



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





Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

# ADHS und Jugendhilfe Frage der Teilhabebeeinträchtigung

ULM 18.12.08

J. M. Fegert





## § 35 a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (nach KICK)

### § 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)

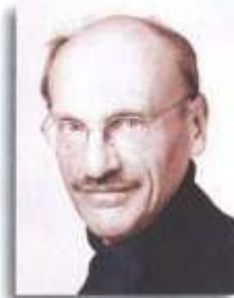
Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

- **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.



# Der Referenten - Kommentar jetzt



Ministerialrat Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner hat als langjähriger zuständiger Referatsleiter im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend das SGB VIII maßgeblich mitgestaltet, ebenso wie die jüngsten Änderungsgesetze TAG und KICK.

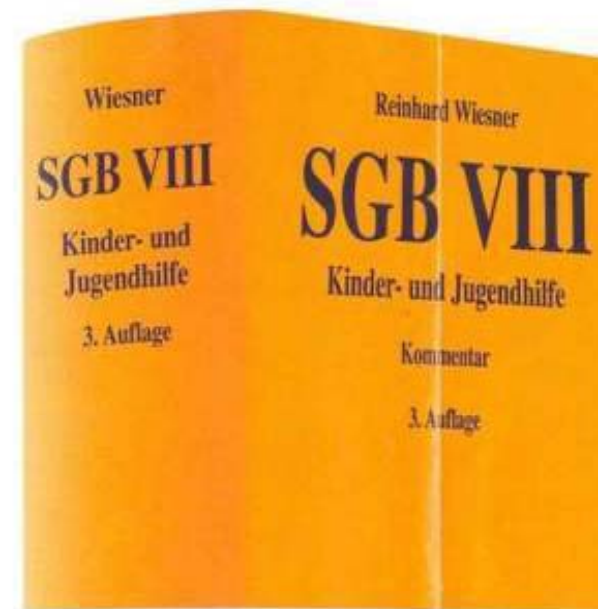
*„Unser Kommentar wendet sich in erster Linie an die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe, genügt aber in gleicher Weise auch hohen wissenschaftlichen Ansprüchen. Er ist für alle Professionen geschrieben, die in diesem Fachgebiet tätig sind: Juristen, (Sozial-)Pädagogen, Verwaltungsfachkräfte, Ärzte und Psychologen.“*

*Das Werk stellt das komplexe Feld des Kinder- und Jugendhilferechts mit seinen verfassungsrechtlichen Grundlagen und seinen Schnittstellen zum Kindschafts- und zum Jugendstrafrecht dar. Die Kommentierung ist kompakt gehalten und ermöglicht dank ihrer übersichtlichen Struktur den schnellen Zugriff auf alle Themen.“*

Wiesner  
**SGB VIII**  
Kinder- und Jugendhilfe  
3. Auflage. 2006.  
XXXII, 1853 Seiten.  
In Leinen € 79,-  
ISBN 3-406-51969-5  
Erscheint Mitte April 2006

Bearbeitet von  
ausgewiesenen Kennern

Prof. Dr. Jörg Fegert, Ulm;  
Thomas Mörsberger, Stuttgart;  
Prof. Dr. Helga Oberloskamp,  
Köln; Jutta Struck, Ministerial-  
rätin in Berlin; Prof. Dr. Dr. h.c.  
Reinhard Wiesner, Ministerial-  
rat in Berlin



C.H.Beck





# Psychische Belastung von Kindern in stationärer Jugendhilfe

- in Deutschland ca. 62.000 Kinder und Jugendliche in stationärer Jugendhilfe
- Hochrisikogruppe: Prävalenz psychischer Störungen  $\geq 60\%$ 
  - externalisierende Störungen, Multimorbidität , häufig traumatischer Hintergrund und/oder Vernachlässigung
- ambulante Unterversorgung
- Diskontinuität von Beziehungen, Drehtür-Karrieren
- ungünstige Kosten-Nutzen-Relation
- Zuständigkeitsgerangel, Mangel an Vernetzung Jugendhilfe – KJP
  - Versorgungsstrukturen verstärken ungewollt die vorhandenen psychischen Belastungen/Störungen



# Entwicklungspsychopathologie (DeBellis 2001)

Lebensphase (Alter)	Symptome als mögliche Traumafolge (Typ II)
<b>Frühe Kindheit</b>	Bindungsstörungen, oppositionelles Verhalten, Entwicklungsverzögerungen
<b>Mittlere Kindheit</b>	Schulversagen, Störungen des Sozialverhaltens, Dysphorie, Lustlosigkeit, depressive Symptome, weniger Copingstrategien, geringerer Selbstwert, geringere Soziale Kompetenz
<b>Jugendalter</b>	Selbstverletzungen, Suizidalität, Substanzmissbrauch, Störung des Sozialverhaltens, auffälliges sexualisiertes Verhalten, körperliche und sexuelle Aggression, dissoziative Störungen
<b>Erwachsenenalter</b>	Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen, PTSD, Suizidalität, dissoziative Störungen, Abhängigkeitserkrankungen, Depressionen, körperliche Erkrankungen, erhöhtes Risiko eigene Kinder zu misshandeln.





## Bedeutung von Familienbeziehungen

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

doppeltes Risiko bei Alleinerziehen(OR:2,09)

und bei Erziehung außerhalb der Familie

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

Aufwachsen mit 2 Elternteilen protektiv in Bezug auf die  
Entwicklung psychischer Störungen, Beziehungserhalt nach  
Trennungen entspricht prinzipiell dem Kindeswohl, wenn relativ  
konfliktfrei





## Britische repräsentative Untersuchung zu Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen

- Die Studie wurde 1999 durch die Social Survey Division of the Office for National Statistics for the Department of Health, Scottish Health Executive und die National Assembly for Wales durchgeführt
- Hauptautoren sind:
  - Howard Meltzer and Rebecca Gatward (ONS)
  - Robert Goodman and Tamsin Ford (IOP)



# Studiendesign

- Repräsentative Stichprobe aus Kindergelddaten
- Ursprüngliche Aussendung von 14.250 Briefen, 12.529 Familien konnten erreicht werden, 10.438 Interviews wurden durchgeführt (83%)
- Persönliche Interviews mit allen Eltern
- Persönliche Interviews mit den 11-15 Jahre alten Kindern und zusätzlich Ausfüllen eines Fragebogens zu heiklen Themen (CASI)
- Postalischer Lehrerfragebogen
- 95% Antwortrate bei den 11-15 jährigen und 80% response bei den Lehrern
- Weitere Spezialerhebungen in Subpopulationen

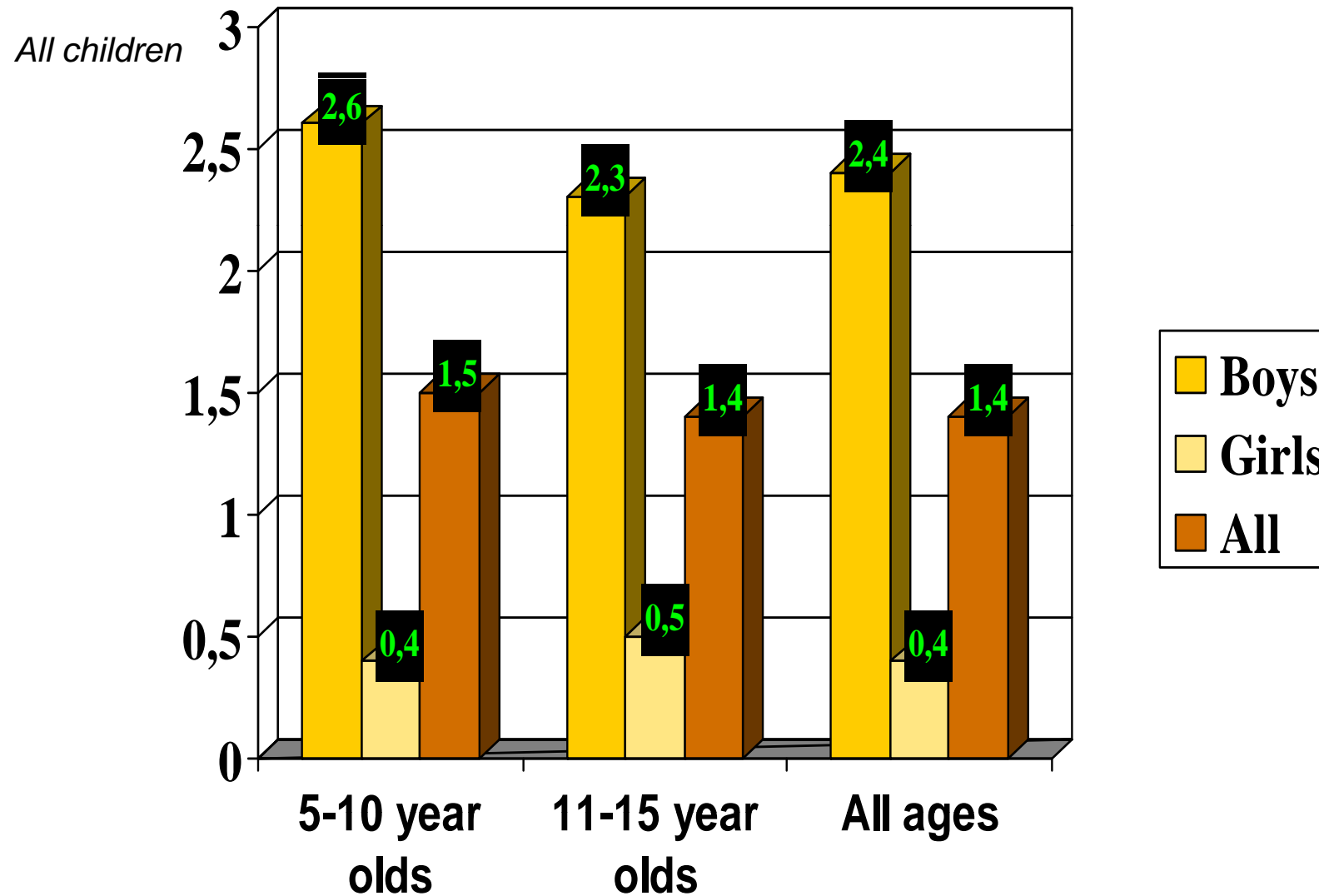


## Signifikante sozio-demographische, sozio-ökonomische und geo-demographische Faktoren in Bezug auf psychische Störungen

