kindern

**weitaus größter Teil der Kinder entwickelt sich positiv
bzw. unauffällig aber**

**Verunsicherung bei Eltern (Erziehungsgutachten des wiss. Beirats
Familienfragen 2005)**

- **Shell Studie: 50% der befragten Eltern wissen nicht, woran sie sich in der Erziehung halten sollen (Deutsche Shell, 2000)**

**Zunahme von Verhaltens-/psychischen Störungen auf ca. 20%
(KIGGS 2007)**

- **Kinder und Jugendliche: 18% bis 27% (Petermann et al., 2000)**
- **Kindergartenkinder: ca. 18% (Hahlweg, & Miller, 2001)**
- **unter Dreijährige: ca. 20% (Remschmidt, 1998)**

**rasche, schwer vorhersehbare Veränderungen von ökonomischen,
sozialen und beruflichen Lebensbedingungen**





Bedeutung von Familienbeziehungen

Bella Studie (Ravens - Sieberer 2006) und RKI Survey KIGGS (2006, 2007) bestätigen englische Befunde:

doppeltes Risiko bei Alleinerziehen(OR:2,09)

aktuelle Familienkonflikte(OR: 4,97)

Konflikte in der Familie der Eltern (OR: 2,02-3,89)

Unzufriedenheit in der Partnerschaft (OR: 2,75)

Risiko für psychische Erkrankung steigt mit mehreren Belastungen

bei 3 Risiken 30,7%

bei 4 Risiken 47,7% aller betroffener Kinder





Kosten der sozialen Ausgrenzung: Langzeit- Follow-up von Kindern mit und ohne Verhaltens-Störungen und psychischen Störungen

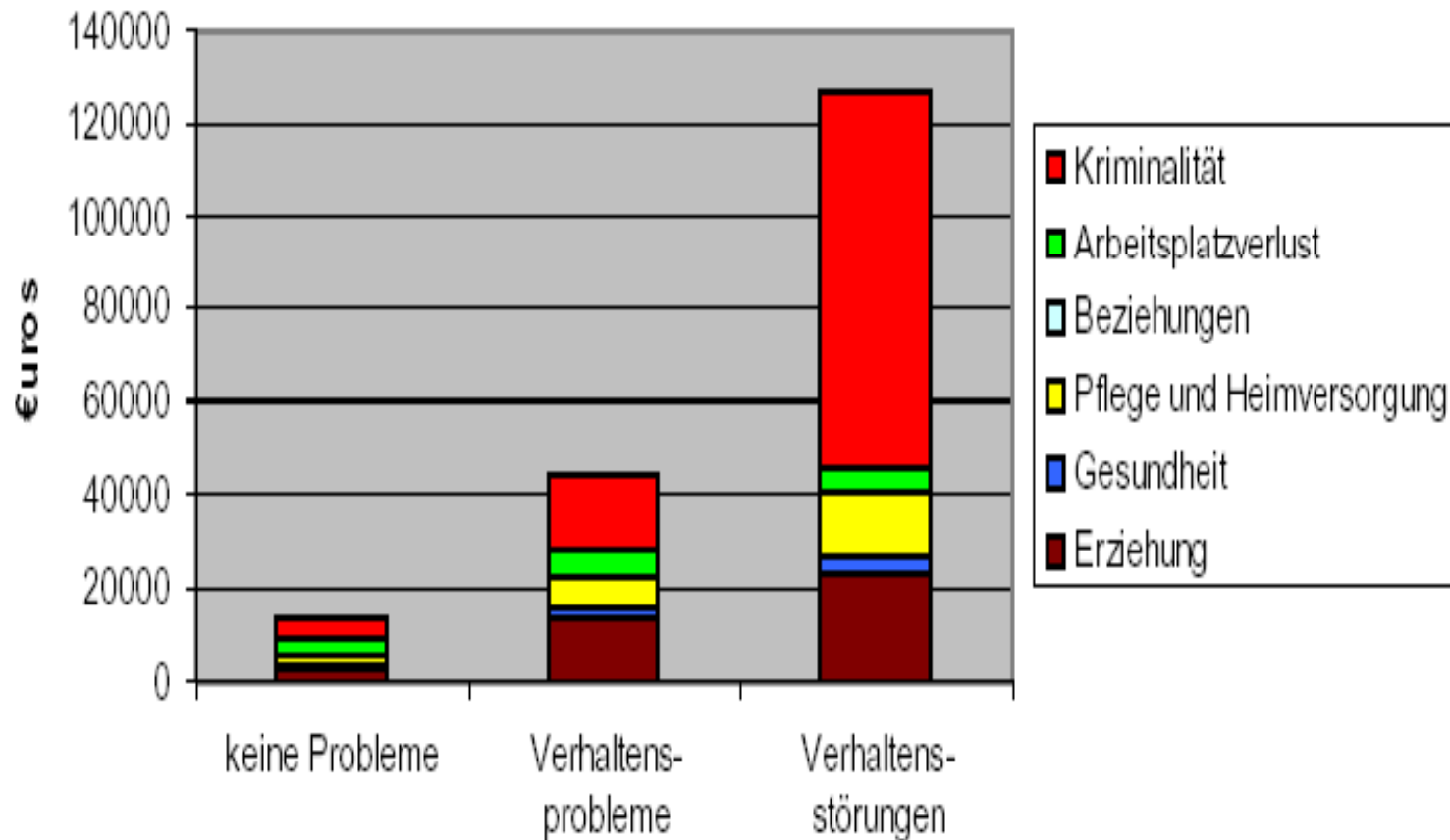


Abb.: Langzeitkosten psychischer Gesundheitsprobleme, umgerechnet auf Euro zum Preisniveau 2002 (Scott, Knapp, Henderson & Maughan, 2001. Umrechnung in Euro durch David McDaid, Mental Health Economics European Network).

Quelle: Scott, S., Knapp, M., Henderson, J. & Maughan, J. (2001). Financial costs of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood. *British Medical Journal*, 323, 191-196.





Kindliche Basisbedürfnisse: Berücksichtigung in der UN-Kinderrechtskonvention

Basic need	UN-Kinderrechtskonvention
Liebe und Akzeptanz	Präambel, Art. 6; Art. 12, 13, 14
Ernährung und Versorgung	Art. 27, Art. 26, Art. 32
Unversehrtheit, Schutz vor Gefahren, vor materieller emotionaler und sexueller Ausbeutung	Art. 16, Art. 19, Art. 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40
Bindung und soziale Beziehungen	Art. 8, 9, 10, 11; Art. 20, 21, 22
Gesundheit	Art. 24, 25, 23, 33
Wissen und Bildung	Art. 17; Art. 28, 29, 30, 31



Spezifische Grundbedürfnisse von Kindern

Hartz IV Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 9.2.2010

www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/ls20100209_1bvl000109.html



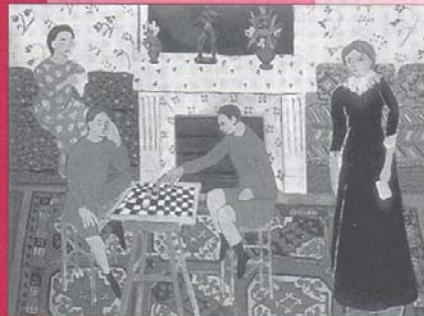


GRUNDLAGENTEXTE PSYCHOLOGIE

Wissenschaftlicher
Beirat für Familienfragen

Familiale Erziehungs- kompetenzen

Beziehungsklima und
Erziehungsleistungen in
der Familie als Problem
und Aufgabe



JUVENTA





Der Statusfatalismus der Unterschicht

Die deutsche Gesellschaft ist keineswegs aus einem Guss. Die Unterschiede zwischen den Schichten wachsen – in materieller wie in bildungspolitischer Hinsicht.

Von Professor Renate Köcher

Nichts unterscheidet die Menschen in dieser Gesellschaft nach Meinung der großen Mehrheit mehr als die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht und ihre Eckpunkte Einkommen, Besitz und Bildung. 74 Prozent der Bevölkerung sind überzeugt, dass es die Schichtzugehörigkeit ist, welche die wesentlichen Gegensätze in der Gesellschaft markiert, weitaus mehr als Alter, politische Überzeugungen, Religion, regionale Herkunft oder Lebensmaximen.

Tatsächlich unterscheiden sich die sozialen Schichten in Deutschland gravierend, weit über ihre materielle Ausstattung und Zufriedenheit hinaus. Die Unterschiede sind in den letzten Jahren und Jahrzehnten keineswegs geringer geworden, sondern größer, materiell wie in Bezug auf Weltbilder und Mentalität. Wird die Bevölkerung anhand von Einkommen, Bildung und Beruf in drei Schichten geteilt, von denen die obere und die untere Schicht jeweils gut 20 Prozent der Bevölkerung ausmachen, so ist die Diskrepanz mit Blick auf die Zufriedenheit mit den eigenen Lebensverhältnissen und der eigenen wirtschaftlichen Lage heute größer als in der Mitte der neunziger Jahre. Während die Zufriedenheit der Oberschicht weitgehend stabil geblieben ist, sind Mittel- und Unterschicht heute augenfällig weniger mit ihren materiellen Verhältnissen zufrieden als damals. Mitte der neunziger Jahre bewerteten gut zwei Drittel der Oberschicht ihre materielle Lage als (sehr) gut, ebenso knapp die Hälfte der Mittelschicht und 30 Prozent der unteren Sozialschichten. Heute sind nur weniger als ein Fünftel der unteren Sozialschichten und gut ein Drittel der Mittelschicht mit ihren materiellen Verhältnissen zufrieden.

