



Klinik für Kinder- und Jugend- psychiatrie/Psychotherapie



Alte Reibungspunkte und neue Aufgabenfelder für die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Unter besonderer Berücksichtigung der
Versorgungssituation von Kindern in
stationärer Jugendhilfe

Jörg M. Fegert



- Einleitung (Grundverständnis & Kostendruck)
- Änderungen in der Norm des § 35a KJHG nach dem KICK
- Zeitnahe ärztliche Diagnosefeststellung
- Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung
- Ulmer Heimkinderstudie
- BMBF Projekt aufsuchende Institutsambulanz

Jugendhilfe

pädagogisch

Beratung

helfen

familienzentriert

Forschung prozeßorientiert,
häufig qualitativ

Sozialhilfe

administrativ, Gewährung von
(per GA) als notwendig
festgestellten Hilfen und
Hilfsmitteln

Häufig keine Wirkungsforschung

KJPP

medizinisch

bisweilen defizitorientiert

therapeutisch

Beratung

heilen

individuumszentriert

Forschung häufig

quantitativ

outcomeorientiert



Klinik
für Kinder- und Jugend-
psychiatrie/Psychotherapie

HANDBUCH

Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie

Interdisziplinäre
Kooperation

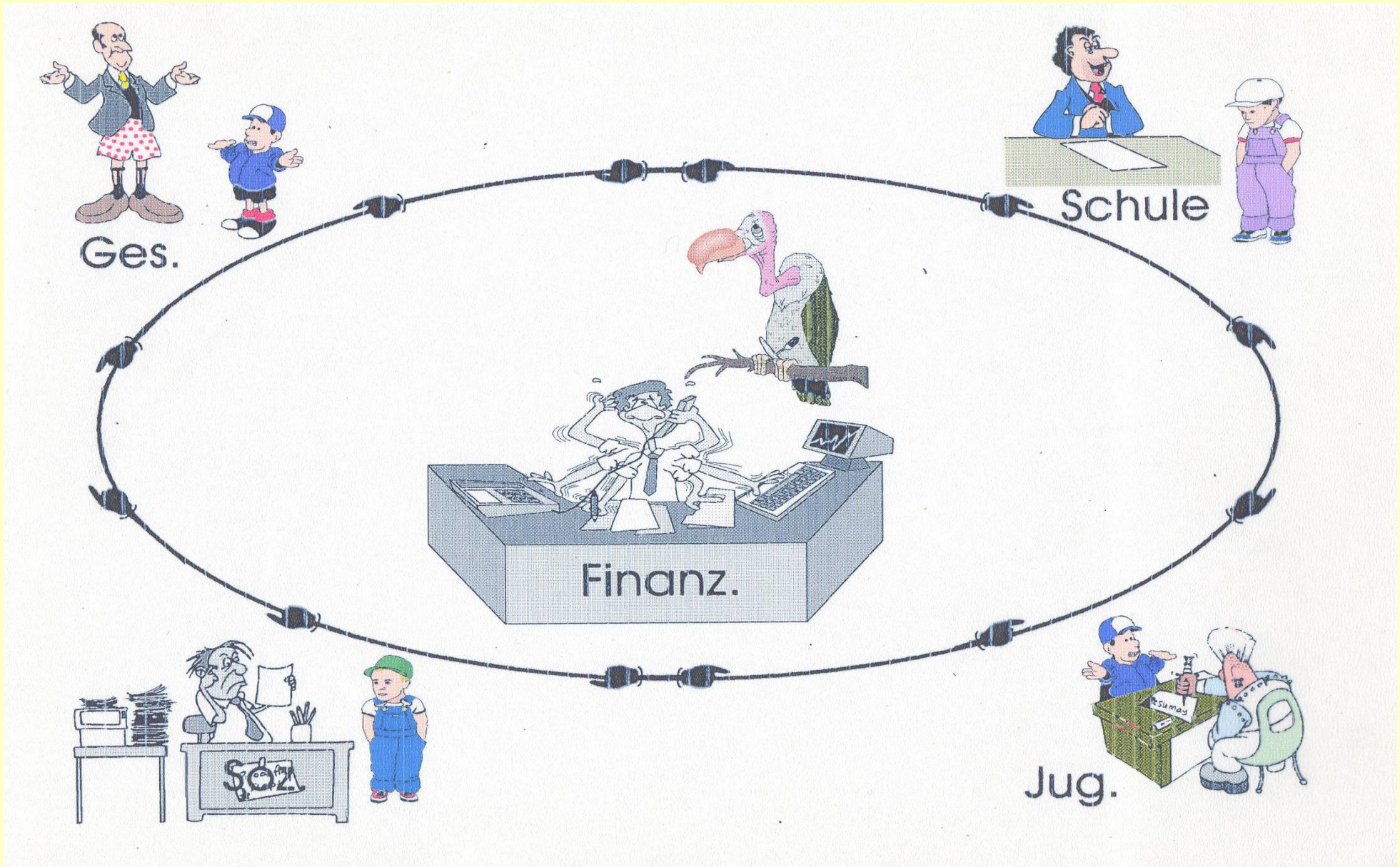
Herausgegeben von
Jörg M. Fegert und
Christian Schrapper

JUVENTA



Universitätsklinikum Ulm

Kostendruck und Zuständigkeit



- Teamentscheidung
 - Partizipation, Transparenz und Dokumentation
- Hierarchische Entscheidung
 - Federführung, Organisationshaftung
- Akzeptanz der primären Zuständigkeit bei der Hilfeplanung nach § 36.3 SGB VIII
 - Arzt stellt fest, ob Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Mon. von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen wird.
 - Federführung des Jugendamtes bei der Feststellung der Beeinträchtigung bei der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

- Einleitung (Grundverständnis & Kostendruck)
- Änderungen in der Norm des § 35a KJHG nach dem KICK
- Zeitnahe ärztliche Diagnosefeststellung
 - verwaltungsrechtliches Fallbeispiel
- Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung
- Ulmer Heimkinderstudie
- BMBF Projekt aufsuchende Institutsambulanz

§ 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.