- Alter und Geschlecht
- Familien Struktur
- Ausbildung der Eltern
- Beschäftigungsstatus
- Haushaltseinkommen

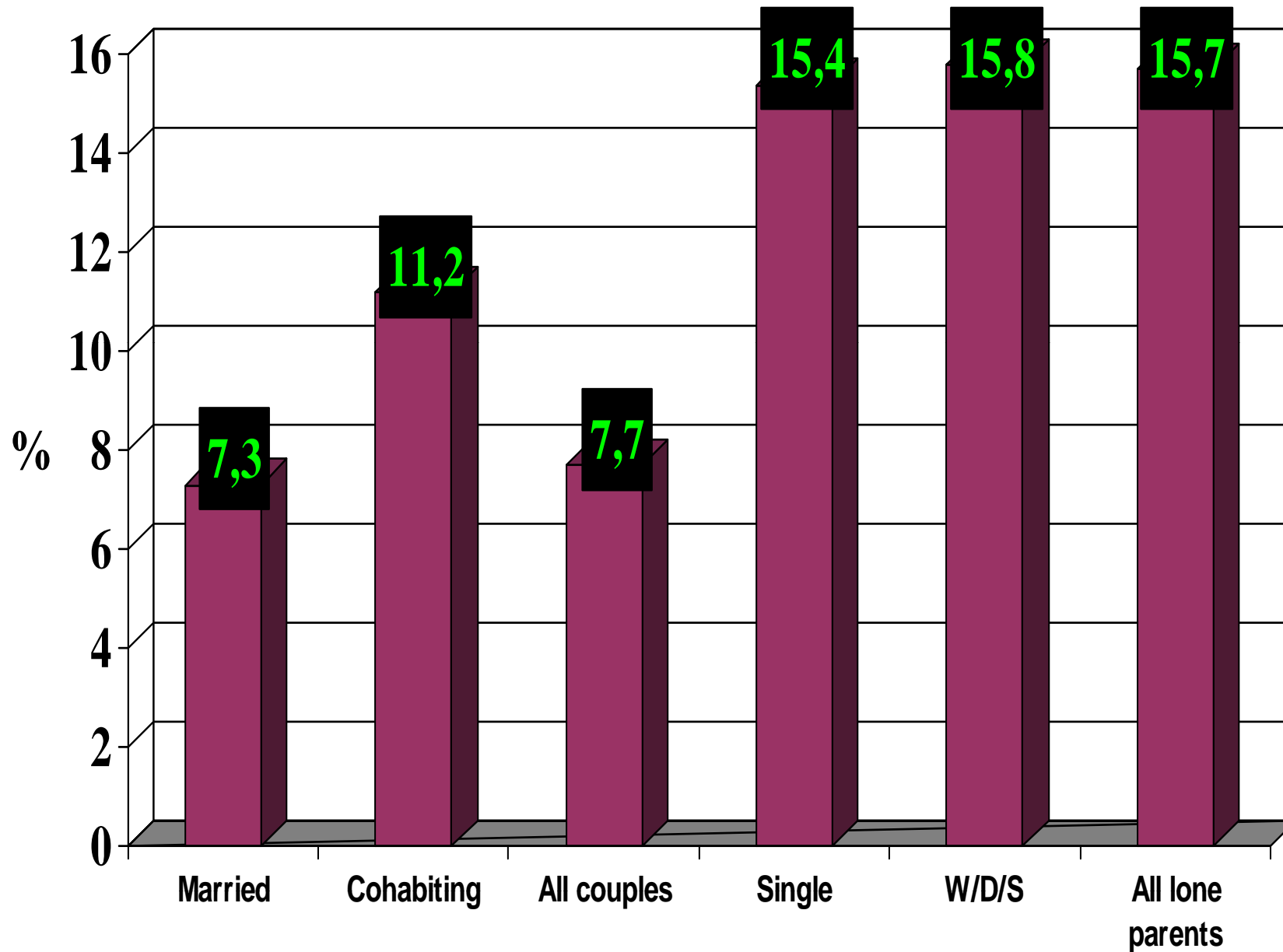


## Prevalence of hyperkinetic disorders by age and sex



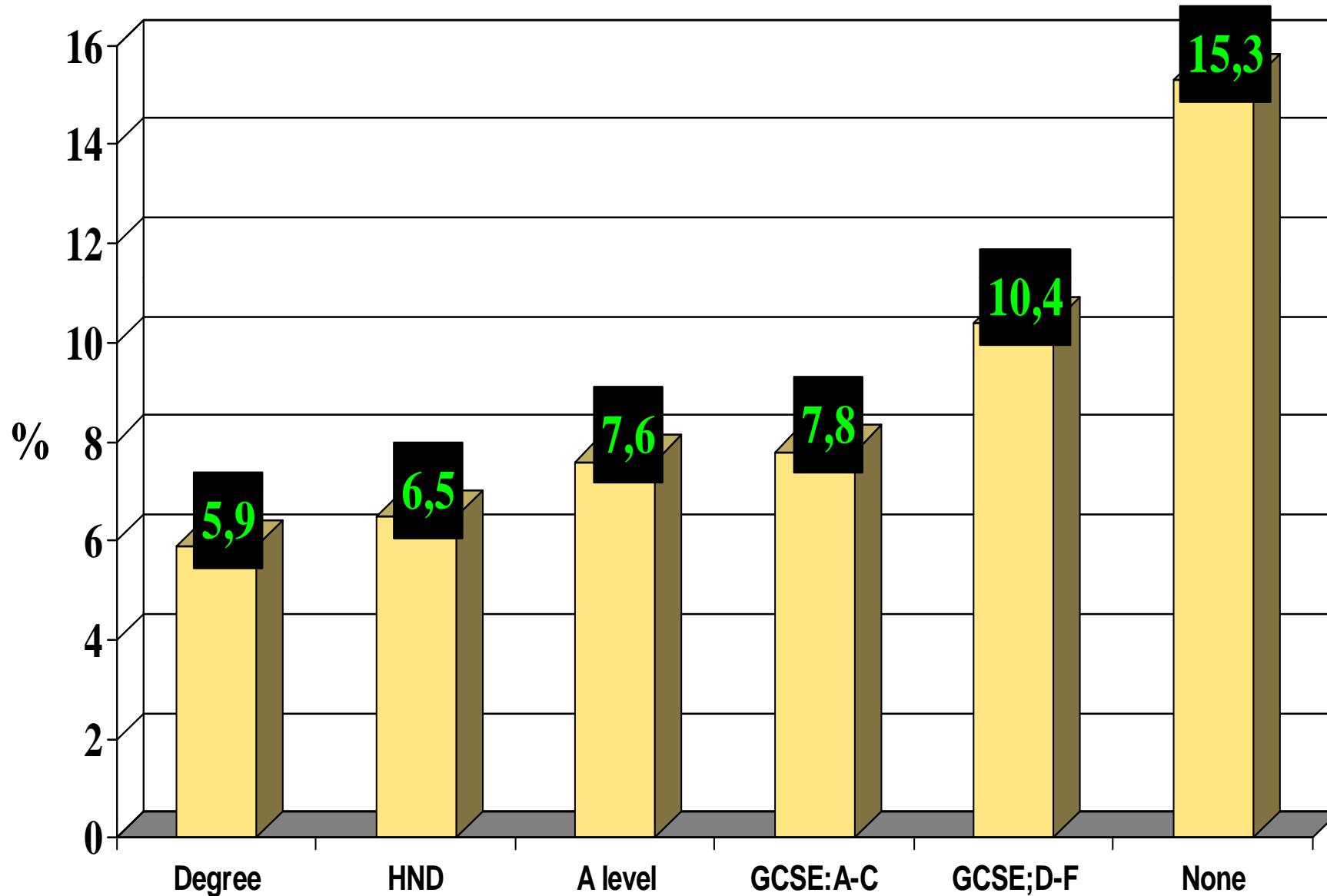


## Prevalence of any mental disorder by family type



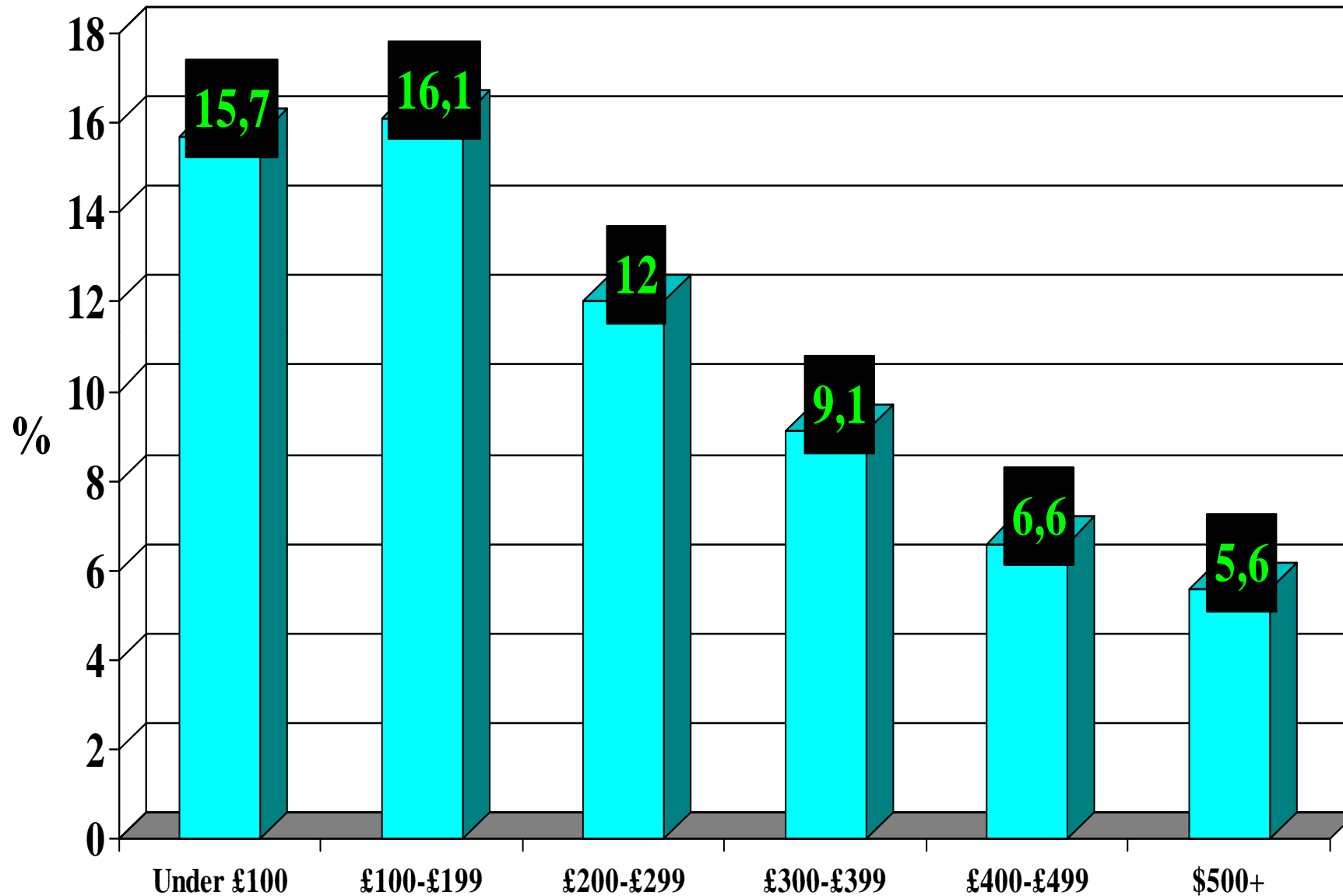