Auch die objektiven finanziellen Spielräume haben sich auseinanderentwickelt. Während die oberen Sozialschichten zunehmend von Vermögenseinkün-

ten und Erbschaften profitieren und sich damit allmählich von der Entwicklung der Löhne und Gehälter abkoppeln, stagniert das frei verfügbare Einkommen, das nach Begleichen der notwendigen Lebenshaltungskosten bleibt, in der Mittelschicht; es ist in den unteren Schichten heute sogar real niedriger als in der Mitte der neunziger Jahre.

Gleichzeitig kann sich die überwältigende Mehrheit der unteren Sozialschichten nicht vorstellen, dass sich ihre materielle Lage mittel- und langfristig nennenswert verbessert. Nur 14 Prozent der Unterschicht erwarten, dass es ihnen in zehn Jahren bessergehen wird. Auch die Aussichten der eigenen Kinder werden überwiegend skeptisch gesehen. Zwar wünschen sich 73 Prozent der Eltern aus den unteren sozialen Schichten, dass es ihren Kindern einmal bessergeht als ihnen selbst; nur 30 Prozent sind jedoch zuversichtlich, dass dies tatsächlich der Fall sein wird.

Dieser Statusfatalismus ist ein Eckstein der derzeitigen Bewusstseinslage der unteren Sozialschichten. Die Mehrheit von ihnen hält die sozialen Schichten für festgefügt und kaum durchlässig. Die Aufstiegschancen werden eher in der Mittel- und Oberschicht angesiedelt als in der Schicht, für die der Aufstieg wirklich eine völlige Veränderung ihrer Lebenslage und Aussichten bedeutete. Nur 26 Prozent der unteren Sozialschichten glauben, dass Aufstieg in allen sozialen Schichten möglich ist, während knapp zwei Drittel auch die Aufstiegsmöglichkeiten in erster Linie als Vorrecht der mittleren und oberen Schichten sehen. Die Mehrheit der unteren 20 Prozent hält die sozialen Schichten für zementiert; nur 31 Prozent glauben an die Möglichkeit, durch Leistung die eigene Lage zu verbessern.

Weder die Ober- noch die Mittelschicht schließen sich mehrheitlich diesem kritischen Befund an. Es fällt jedoch auf, dass in der Mittelschicht ebenfalls die Zweifel an der Durchlässigkeit der deutschen Gesellschaft weit verbreitet sind. International vergleichende Untersuchungen belegen, dass Deutschland auf diesem Feld tatsächlich einigen Nachholbedarf hat. Der Bildungsweg und die schulischen Erfolge von Kindern hängen in Deutschland auffallend eng mit der Schichtzugehörigkeit und dem Bildungshintergrund des Elternhauses zusammen. Von den Kindern aus Arbeiterfamilien besuchen nur 14 Prozent eine höhere Schule, ein weit unterdurchschnittli-





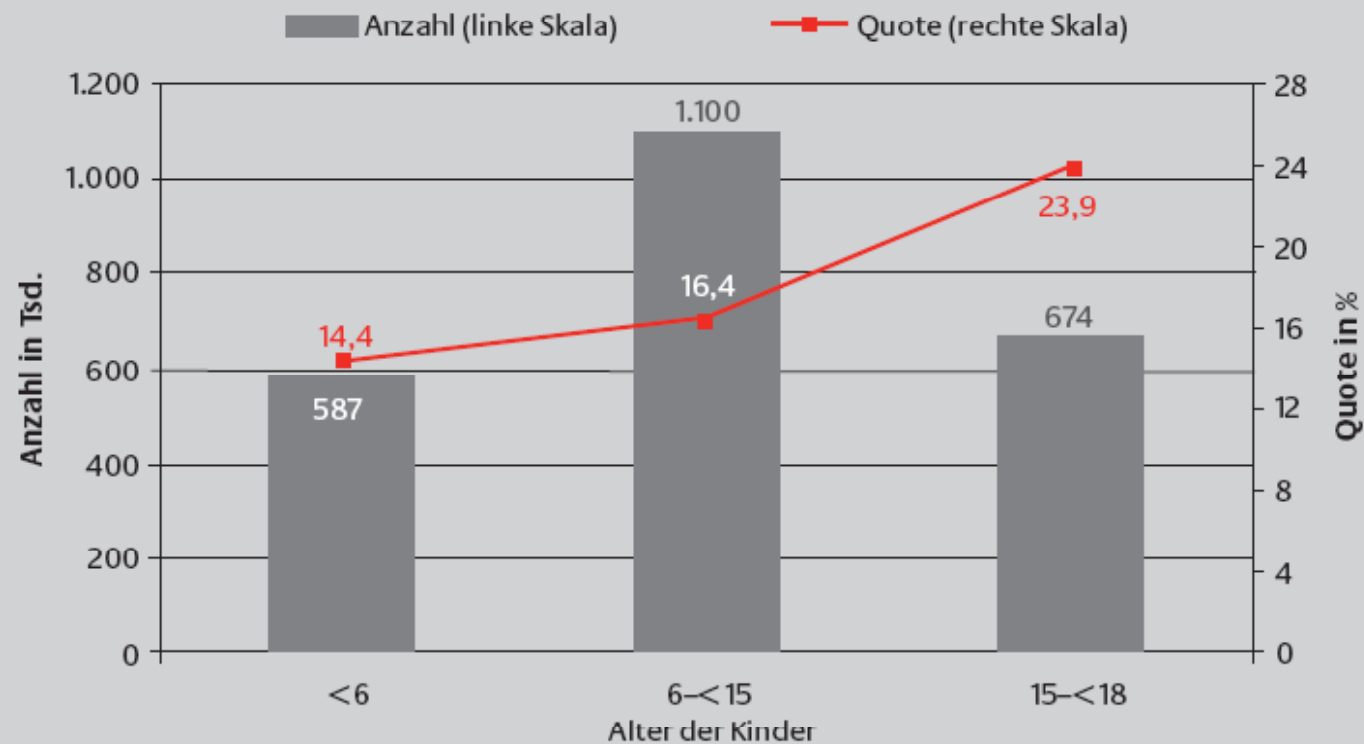
Transgenerationale Phänomene

- Transgenerationale Erwerbslosigkeit und perpetuierte Arbeitsmarktferne („Alter Jugendamtsadel“)
- Transgenerationale Prädisposition für psychische und somatische Erkrankungen
- Transgenerationale Weitergabe von Misshandlungserfahrungen, Erziehungsstilen und Coping-Stilen
- Passives versus aktives „locus of control Konzept“ auch in Lagentheorien sozialer Wirksamkeit : Statusfatalismus vs . Gestaltungswillen



Armut bei Kindern und Jugendlichen nach Alter

Abbildung 2-1: Anzahl und Quoten von Kindern und Jugendlichen in Armut in Deutschland, nach Altersklassen, 2006



Fraunhofer Institut für angewandte Informationstechnik (FIT), Prognos 2007

Quelle: BMFSFJ (2008). Armutsrisiken





Gesundheitliche Auswirkungen von Armut (KiGGS Survey, 2008)

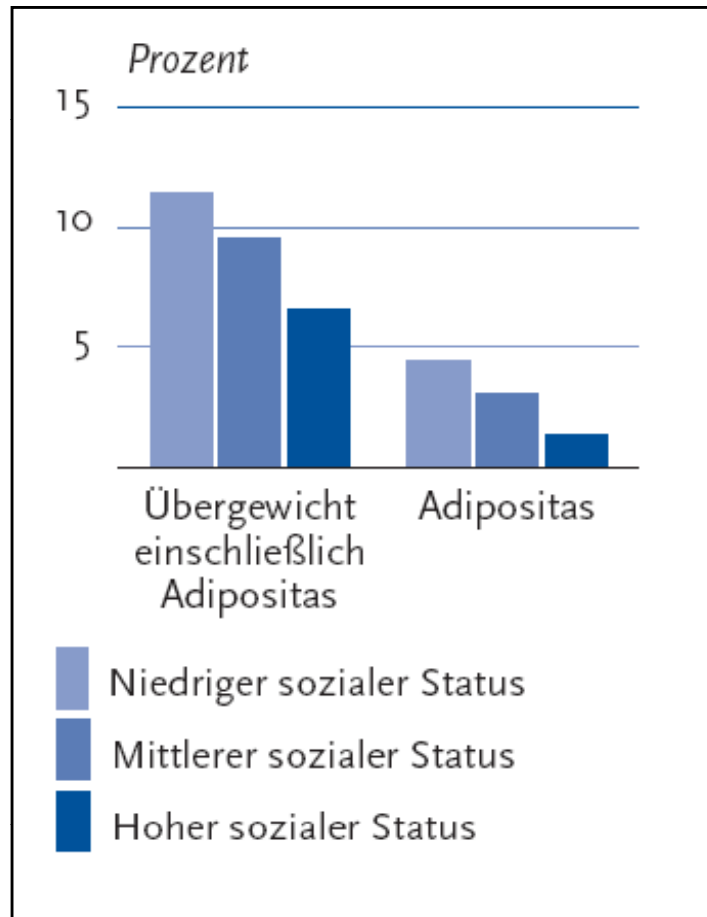
Kinder aus armen Familien leiden häufiger an:

- körperliche Erkrankungen (z. B. Adipositas)
- psychische Erkrankungen (z. B. ADHS-Diagnose)

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS):
Lebenszeitprävalenzen einer ADHS-Diagnose und von
ADHS-Verdachtsfällen bei 3- bis 6-jährigen Mädchen und
Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Diagnose von ADHS	Verdacht auf ADHS
Jungen	2,4%	7,2%
Mädchen	0,6%	4,7%
Niedriger Sozialstatus	2,8%	10,4%
Mittlerer Sozialstatus	1,3%	5,7%
Hoher Sozialstatus	0,9%	2,9%
Migrant	1,6%	6,0%
Nicht-Migrant	1,5%	6,0%
Ost	2,2%	8,1%
West	1,4%	5,6%
Gesamt	1,5%	6,0%





Gesundheitliche Auswirkungen von Armut (KiGGS Survey, 2008)

Einflussfaktoren auf schlechteren Gesundheitszustand:

- Frauen aus niedriger sozialer Schicht rauchen und trinken mehr Alkohol in der Schwangerschaft
- weniger häufig wahrgenommene U-Untersuchungen
- weniger Gesundheitsverhalten (z. B. Zähneputzen)
- schlechtere Ernährung

Risikoverhalten der Kinder:

- rauchen mehr
- sportlich inaktiver als sozial besser gestellte Kinder

Tabelle 4.2.4.3
Zahnarztkontrolle seltener als einmal jährlich bei 2,5- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
2,5–<3 Jahre	42,2%	49,2%	45,5%
3–6 Jahre	16,7%	15,8%	16,2%
Niedriger Sozialstatus	26,9%	25,5%	26,2%
Mittlerer Sozialstatus	16,3%	16,2%	16,3%
Hoher Sozialstatus	16,4%	17,5%	17,0%
Migrant	34,6%	34,5%	34,5%
Nicht-Migrant	16,2%	16,2%	16,2%
Ost	15,7%	16,8%	16,2%
West	20,1%	19,5%	19,8%
Gesamt	19,4%	19,1%	19,2%





Problemwahrnehmung, Behandlungsbedarf, Inanspruchnahme

Befragung von 2823 Eltern zu Problemen mit ihren Kindern:

- 4,6% der jungen und 3,8% der Mädchen machen ihren Eltern große Sorgen und Probleme
- nur 37,2% dieser Eltern gaben Beratungsbedarf an
- nur 35% nahmen Hilfe in Anspruch
- nur 16,1% hatten Kontakt zum Jugendamt (~ 2,2% aller Eltern)

Problembelastung, Beratungsbedarf und Inanspruchnahme korrelierten mit

- sozialer Rückzug
- körperliche Beschwerden
- Angst, Depressivität
- delinquentes Verhalten
- aggressives Verhalten
- soziale Probleme
- Aufmerksamkeitsstörungen

(Fegert & Frühauf, 1999)



Jörg M. Fegert
Theo Frühauf

INTEGRATION VON KINDERN MIT BEHINDERUNGEN

Seelische, geistige und körperliche Behinderung



DJI Deutsches Jugendinstitut





Probleme bei Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten:

Nach KIGGS-Survey des RKI (www.kiggs.de):

- Sind 20 % aller Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig
- Sind 6 % manifest behandlungsbedürftig krank

Aufgabe:

- Erstmalige Eingliederung („Habilitation“)
- Nicht Wiedereingliederung (Rehabilitation)
 - Deshalb nicht Wiedereingliederungsmaßnahmen sondern **individuelle Begleitung des Übergangs und Einstiegs**





Jörg M. Fegert
Tanja Besier

Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem

Zusammenarbeit der Systeme nach
der KICK-Reform

1	Einleitung	989
1.1	Vorbemerkung.....	989
1.2	Einführung in den Themenbereich der (drohenden) seelischen Behinderung	991
2	Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Kinder mit psychischen Störungen und traumatischen Belastungen in der stationären Jugendhilfe.....	998
3	§ 35a SGB VII Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung – Präzisierung der ärztlichen Rolle und Bedeutung der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung ..	1010
3.1	Ärztliche Rolle im Verfahren.....	1010
3.2	Teilhabebeeinträchtigung.....	1014
3.3	Begriffsdefinitionen von Teilhabe nach der WHO	1015
3.4	Instrumente zur Erfassung von Aspekten der Teilhabebeeinträchtigung.....	1019
3.5	Praxis der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung.....	1020
3.6	Anforderungen an eine vereinheitlichte Feststellung.....	1022





Theorien und Denkmodelle der sich Vernetzenden

FAMILIENORIENTIERUNG vs. KINDORIENTIERUNG vs Tataufklärung

Jugendhilfe

- pädagogisch
- Beratung
- helfen
- familienzentriert
- Forschung prozessorientiert, häufig qualitativ

Familienrecht

- administrativ durch Verfahrensrecht geregelt
- Amtsermittlungsgrundsatz und Beschleunigungsgebot
- Abhängig von Zuarbeit JA und GA
- Häufig keine Wirkungsforschung

KJPP und Kinder- und Jugendmedizin

- medizinisch
- bisweilen defizitorientiert
- therapeutisch
- Beratung
- heilen
- individuumszentriert
- Forschung häufig
- quantitativ
- outcomeorientiert



ärztliche Sicht

- Geprägt von Diagnosebezug und den Regeln des Krankenversicherungssystems
- Häufig Angst vor Konsequenzen und Arbeitsaufwand bei „Einschaltung“ von Behörden
- Keine abrechenbare Zeit für „Vernetzung“
- Meinung gefragt?
- „Stellungnahmenlieferant“
- Häufig Unwissen über rechtliche Zusammenhänge
 - Unkenntnis über sozialrechtliche Möglichkeiten
 - Punktuell hohes Engagement ohne abrechnungsrelevante zeitliche Ressourcen



(Sozial-) pädagogische Berufe

- Intensive Fallarbeit
- Starke Prozessorientierung,
- Mangel an empiriebasierter Diagnostik und Evaluation (vgl. 11. Jugendbericht)
- Gefahr der Bagatellisierung durch Verständnis für Klienten und Bemühen um gute Beziehung bei gleichzeitiger Angst vor Konfrontation mit Defiziten und Grenzen

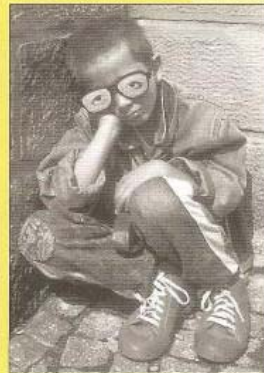


MATERIALIEN

Marc Schmid

Psychische Gesundheit von Heimkindern

Eine Studie zur Prävalenz
psychischer Störungen in
der stationären Jugendhilfe



JUVENTA





<http://www.capmh.com>

Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health



Research

Open Access

Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions

Marc Schmid*¹, Lutz Goldbeck², Jakob Nuetzel³ and Joerg M Fegert²

Address: ¹Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, University Basel, Switzerland, ²Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, University Hospital Ulm, Germany and ³Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, Centrum for Psychiatry the Weissenau Ravensburg, Germany

Email: Marc Schmid* - Marc.Schmid@upkbs.ch; Lutz Goldbeck - lutz.goldbeck@uniklinik-ulm.de; Jakob Nuetzel - jakob.nuetzel@zfp-zentrum.de; Joerg M Fegert - joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

* Corresponding author

Published: 28 January 2008

Received: 22 May 2007

Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2008, **2**:2 doi:10.1186/1753-2000-2-2