## Prevalence of any mental disorder by educational qualifications of parent





## Prevalence of any mental disorder by gross weekly household income





## Prävalenz ADHD (DSM-IV) „looked after children“ in England

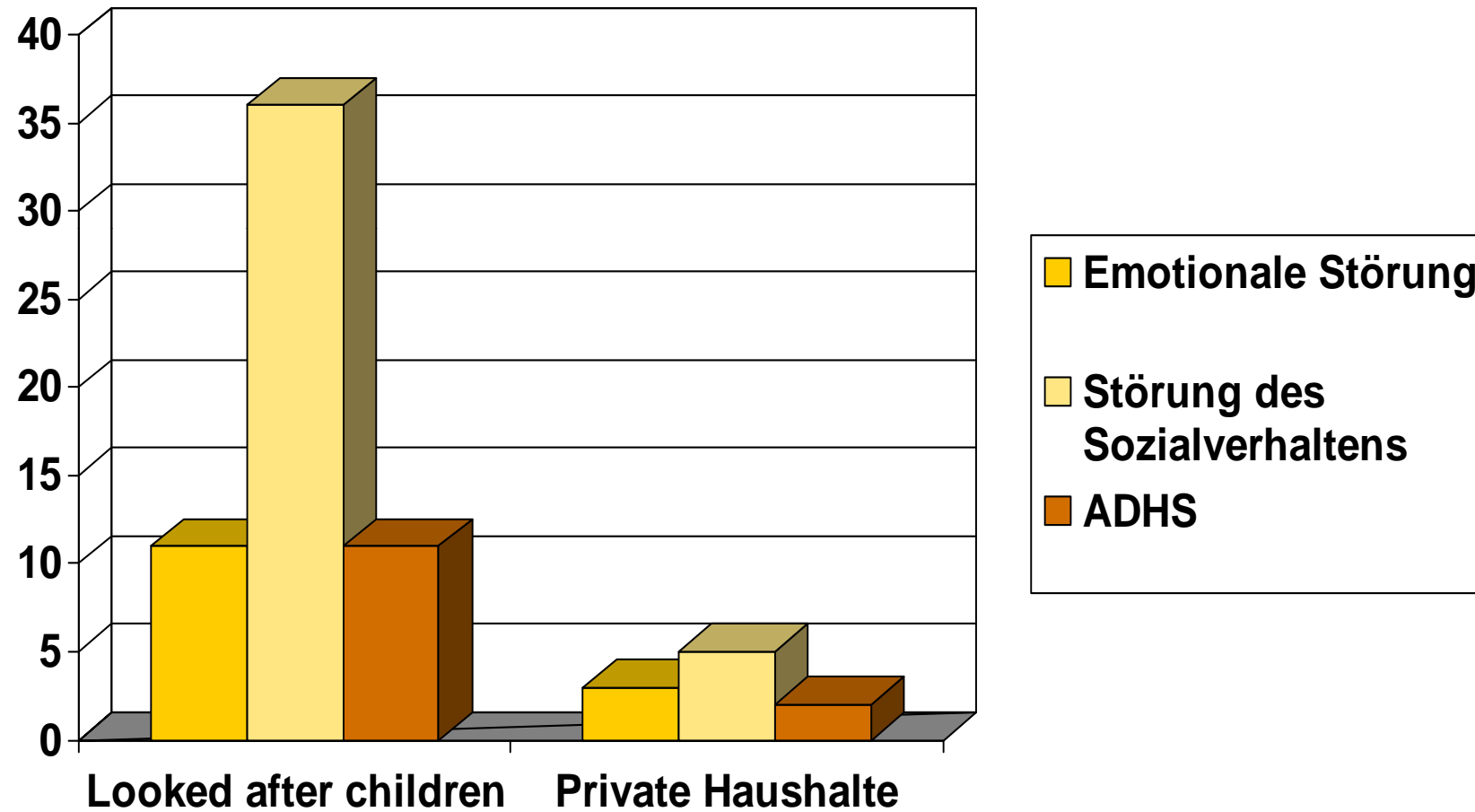
	Boys	Girls	All
5-10 Jahre	16%	5%	11%
11-15 Jahre	11%	2%	7%
16-18 Jahre	2%	-	1%



# Prävalenz von psychischen Störungen in England

Vergleich: Looked after children vs.  
Familien (5-10. Lebensjahr)

Häufigkeit in %



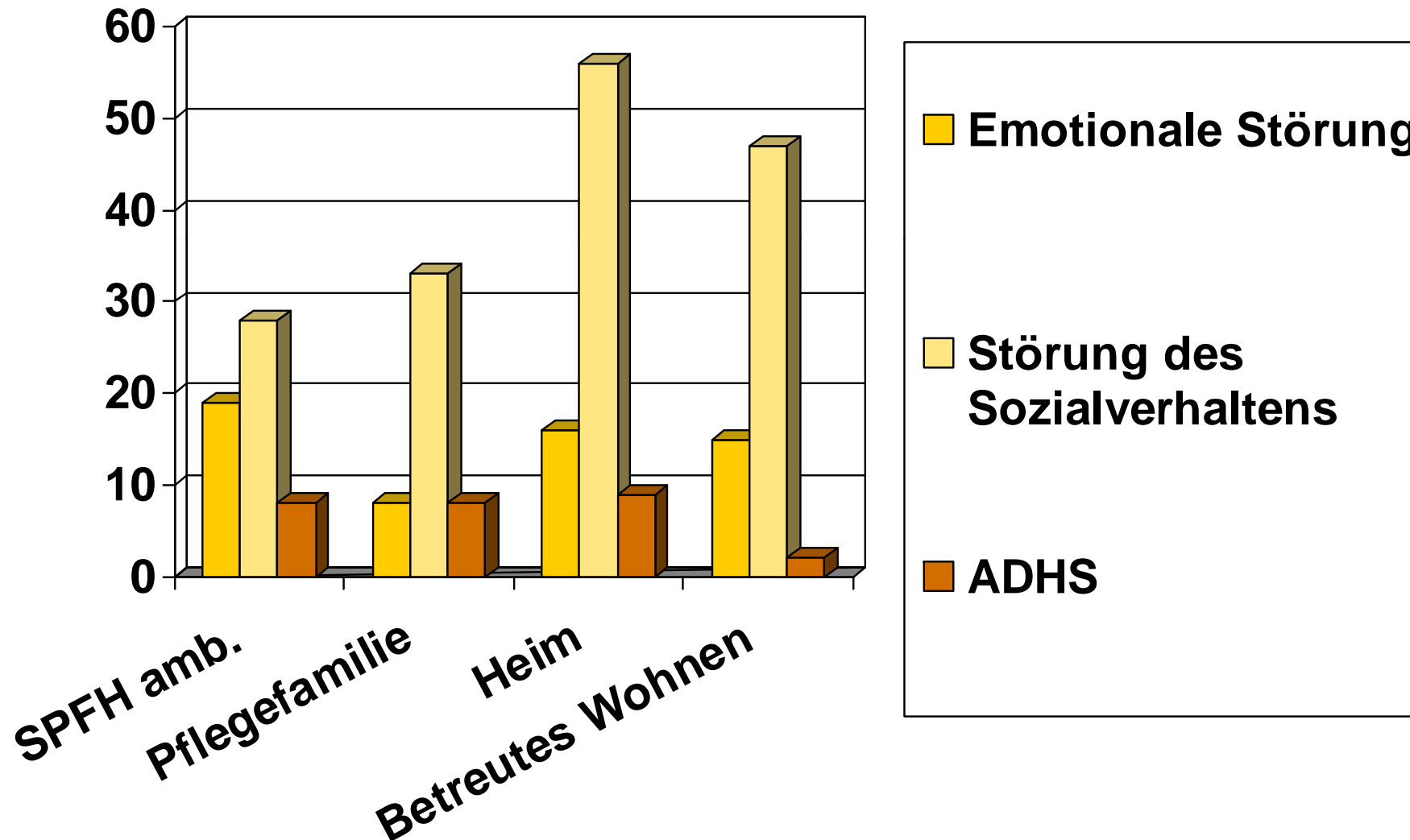
Meltzer et al. 2003





# Prävalenz in Abhängigkeit von der Jugendhilfemaßnahme in England

Häufigkeit in %



Fazit: Alter & Komorbidität sind entscheidend !

Meltzer et al. 2003





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\*<sup>1</sup>, Lutz Goldbeck<sup>2</sup>, Jakob Nuetzel<sup>3</sup> and Joerg M Fegert<sup>2</sup>

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

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

\* Corresponding author

Published: 28 January 2008

Received: 22 May 2007

Accepted: 28 January 2008

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

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

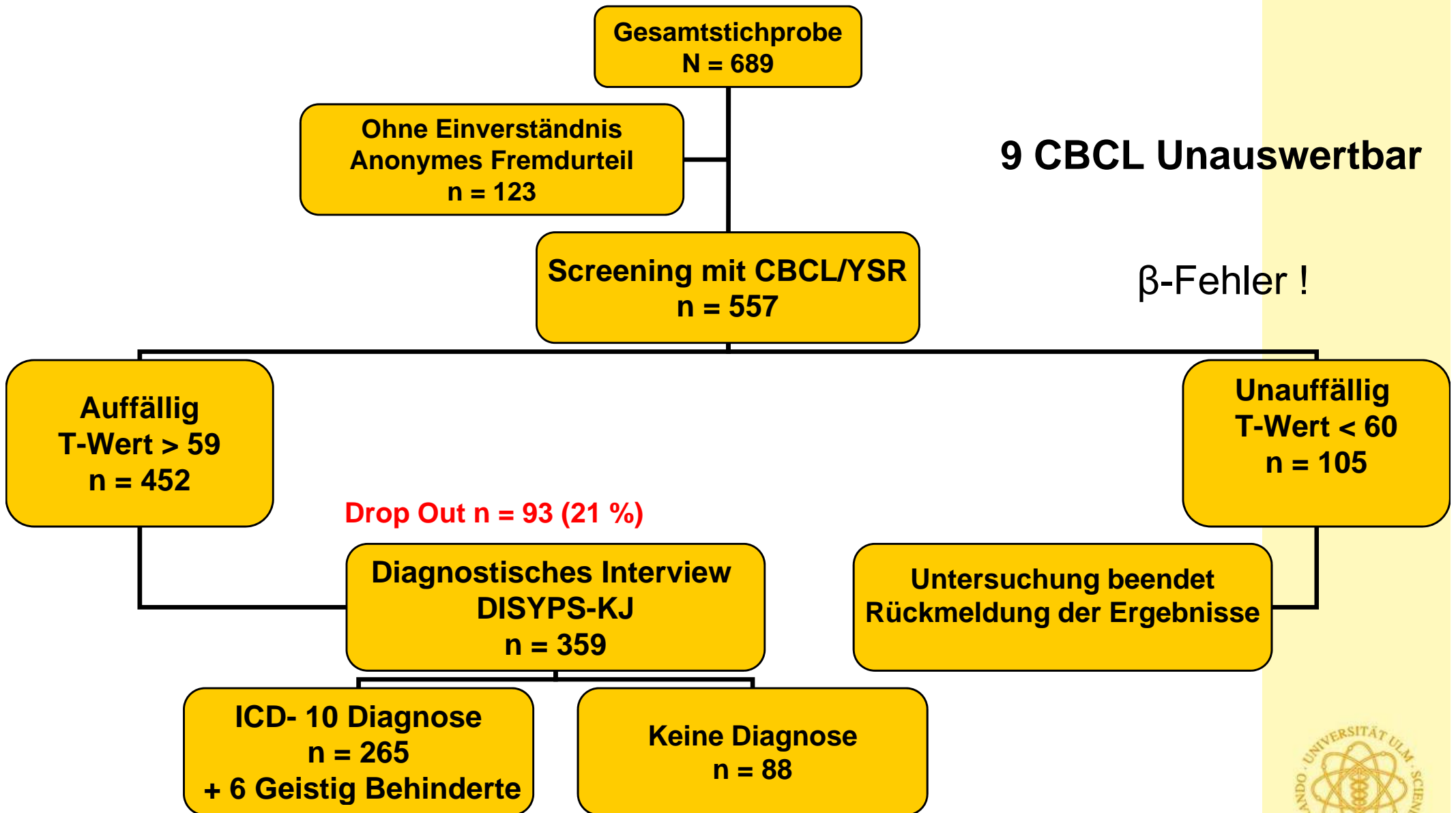
© 2008 Schmid et al; licensee BioMed Central Ltd.

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 (DYSIPS-KJ + Enuresis, Tic, Substanzmissbrauch, Enkopresis) ULMER HEIMKINDERSTUDIE