Accepted: 28 January 2008

This article is available from: <http://www.capmh.com/content/2/1/2>

© 2008 Schmid et al; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

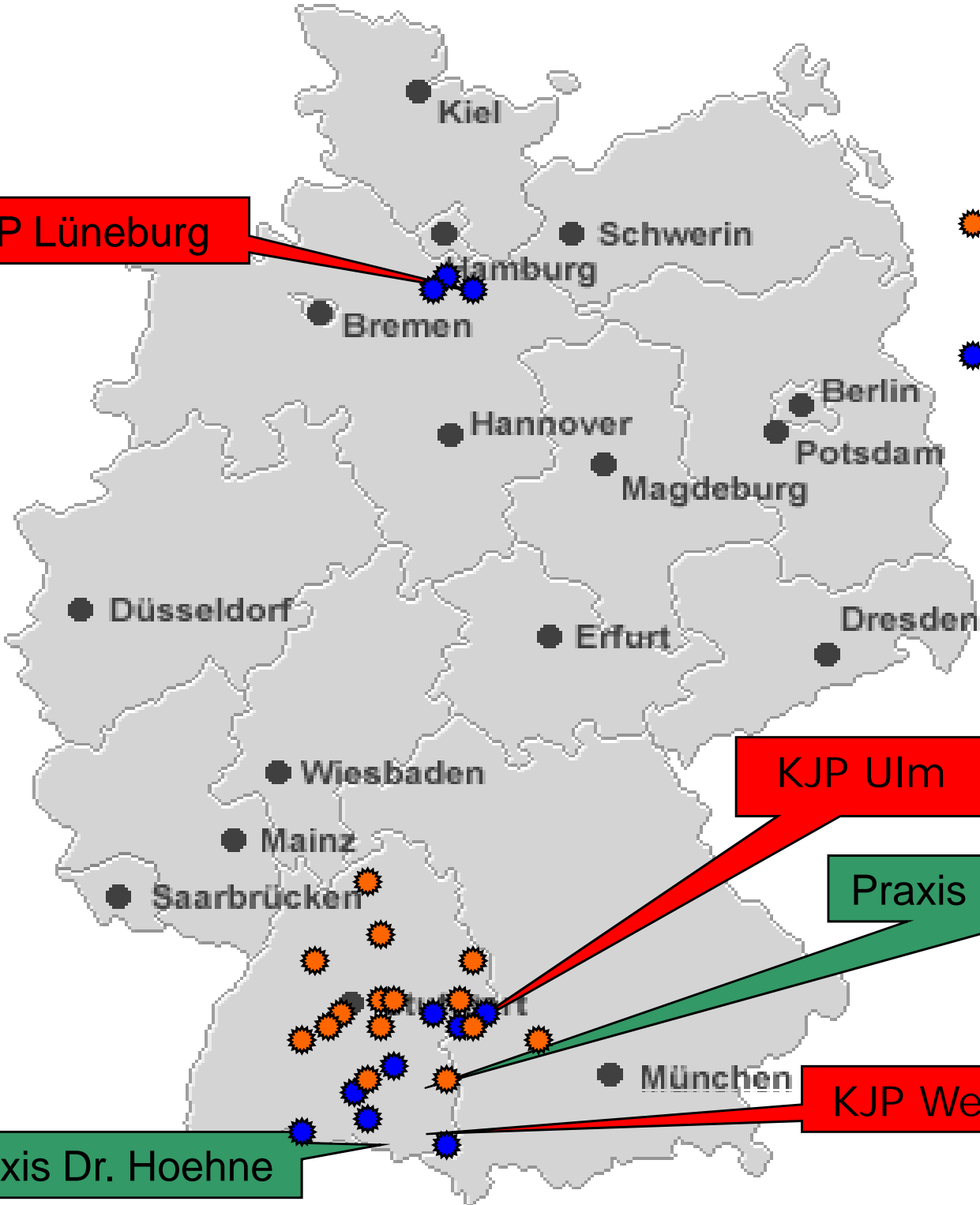




Prävalenz im Vergleich

Diagnose	Prävalenz Heim	Prävalenz Bevölkerung
SSV (F 91, F 92)	26 % (+ 22 % F 90.1)	6 %
HKS (F 90.0 + F 90.1)	24 %	3-6 %
Depression (F 32, F 34)	10,4 %	1-5 %
Angst	4 %	1,8 – 5,3 %
Enuresis	6 % (14 Jahre)	2 %
Substanzmissbrauch	8,8 % (14 Jahre)	4 % (Alkohol) ab 16 LJ 1 % Cannabis ab 14LJ

KJP Lüneburg



☀ Kontrolleinrichtungen

☀ Interventionseinrichtungen

KJP Ulm

Praxis Dr. Crasemann

KJP Weissenau

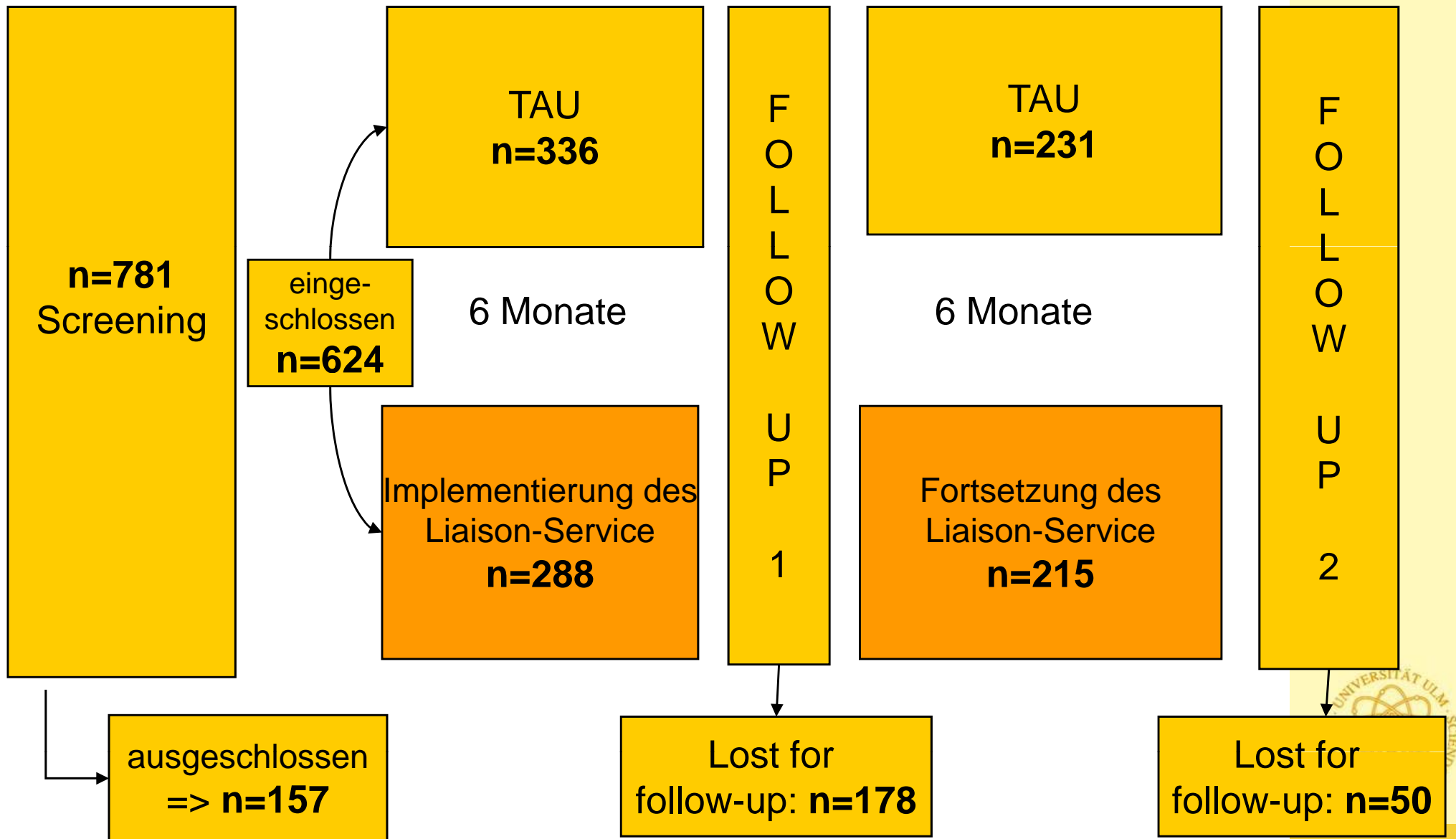
Praxis Dr. Hoehne



1. Ambulante Liaisondienste: niedrigschwellig, milieuentwickelt
2. Behandlungskontinuität: Screening bei Aufnahme, fortlaufende Behandlung bei Bedarf
3. Interdisziplinarität: Kooperation KJP, Fachdienste, Betreuer und zuständige Jugendämter
4. Psychoedukation/Training der Mitarbeiter
5. multimodale Behandlung: leitlinienorientiert, evidenzbasiert
6. Kriseninterventionen: zweistufiges Modell, nach Möglichkeit ambulante Krisenintervention
7. spezielle störungsspezifische Gruppeninterventionen (z.B. soziales Kompetenztraining)