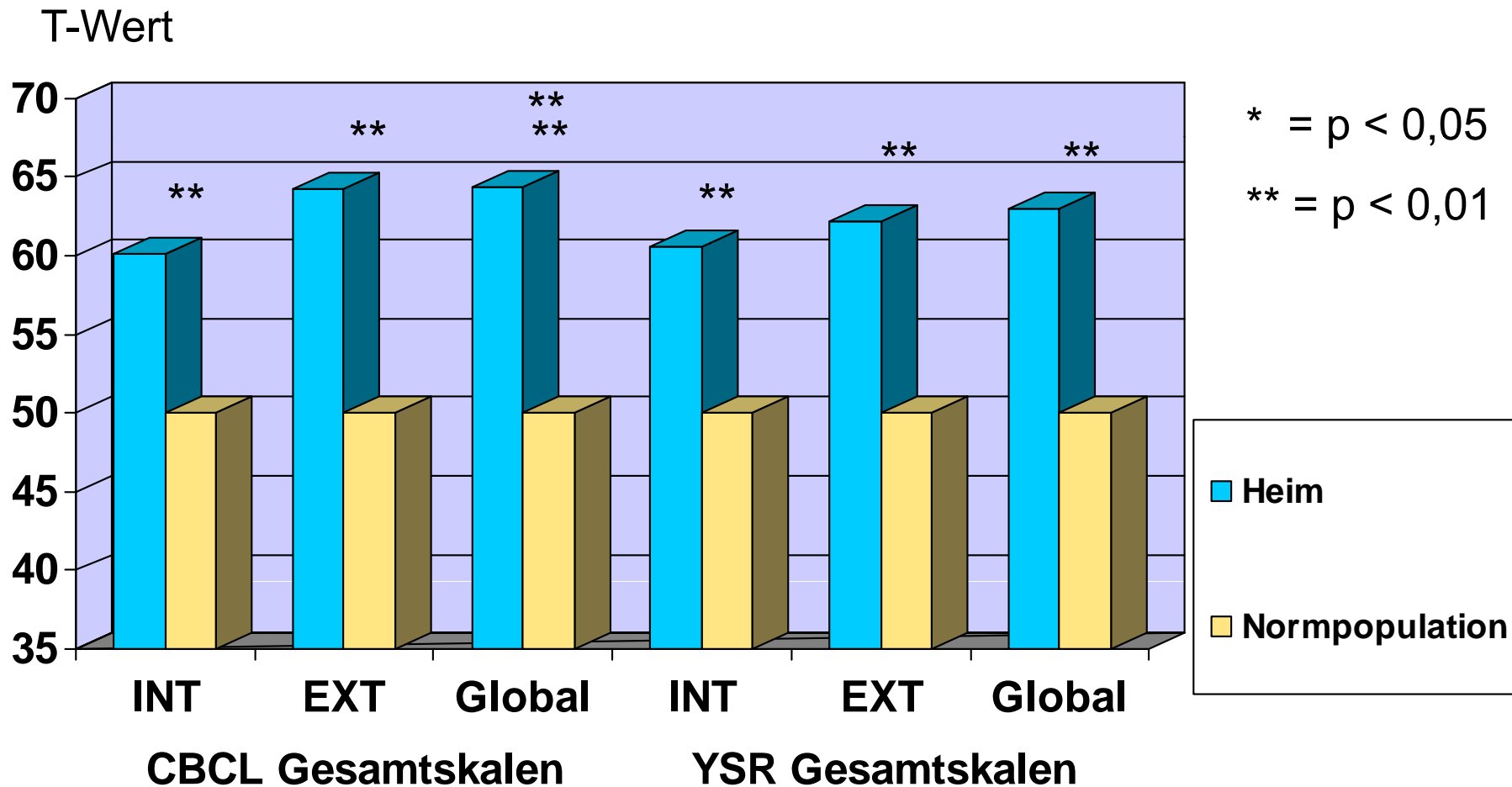


**Punktprävalenz: 59,9 % ohne F 70 und 61,3 % mit F 70**



# Subgruppenvergleiche: Vergleich zur Normpopulation (CBCL/YSR)

## Mittelwertsvergleich Heimstichprobe vs. Norm





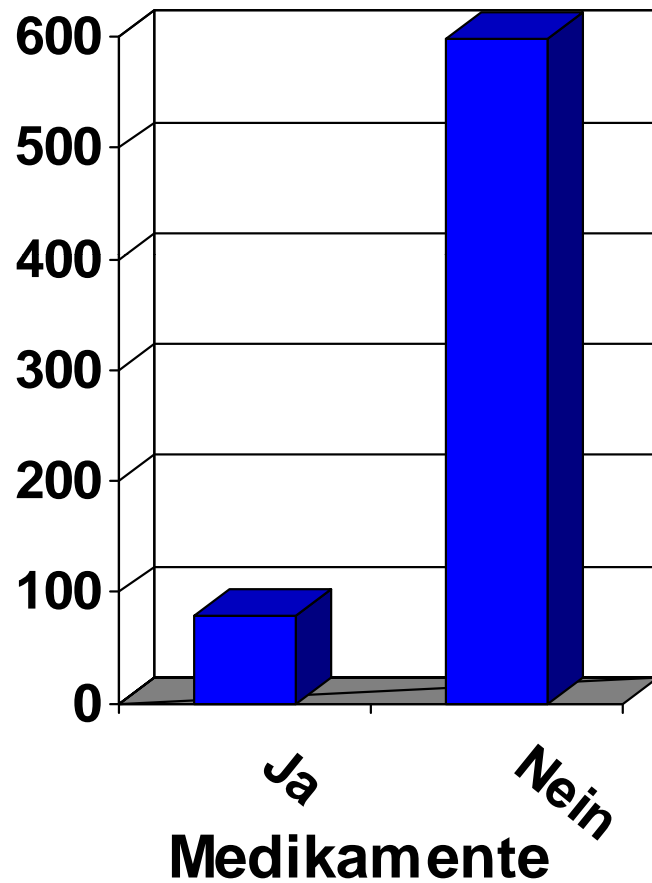
## Verhaltensauffälligkeiten bei Heimkindern

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



## Medikamente

■ Häufigkeit (n)



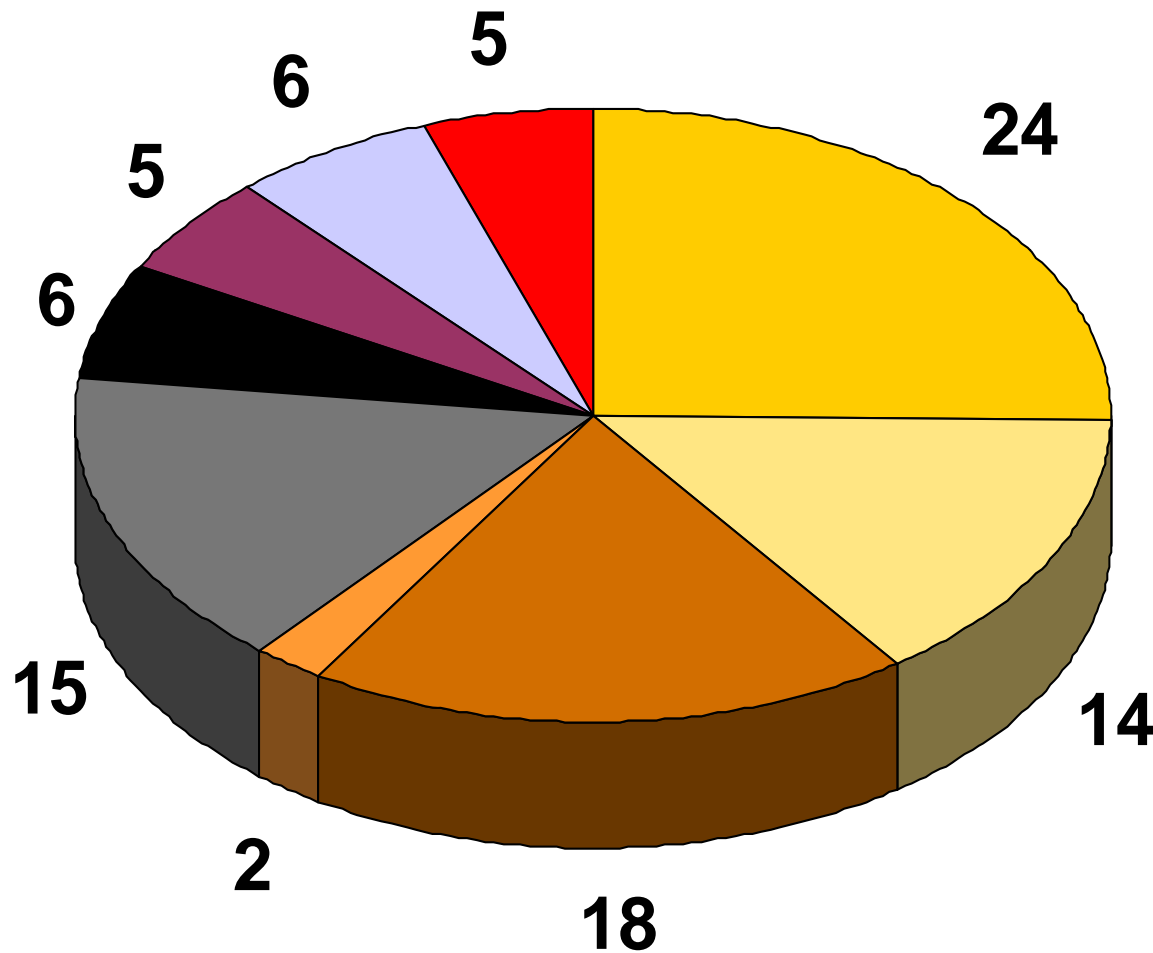
Nur 79 (11 %) Kinder und Jugendliche werden medikamentös behandelt.

Die Medikamente werden in 54 Fällen von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie verschrieben.



## Verwendete Substanzen

### Absolute Häufigkeiten



- Methylphenidat
- Methylphenidat (Retard)
- Pipamperon
- Amphet.
- Atypische Neuroleptika
- Andere Neuroleptika
- SSRI
- Moodstabiliser/Antiepileptika
- Andere

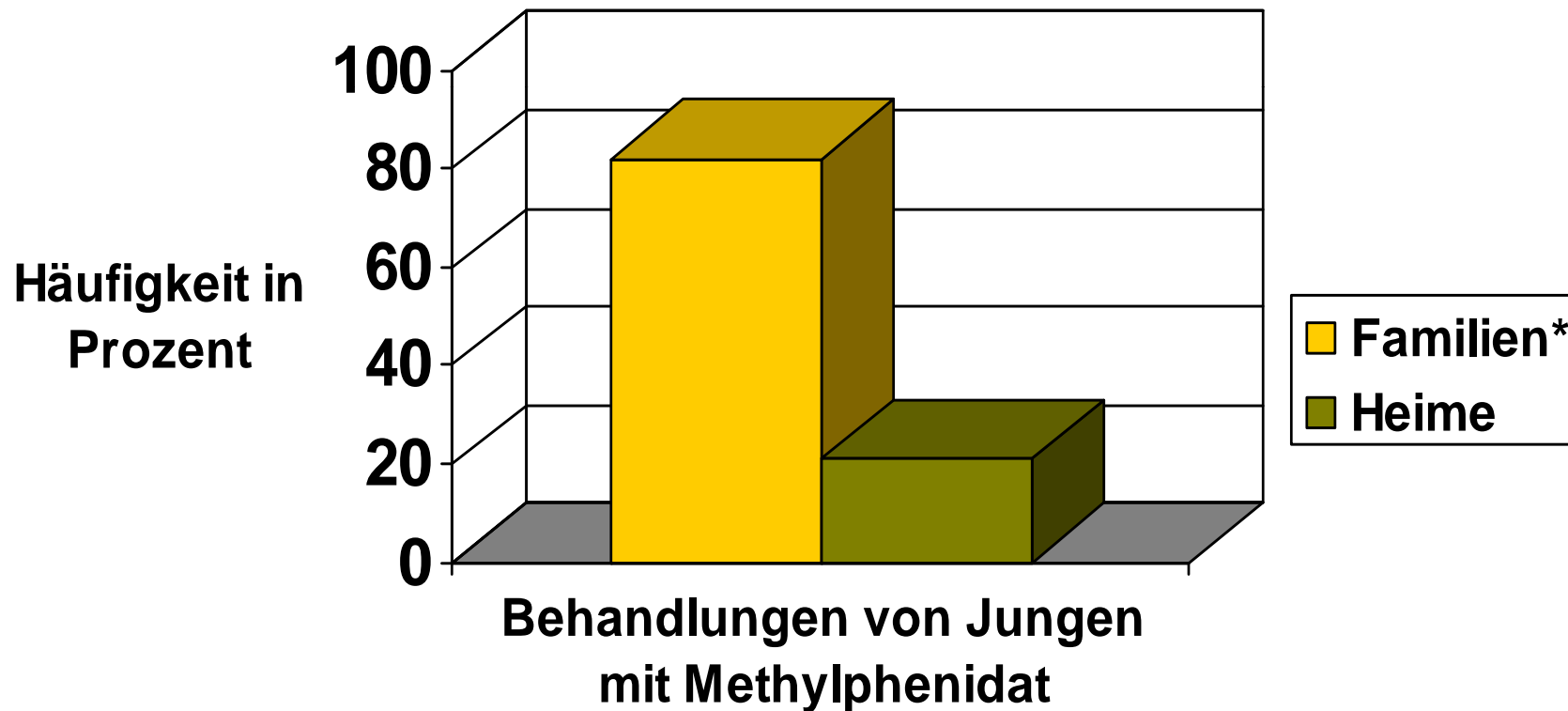


MEHR LIEBE - WENIGER MEDIKAMENTE!