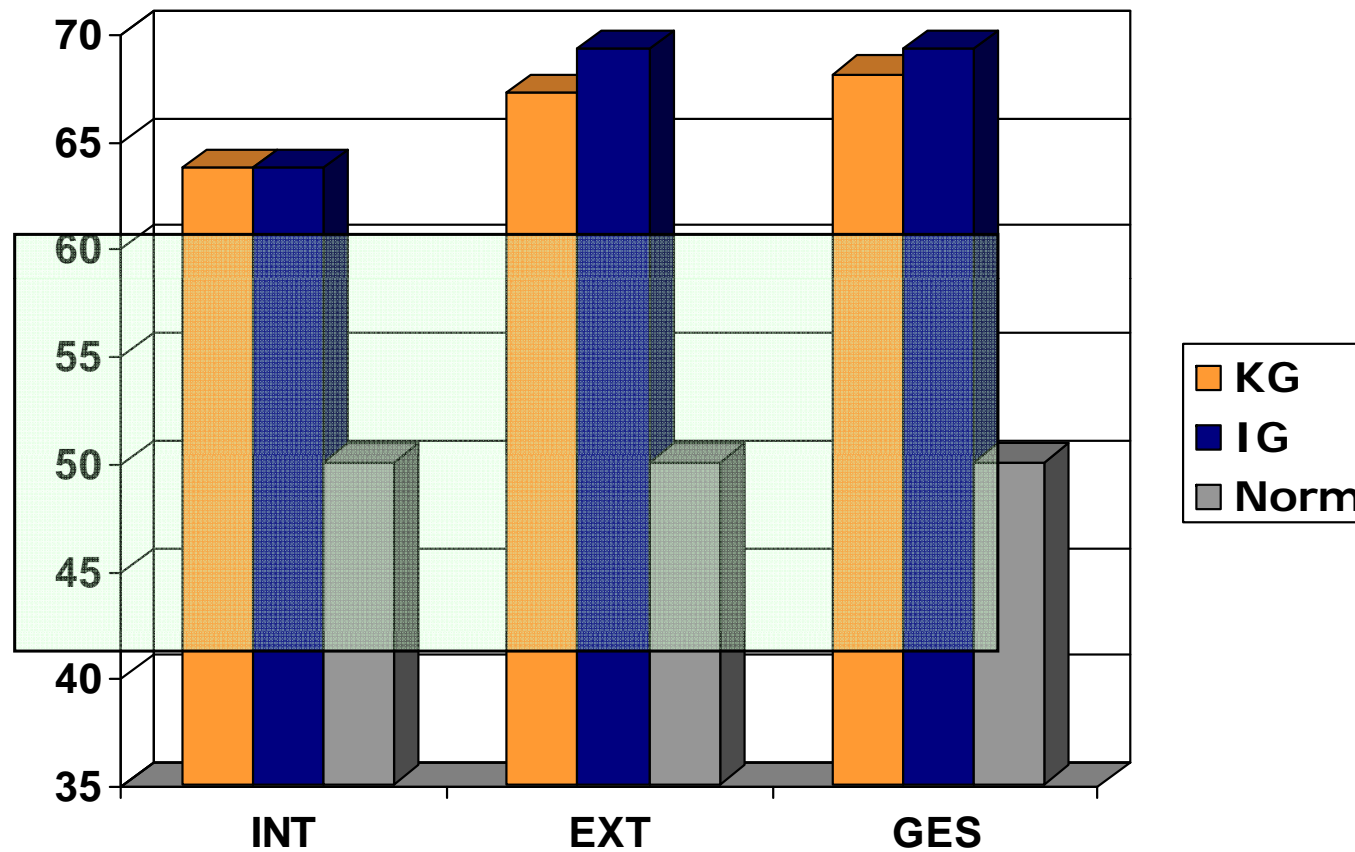
Design: case-flow





Psychische Belastung Zeitpunkt t1

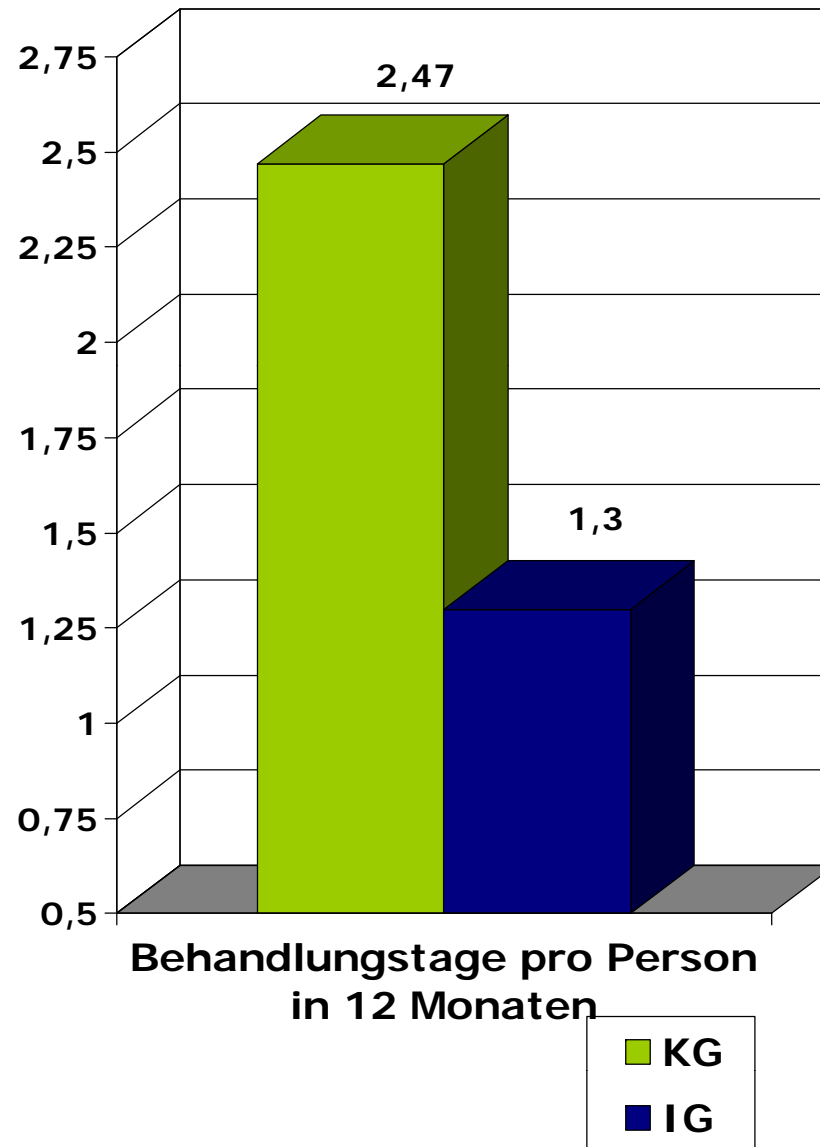
Child Behavior Checklist CBCL/4-18



$t(607) = -2.66$
 $p = .008$



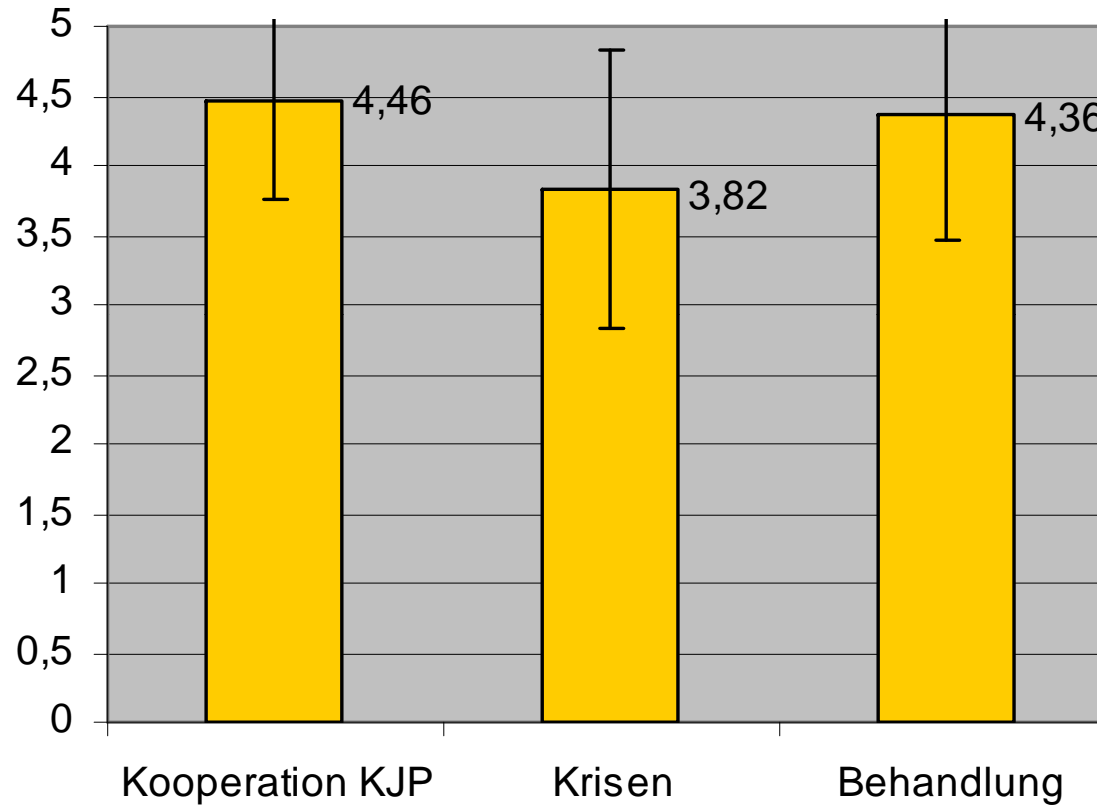
Stationäre Behandlungstage





Zufriedenheit der Jugendhilfe

sehr zufrieden



■ Zufriedenheit (n=11)

unzufrieden





Zusammenfassung der Projektergebnisse

- Kinder und Jugendliche in Heimen sind psychiatrisch hochgradig auffällig und bislang unterversorgt. Sie benötigen häufig **Erziehung und Therapie**
- In der Gruppe mit intensiver, aufsuchender ambulanter Behandlung fallen infolge kürzerer stationärer Behandlungszeiten **signifikant weniger stationäre Pflage** an als in der Kontrollgruppe mit herkömmlicher Behandlung. In der Interventionsgruppe wird ein höherer Anteil der bedürftigen Jugendlichen fachärztlich und psychotherapeutisch versorgt.
- **niedrigschwellige jugendpsychiatrische Behandlung verstärkt die positiven Effekte der Jugendhilfe**

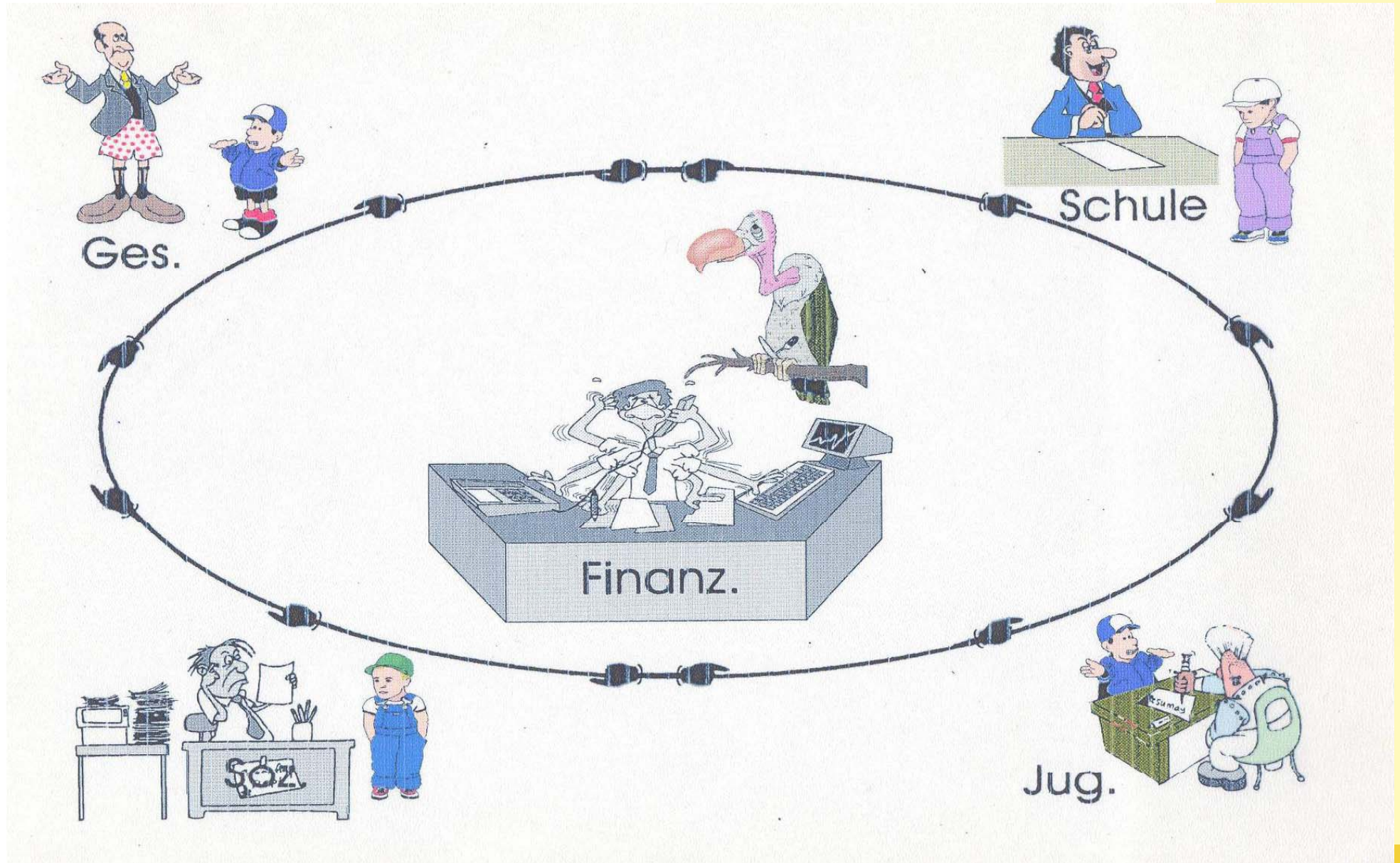


Bei Jugendlichen: Schnittstellenprobleme SGB II (BMAS) versus SGB VIII (BMFSFJ)

- In der Theorie nach § 13 SGB VIII wird Jugendhilfe bei Arbeitsförderung mittätig (§ 13 Abs. 4), sieht Kooperation mit der Agentur vor, auch Mitfinanzierung,
- aber massive Schnittstellenprobleme:
- **Systembruch** mit anderen Paradigmen **Care und Fürsorge** wie **Entwicklungsförderung** versus **fördern und fordern, evtl. auch sanktionieren**
- Schulische Förderung und Vorbereitung oft abgekoppelt (zentrale bundesgeförderte Projekte vs. Ländervielfalt)



Kostendruck , Subsidiarität und „Vernetzung“ als Streit um Zuständigkeit und Finanzierung





Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.

Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.

Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. **Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.**



§ 2 SGB IX Behinderung

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von der Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.



§ 35 a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

§ 35 a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

(1) Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre **seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und**
2. **daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.**

Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. § 27 Abs.4 gilt entsprechend.



(1a)

Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

- **1.eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,**
- **2.eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder**
- **3.eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt,**

einzuholen. Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.



Anhang: weitere Infos s. auch www.uniklinik-ulm.de/kjpp



Universität Ulm
Kompetenzzentrum für Ihre Gesundheit
Kinder- und Jugendpsychiatrie

Home **Kliniken** Institute Zentrale Einrichtungen Zentren Forschung & Lehre

Kliniken

- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Abteilung
- Leitung
- Mitarbeiter
- Aktuelles
- Veranstaltungen
- Vorträge, Poster
- Stellenangebote
- Personalia
- Leistungen
- Klinische Stationen
- Tagesklinik
- Ambulanz
- Forschung
- Projekte, Dissertationen
- Forschungsbereiche
- Publikationen
- Graupublikationen
- DEMJO/Johanniskrautstudie
- Guter Start ins Kinderleben
- Entwicklungspsychologische Beratung
- Die Chance der ersten Monate
- Aktionsprogramm "Familienbesucher"
- Evaluation Landeskinderschutzgesetz Rheinland-Pfalz
- Zukunft für Kinder in Düsseldorf
- Münchener Modell der Früherkennung
- PädZi – Pädagogische Zielerreichung
- Traumapädagogik in der stationären Kinder- und Jugendhilfe
- „SPATZ“-Projekt Ulm
- Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz
- Vereinbarkeit von Familie und Medizinstudium
- Traumafolgen bei Pflegekindern
- Lehre

» Home » Kliniken » **Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie**

Das Aufgabenspektrum der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie umfasst die regionale Versorgung (Ulm und Alb- Donau-Kreis), die überregionale Zuständigkeit für seltene und schwer zu behandelnde kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder, die Beteiligung an der psychiatrischen Ausbildung der Studierenden und die Psychotherapieweiterbildung für Postgraduierte sowie Aktivitäten in verschiedenen Forschungsbereichen. Die Krankenversorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen erfolgt in stationärer Behandlung (31 Betten), tagesklinischer Behandlung (13 Behandlungsplätze) und ambulanter Behandlung (Institutsambulanz und Hochschulambulanz).

Am breiten Diagnosespektrum ist zu erkennen, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich alle schwerwiegenden kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbilder behandelt werden. Während bei den jüngeren Schulkindern im stationären Bereich gehäuft Jungen mit ausagierenden Störungen (hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens) zu finden sind, überwiegen bei den älteren Kindern und Jugendlichen Mädchen mit Störungen wie Essstörungen (Anorexie, Bulimie) und depressiven Störungen, aber auch Jugendliche mit Psychosen oder Störungen der Persönlichkeitsentwicklung. Wiederholte Anlässe für Kriseninterventionen waren akute Suizidalität, sowie massiv fremd gefährdendes und selbst gefährdendes Verhalten (bis hin zu gerichtlich genehmigten Unterbringungen mit Freiheitsentzug).

Neben umfangreichen kreativ-therapeutischen Angeboten (Musiktherapie, Kunsttherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie) ist die Klinikschule ein wichtiger rehabilitativer Bereich, der in das Behandlungskonzept integriert ist.

Ärztlicher Direktor



Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Steinhövelstr. 5
D-89075 Ulm

E-Mail: [joerg.fegert\[at\]uniklinik-ulm.de](mailto:joerg.fegert[at]uniklinik-ulm.de)
Tel.: 0731-500-61600
Fax: 0731-500-61602

[→ zur Anfahrtsbeschreibung](#)

Zentrale Anmeldung und Terminvergabe

Tel: 0731/500-61636

Suche

Für Patienten

Zentrale Anmeldung:
0731/500-61636

Sonstiges

Musterstellungnahme zur Eingliederungshilfe nach § 5a SGBVIII ([zum downloaden](#))
Schweigepflichtsentbindung ([zum downloaden](#))

Stellungnahme





ARZTLICHE STELLUNGNAHME ZUR PLANUNG EINER EINGLIEDERUNGSHILFE

nach § 35a SGB VIII (KJHG),

nach § 53 SGB XII (nur amts- oder landesärztliche Stellungnahme)

Weitergabe dieses Schreibens an Dritte nur nach Rücksprache!