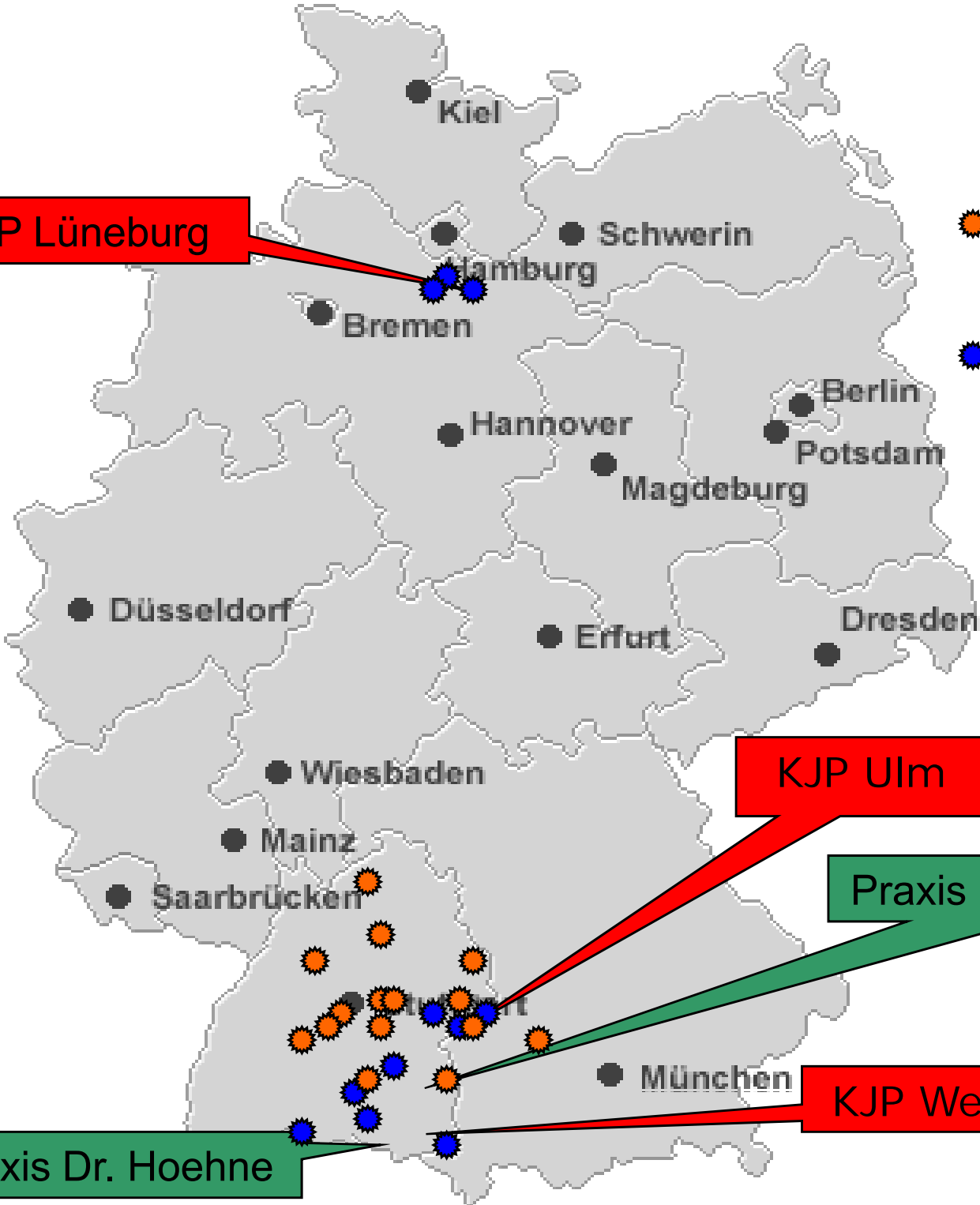


## Behandlungsstatus von Jungen mit ADHD in Familien vs. Heimen



\*Hochrechnung aufgrund der Daten von Glaeske, Fegert et al. 2002

KJP Lüneburg



☀ Kontrolleinrichtungen

☀ Interventionseinrichtungen

KJP Ulm

Praxis Dr. Crasemann

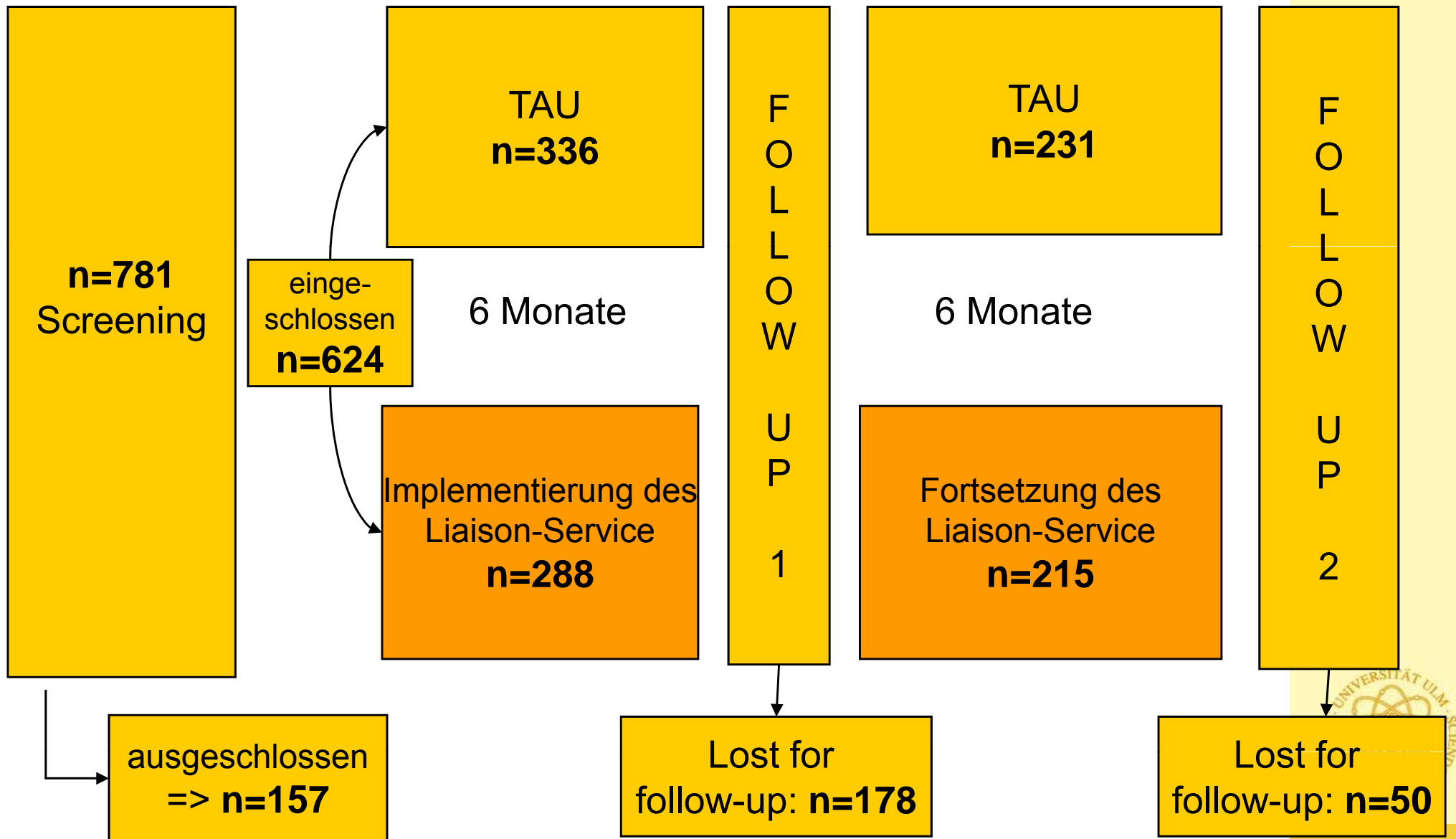
KJP Weissenau

Praxis Dr. Hoehne





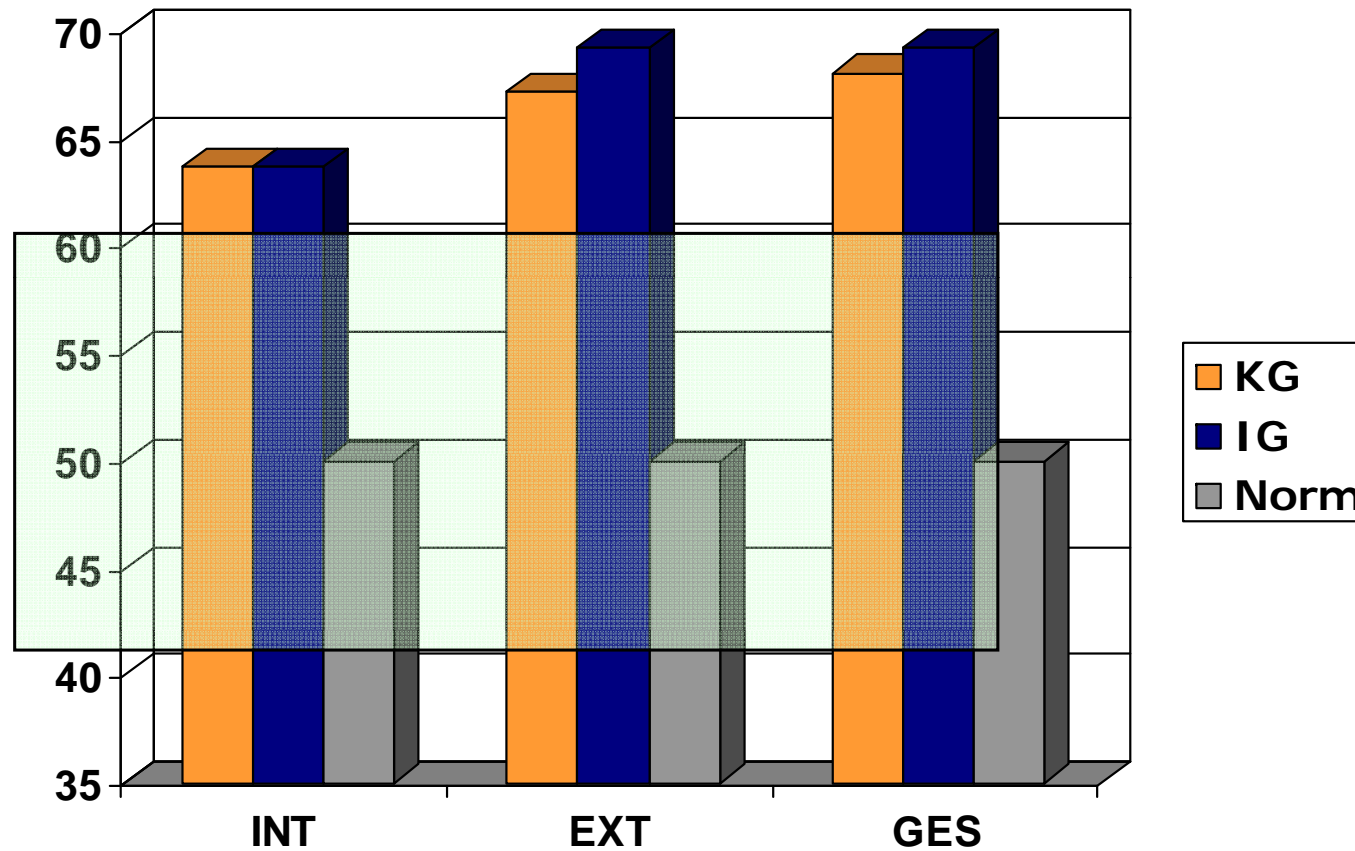
## Design: case-flow





# Psychische Belastung Zeitpunkt t1

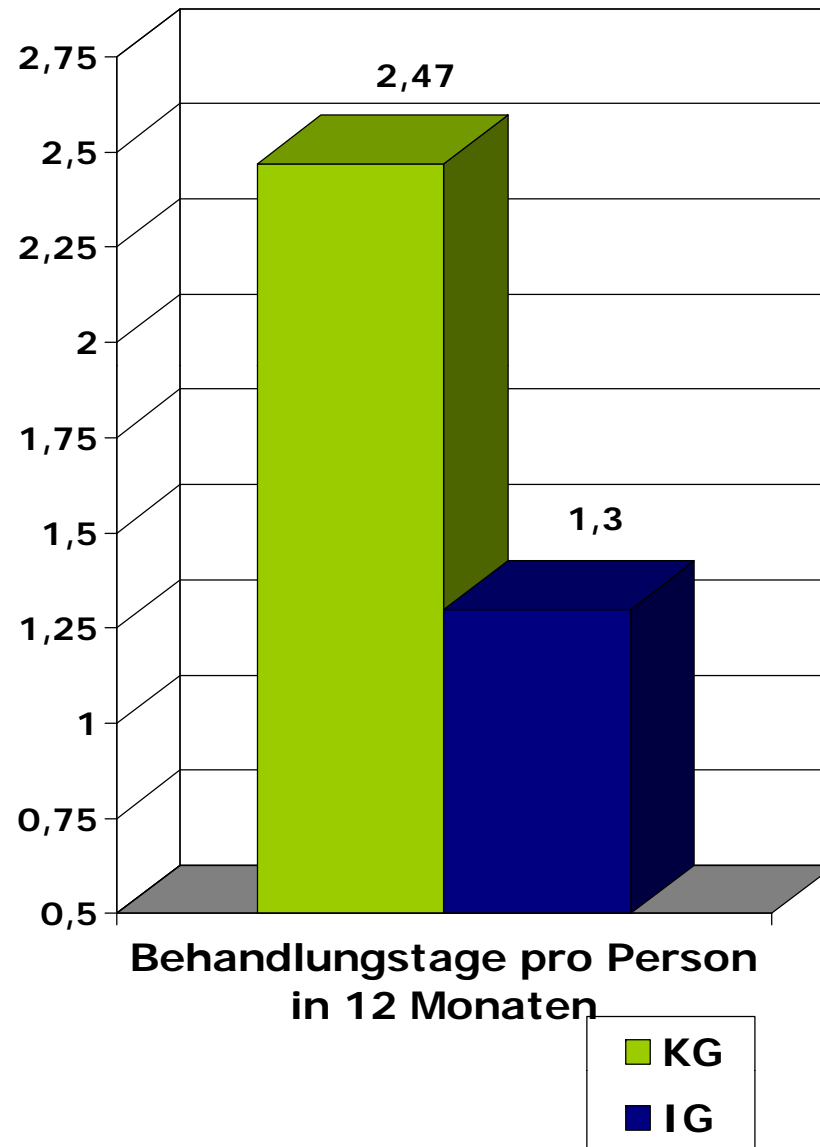