Angaben zur Person:

- **Name:** [Name], **Geburtsdatum:** [Geburtsdatum]
- **Wohnort:** [Wohnort]
- **Schule:** [Schule]
- **Personensorgeberechtigte:** [Personensorgeberechtigte]
- **Andere wesentliche Erziehungspersonen:** [andere wesentliche Erziehungspersonen]

Mit Einwilligung der/des Personensorgeberechtigten vom _____ (s. Anlage) nehme(n) ich/wir zur Hilfeplanung Stellung (Nichtzutreffendes bitte streichen):

- aufgrund unserer persönlichen Untersuchung und Aktenkenntnis vom _____
- aufgrund unserer stationären Behandlung von/seit _____ bis _____
- aufgrund unserer teilstationären Behandlung von/seit _____ bis _____
- allein auf der Basis der Aktenlage

1. Anspruchsbegründende diagnostische Ergebnisse:

Nach den in § 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Kriterien der WHO (Weltgesundheitsorganisation) liegt bei dem o. g. Patienten¹

- keine Störung vor (Eingangskriterien für einen Rechtsanspruch nach § 35 a SGB VIII liegen nicht vor).
- ⇒ (wird Hilfe zur Erziehung für erforderlich gehalten [§ 27 ff. SGB VIII])
- ja/nein

¹ Nach dem SGB V Abs. 2 Satz 1 sind die Diagnosen nach dem der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln.



Die seelische Gesundheit

- weicht aufgrund dieses Störungsbildes länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand ab. ja nein

- wenn „nein“, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen. ja nein

1.1 Störungsbild/Erkrankung

1.1.1 Psychische Störungen (Bei Mehrfachdiagnosen soll die schwerere Diagnose die Hauptdiagnose sein)

- F organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F affektive Störungen
- F neurotische/ Belastungs- und somatoforme Störungen
- F Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
- F Persönlichkeits- (erst ab 16. Lebensjahr) und Verhaltensstörungen
- F tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- F Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Exakte Hauptdiagnose:

Relevante psychiatrische Komorbiditäten (Nebendiagnosen):

1.1.2 Körperliche Erkrankungen:



ICF der WHO: Überblick über Komponenten des Funktionsniveaus

	Body Functions & Structures	Activities	Participation	Contextual Factors
Levels of Functioning	Body (body parts)	Individual (person as a whole)	Society (life situations)	Environmental factors (external influence on functioning) + Personal factors (internal influence on functioning)
Charakteristics	Body function Body structure	Performanc of individuals activities	Involvement in life situations	Features of the physical, social and attitudinal world + Attributes of the person
Positive aspect (Functioning)	Functional and structural integrity	Activity	Participation	Facilitators
Negative aspect (Disability)	Impairment	Activity limitation	Participation restriction	Barriers / hindrances
Qualifiers: First Qualifier	Uniform Qualifier: Extend or Magnitude			
Qualifiers: Second Qualifier	Localisation	Assistance	Subjective satisfaction	



Generelle Aspekte der Teilhabebeeinträchtigung

zu beachtende Elemente (entsprechend von der WHO in der ICF verwendet):

- die **Pervasivität**, d.h., ob das Störungsbild in mehreren Bereiche Auswirkungen hat, z.B. ob eine Funktionsbeeinträchtigung sich in der Familie, in der Schule und auch in der Freizeit auswirkt, oder ob die Funktionsbeeinträchtigung nur auf einen Bereich beschränkt ist. Die Pervasivität trägt erheblich zum Ausmaß der Beeinträchtigung bei.
- die **Intensität**, d.h., ob das Störungsbild in einem (oder mehreren) Bereich(en) so stark ausgeprägt ist, dass die Stärke der Funktionsbeeinträchtigung nicht mehr mit einer Teilhabe vereinbar ist. Das bedeutet, dass z.B. auch bereits ein Bereich genügt, um eine Teilhabebeeinträchtigung festzustellen, obwohl das Funktionsniveau in den anderen Bereichen hoch und ausreichend sein kann.
- die **Chronizität**, d.h. die Dauer der Funktionsbeeinträchtigung. Für die Chronizität liegt bereits in der Norm des §35a KJHG ein Kriterium vor, da dort der Halb-Jahreszeitraum in der Regel vorausgesetzt wird



Teilhabebeeinträchtigung

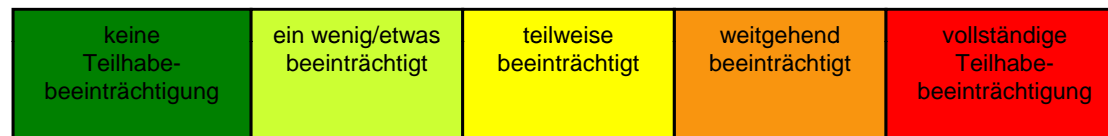
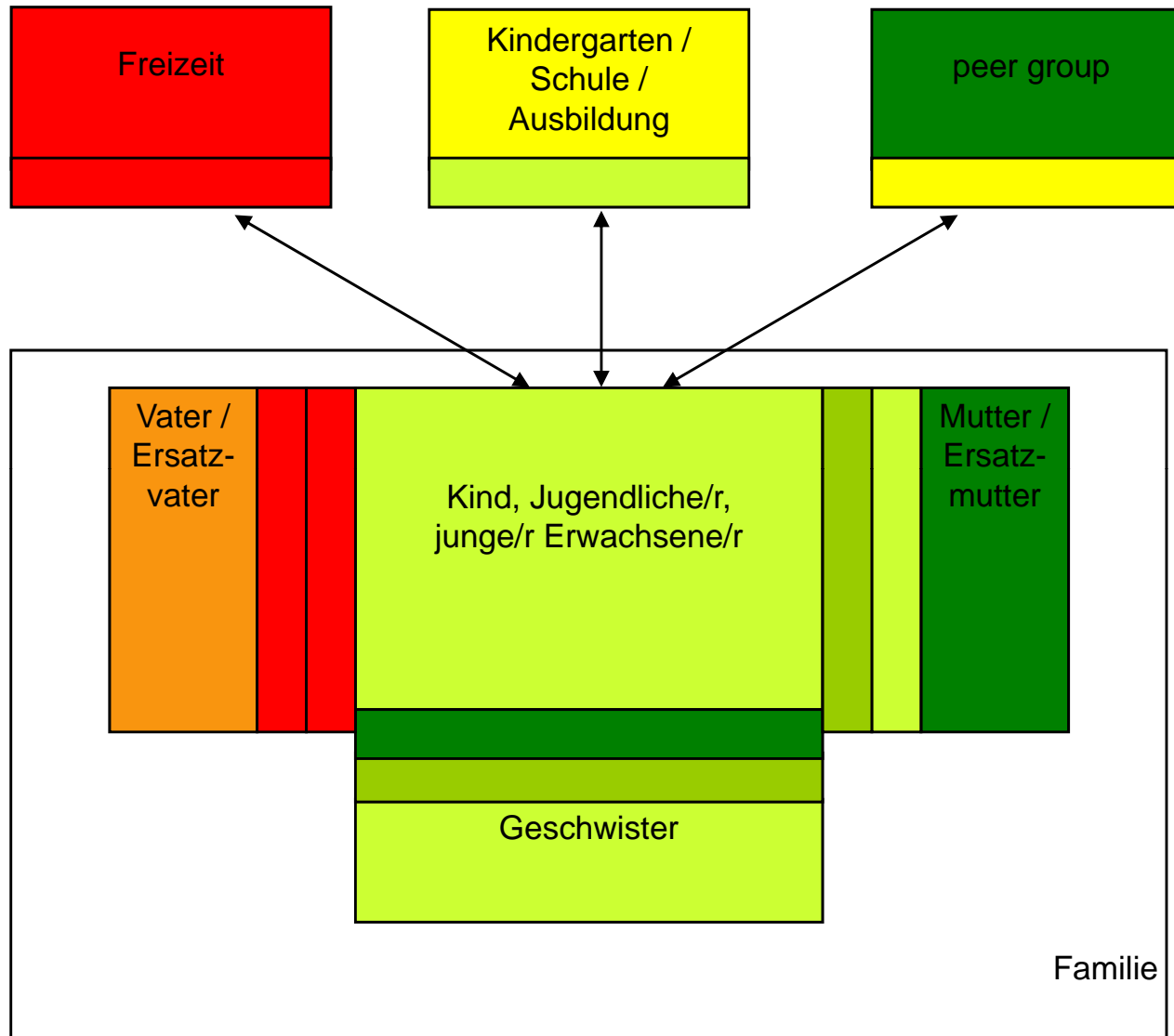
Indikatoren – Einteilung

Individuelle Voraussetzungen:

- soziale Lebenslage
- Selbstpflegekompetenzen
- Kompetenzen der Familie
- Leistungsfunktionen des Kindes / Jugendlichen
- Leistungsfunktionen der Familie

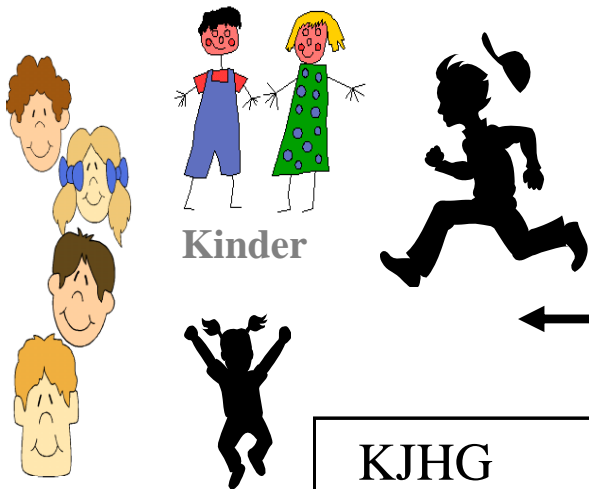
Interaktionelle Voraussetzungen:

- Integration in die Familie
- Integration Kita / Schule / Arbeit,
- Integration in die Peer-Group,
- Integration in der Freizeit und
- Integration in den Sozialraum.
- Beziehungsqualitäten des Kindes / Jugendlichen



Hilfen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder

Auf dem Weg zur großen Lösung?