## Child Behavior Checklist CBCL/4-18



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



## Stationäre Behandlungstage





Wo ein **ARZT** ist,  
ist auch ein **KRANKER**.





# ICF der WHO: Überblick über Komponenten des Funktionsniveaus

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





## Generelle Aspekte

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:**

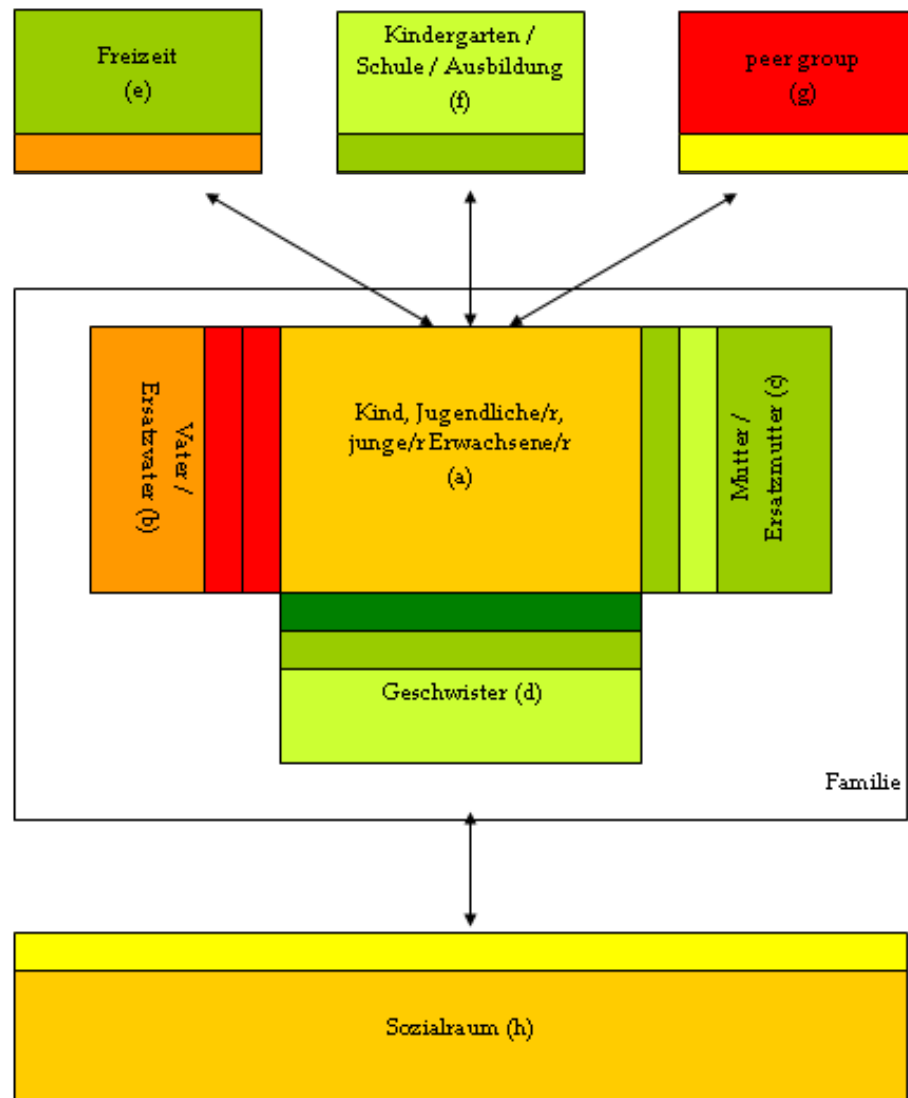
- soziale Lebenslage
- Selbstpflegekompetenzen
- Kompetenzen der Familie
- Leistungsfunktionen des Kindes / Jugendlichen
- Leistungsfunktionen der Familie