Kinder

Inklusion

KJHG
SGB VIII



Gruppe der behinderten Erwachsenen

Gleichstellung mit anderen Behinderten

Behinderung und Teilhabe
SGB IX

Problem der Zuordnung der Kinder mit Mehrfachbehinderungen



UN-Behindertenrechtskonvention

Übereinkommen und Zusatzprotokoll am 13. Dezember 2006 in New York verabschiedet

- 3. Mai 2008 nach Ratifizierung durch 20 Vertragsstaaten in Kraft getreten. Alle EU-Mitgliedsstaaten bis auf Lettland haben die Konvention ratifiziert, 16 das Zusatzprotokoll unterzeichnet
- UN-Behindertenrechtskonvention ist 2 Jahre nach Unterzeichnung **am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft getreten**





Convention on
the Rights of Persons
with Disabilities and
Optional Protocol



UNITED NATIONS





Integration versus Inklusion

Artikel 3 UN-Behindertenrechtskonvention „volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“,

Diversity Ansatz: *„Achtung der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderung und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit“*



Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung

Herausforderung an:

- Beschulung
- Eingliederungshilfe
Trennung zwischen Eingliederungshilfe für seelisch behinderte und körperlich oder geistig behinderte Kinder nun obsolet
- Zuordnung aller behinderter Kinder zum Personenkreis aller behinderter Menschen erscheint ebenfalls inadäquat.

Einzige Lösung:

So genannte „große Lösung“. Zuständigkeit des Jugendamts für alle Kinder, ob behindert oder nicht (Inklusion). Deshalb Integration aller Eingliederungshilfen zur Reduktion von Teilhabebeeinträchtigungen in das SGB VIII

- Konsequenz: Aufgabe des § 35 a
- Formulierungen in § 27 von Rechtsansprüchen der Eltern, wie auch eigenständigen Rechtsansprüchen von Kindern bei drohender Teilhabebeeinträchtigung, unabhängig von der Behinderungsform



Vorteile „Große Lösung“

- Inklusion
- Aufhebung der artifiziellen Trennung zwischen einzelnen Behinderungsformen und der artifiziellen Bestimmung maßgeblicher Behinderungsanteile bis hin zu Prozentanteilen nach einzelnen Länderausführungsgesetzen
- Akzeptanz der Tatsache, dass körperliche und geistige Behinderung häufiger mit seelischer Behinderung einhergehen
- für die Bekämpfung der Teilhabebeeinträchtigung muss die kausale Henne-Ei-Frage kaum geklärt werden , sondern es geht darum Barrieren und Hinderungsgründe zu definieren und entsprechende Erleichterer (Faszilisatoren) zu definieren.



86. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2009

am 25. / 26. November 2009 in Berchtesgaden

TOP 5.3

Inklusion von jungen Menschen mit Behinderungen

Antragsteller: alle Länder

Beschluss:

Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:



1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder nahmen den Zwischenbericht der Interkonferenziellen Arbeitsgruppe zur Inklusion von jungen Menschen mit Behinderungen zur Kenntnis.
2. Vor dem Hintergrund der VN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung betonen die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder den Gedanken der Inklusion und bekräftigen, dass ein Anspruch auf ein inklusives Leben bereits im Kindes- und Jugendalter besteht. Dazu müssen die entsprechenden Rahmenbedingungen gesetzt werden.



Dazu gehört insbesondere, dass

- Kinder und Jugendliche als ganzheitliche Persönlichkeiten wahrgenommen werden, deren Hilfe- und Unterstützungsbedarfe – seien sie entwicklungs- oder behinderungsbedingt – unter Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit des Kindes oder Jugendlichen abgedeckt werden,
- die Hilfen für ein Kind oder einen Jugendlichen so weit wie möglich aus einer Hand geleistet werden,
- Hilfeleistungen bedarfsgerecht, zielgenau und zeitnah erbracht werden.



Artikel 7 „Children with disabilities“

1. Vertragsstaaten ergreifen notwendige Maßnahmen, um Kindern mit Behinderungen alle Menschenrechte und fundamentalen Freiheiten auf gleicher Basis mit anderen Kindern zu garantieren.
2. Kindeswohlmaxime als genereller Maßstab („The best interests of the child shall be a primary consideration“)
3. Partizipation in Entscheidungen



Artikel 16 „Freedom from exploitation, violence and abuse“

1. Maßnahmen sollen ergriffen werden, die behinderte Personen in ihrem Zuhause und in Einrichtungen von allen Formen der Ausbeutung, Gewalt und des Missbrauchs schützen, wobei geschlechtsspezifische Aspekte besonders berücksichtigt werden sollen
2. Information
3. Monitoring von Einrichtungen durch unabhängige „Institutionen“
4. Unterstützung bei der Genesung und Reintegration traumatisierter Personen
5. Effektive Gesetzgebung und Standards, auch bei frauenspezifischen und kindzentrierten Gesetzen und Standards, um die Strafverfolgung, Identifikation und Untersuchung von Einrichtungen und Personen in denen Missbrauch stattfindet zu gewährleisten



Artikel 24 „Education“

2. (a) Personen mit Behinderung sollen nicht vom allgemeinen Bildungssystem wegen ihrer Behinderung ausgeschlossen werden



"offizielle Sprachregelung der Bundesregierung,,
dargestellt von Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner bei einem
Fachgespräch zur großen Lösung am 12.04.2010 in Berlin

- Bei der Zusammenführung der
Eingliederungshilfe für behinderte Kinder und
Jugendliche unter dem Dach des SGB VIII
("große Lösung") handelt es sich um ein
großes und schwieriges Projekt, das mit
erheblichen finanziellen, personellen und
strukturellen Verschiebungen verbunden
wäre. Die Realisierung wäre mit einer
immensen Herausforderung insbesondere für
die Kommunen als örtliche Träger der Kinder-
und Jugendhilfe verbunden. Daher ist das
Vorhaben auch im Kontext mit den Arbeiten
der Gemeindefinanzkommission zu sehen.





- Vor diesem Hintergrund muss das Vorhaben sorgfältigst in fachlicher Sicht geprüft werden. In dieser intensiven Prüfung befinden sich BMFSFJ und BMAS, die hier eng zusammenarbeiten und sich dazu auch mit Ländern und Kommunen austauschen, derzeit noch. Auf Grund der Komplexität der Materie kann nicht abgesehen werden, wann die Prüfung abgeschlossen ist. In Abhängigkeit von den Arbeitsergebnissen wären dann gegebenenfalls weitere Schritte zur Umsetzung des Vorhabens zu prüfen und Konzepte zu entwickeln.





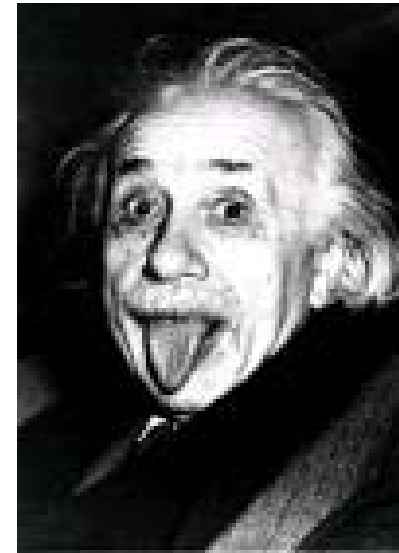
Fazit und Ausblick

- So schnell kommt die große Lösung wohl nicht
- Sie wäre wegen kombinierter Behinderungen wünschenswert und auch sonst sinnvoll (vgl. Debatte Heimaufsicht im Rahmen der Sitzung zum Bundeskinderschutzgesetz)
- Individuumzentrierte komplexe Hilfen aus einer Hand
- Bessere Kundenorientierung und stärkere Beteiligung von (Mittelschicht-) Eltern
- Änderung des Jugendamt Image
- Größere Nähe zu Kinderärzten



„Es gibt keine großen Entdeckungen
und Fortschritte, solange es noch
ein unglückliches Kind auf Erden gibt.“

(Albert Einstein * 1889 Ulm)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!





**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**

Universitätsklinikum Ulm

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie /
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm**

Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

www.uniklinik-ulm.de/kjpp



Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