### **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



## Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung im Rahmen des SPFH-Moduls



Einschätzung jeweils auf einer 7-stufigen Skala:

keine Teilhabe- beeinträchtigung	gering beeinträchtigt	ein wenig/etwas beeinträchtigt	teilweise beeinträchtigt	weitgehend beeinträchtigt	fast vollständig beeinträchtigt	vollständige Teilhabe- beeinträchtigung
--	--------------------------	--------------------------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------------	---



# Einschätzung des Ausmaßes der Teilhabebeeinträchtigung

- Die 18 Einschätzungen können nach Exploration der Lebenssituation des Kindes/Jugendlichen/jungen Erwachsenen auf der 7-stufigen Skala **von der Fachkraft „aus dem Bauch heraus“** vorgenommen werden.
- Die Einschätzungen können im Gespräch mit der Familie gemeinsam **von Fachkraft und Beteiligten erarbeitet** bzw. ausdiskutiert werden. Entsprechend der Genogrammarbeit werden die Beteiligten als Experten zu ihrer Situation befragt.
- Um die Gütekriterien der Skala zu verbessern, können **Checklisten** eingesetzt werden, die für jeden Bereich/jede Interaktion wichtige Punkte aufzählen, die beachtet werden sollten, unabhängig davon ob die Fachkraft allein oder in Kooperation mit den Beteiligten die Einschätzung vornimmt.
- **Definition der Extrempole:** Für jeden Bereich sollte man den Positiv- und Negativpol mit einigen Sätzen beschreiben, und so die Skala verankern. Da Teilhabefähigkeit jedoch stark entwicklungs-/altersabhängig ist, müssten diese Pole für verschiedene Altersgruppen (0-3, 3-6, Grundschüler, Jugendliche/junge Erwachsene) getrennt formuliert werden.



1. The Brief Impairment Scale (BIS)
2. HoNOSCA-I (HON)
3. The Caregiver Strain Questionnaire (CGSQ)
4. The Columbia Impairment Scale (CIS)
5. Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD)
6. Elterneinschätzungsskala (PGAS) und Jugendlichenskalen (YGAS)
7. Children's Global Assessment Scale (CGAS)
8. Global Assessment Functioning Scale (GAF)
9. Child & Adolescent Measures of Functional Status (CAFAS)
10. Achse VI des MAS



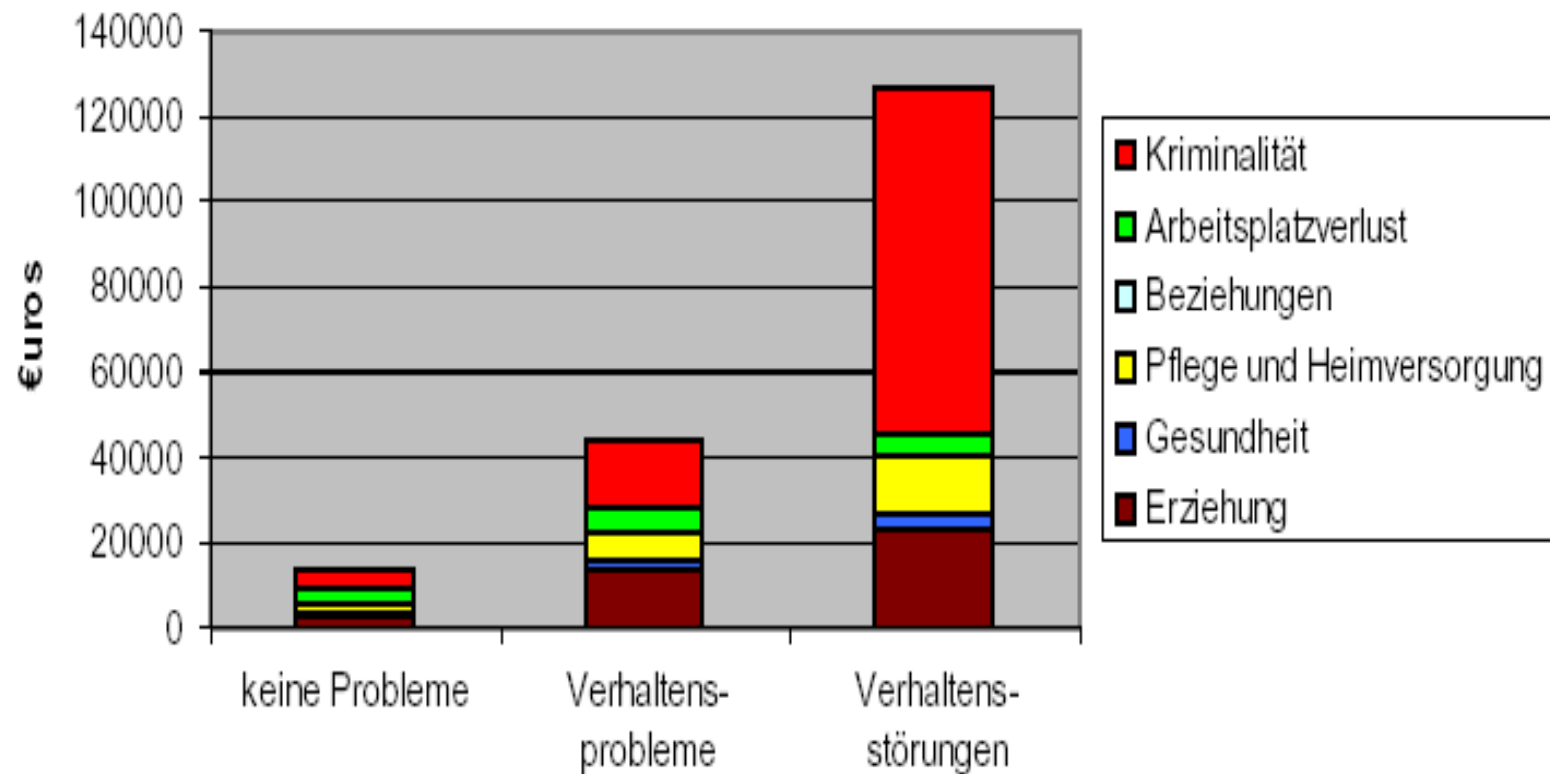
## Teilhabebeeinträchtigung und Folgeprobleme

- Diverse Teilhabebeeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe und der natürliche Verlauf bestehender psychischer Störungen sind mit erhöhten Risiken für **Folgeprobleme** wie **Kriminalität** oder **Suchtentwicklung** und damit auch mit Risiken für enorme gesellschaftliche Folgekosten verbunden. Dies wird unter anderem durch die Untersuchungen von (Scott et al., 2001) im EU-Grünbuch psychische Gesundheit nachdrücklich belegt  
([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf)).
- Zusammenarbeit zwischen den Systemen dient also als Faszilitator zur Reduzierung der Teilhabebeeinträchtigung und sollte gleichzeitig Elemente der **indizierten Prävention und Weiterbildungselemente für die Fachkräfte der Jugendhilfe enthalten.**



## Aus dem Grünbuch der EU

### 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.





# FAZIT

Reines ADHD kommt bei Heimkindern selten vor und ist dann genauso gut zu behandeln wie bei Kindern aus Familien

Bei Heimkindern ist Unruhe, Impulsivität häufig eingebettet in eine traumatische und/oder vernachlässigende Vorgeschichte mit nicht hinreichender Alltagsstrukturierung

Kombinationen mit Störungen des Sozialverhaltens sind die Regel

häufig kommt noch eine emotionale Belastung hinzu

Was in der Kindheit als Bindungsstörung mit Enthemmung diagnostiziert werden kann, zeigt im Verlauf im Schulalter die oben beschriebenen Ausprägungen und endet oft in einer Cluster B Persönlichkeitskomponente

Gerade die emotionale Behandlungsbedürftigkeit und die Notwendigkeit der Medikation wird in der Jugendhilfe oft übersehen, während die gelingende Alltagsstrukturierung in Bezug auf externalisierende Störungen hilfreich ist





Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

# Dank

Das BMFSFJ förderte u.a. Projekte zur Erfassung der  
Teilhabebeeinträchtigung

Wir danken dem BMBF und den Spitzenverbänden der  
Gesetzlichen Krankenkassen für die Förderung des  
Interventionsprojekts

Förderkennzeichen: 01GL0508

Das CJD förderte die Entwicklung der  
Zielerreichungsinstrumente und fördert noch die  
Begleitforschung

Das BJ, Bern fördert das derzeit laufende Projekt in  
Schweizer Heimen





Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

# Dank an alle Beteiligten!

## Therapeuten:

Sozialpsychiatr. Praxis für KJP Dr. Höhne  
Friedrichshafen

Praxis für KJP Crasemann  
Biberach

KJPIA Die Weissenau  
Dr. Wahrenberger, Dr. Benz

KJPIA NLK Lüneburg  
Dr. Naumann, Dr. Heyken

KJPIA Universität Ulm  
Dr. Funk, Dr. Nützel





**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](http://www.uniklinik-ulm.de/kjpp)**



Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