Unterschiede zur Eingliederungshilfe in der Sozialhilfe (Wiesner Kommentar 2006)

- **Wesentlichkeit der Behinderung ist kein Kriterium**
- **Keine Erfolgsbezogenheit.** Nach § 53 Abs.1 Satz 1 SGB XII wird Eingliederungshilfe nur gewährt, wenn und solange die Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Eine entsprechende Vorschrift zur Erfolgsbezogenheit der Eingliederungshilfe kennt das SGB VIII nicht. Gerade im Hinblick auf den Personenkreis von Kindern und Jugendlichen kann es keine vernünftigen Grund für eine solche Leistungsbegrenzung geben, da damit deren Entwicklungschancen verkürzt und das generelle Ziel der Verbesserung der Teilhabe aufgegeben würde..

- Einleitung (Grundverständnis & Kostendruck)
- Änderungen in der Norm des § 35a KJHG nach dem KICK
- **Zeitnahe ärztliche Diagnosefeststellung**
 - verwaltungsrechtliches Fallbeispiel
- Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung
- Ulmer Heimkinderstudie
- BMBF Projekt aufsuchende Institutsambulanz

Feststellungsaufgabe des Arztes oder Psychotherapeuten

Die Abweichung nach Abs. 1 Nr. 1 ist aufgrund der **Diagnose eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt**, festzustellen.

Bereits die RegBegr zur Änderung des § 35a im Rahmen des SGB IX verweist hierbei auf die in § 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Kriterien (BT-Dr. 14/5074 S. 121).

Damit bezieht sie sich auf den **“vierstelligen Schlüssel 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” und damit auf die sog. ICD-10.**

Diese enthält für die Krankheiten, die im Kindes- und Jugendalter und im Erwachsenenalter gleichzeitig auftreten, gemeinsame Kategorien. Darüber hinaus sieht sie spezielle Kategorien für Krankheitsbilder vor, die nur im Kindes- und Jugendalter typischerweise auftreten.

- Achse 1 psychiatrische Diagnose
nach ICD 10
- Achse 2 Entwicklungsstörungen
- Achse 3 Intelligenz
- Achse 4 körperliche Grund- und/oder Begleiterkrankungen
- Achse 5 psychosoziale Belastungen
- Achse 6 Zurechtkommen im Alltag



Klinik
für Kinder- und Jugend-
psychiatrie/Psychotherapie

MAS

Helmut Remschmidt/Martin Schmidt/
Fritz Poustka (Hrsg.)



Multiaxiales Klassifikations- schema

für psychische Störungen des Kindes- und
Jugendalters nach ICD-10 der WHO

Mit einem synoptischen Vergleich
von ICD-10 und DSM-IV

Vierte,
vollständig
überarbeitete
und erweiterte
Auflage

ICD-10

Verlag
Hans Huber



Universitätsklinikum Ulm

Vertrauliche (§ 203 StGB und § 76 SGB X)
**ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME ZUR PLANUNG EINER
EINGLIEDERUNGSHILFE nach § 35a SGB VIII (KJHG), nach
SGB XII (nur amts- oder landesärztliche Stellungnahme)**

Angaben zur Person:

- Name, Geburtsdatum
- Wohnort
- Schule
- Personensorgeberechtigte
- 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

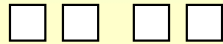
1. Anspruchsbegründende diagnostische Ergebnisse:

- Nach den in § 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Kriterien der WHO (Weltgesundheitsorganisation) liegt bei dem o. g. Patienten
- keine Störung vor (Eingangskriterium für einen Rechtsanspruch nach § 35 a SGB VIII liegt nicht vor).
⇒ (wird Hilfe zur Erziehung für erforderlich gehalten [§ 27 ff. KJHG])
ja/nein
- ein diagnostizierbares Störungsbild mit Krankheitswert / Erkrankung vor.
- Die seelische Gesundheit
 - weicht aufgrund dieses Störungsbildes mit Krankheitswert oder Erkrankung 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 nach ICD-10

- F0. organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1. psychische und Verhaltensstörungen durch psycho-trope Substanzen
- F2. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3. affektive Störungen
- F4. neurotische/Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
- F6. Persönlichkeits- (erst ab 16. Lebensjahr) und Verhaltensstörungen
- F9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend



1.1.3 Weitere Diagnosen (Komorbidität)

- Dieses Krankheitsbild ist allein als psychische Störung
- allein als geistige Behinderung
- allein als körperliche Erkrankung
- als Mehrfachbeeinträchtigung

einzuordnen.

- Nur bei der Kombination *körperliche Erkrankung* und *psychische Störung* bzw. geistige Behinderung und psychische Störung zu beantworten:
- Resultiert die Beeinträchtigung der Teilhabe allein bzw. ganz überwiegend aus der psychischen Störung infolge der körperlichen Erkrankung bzw. der geistigen Behinderung? **ja/nein**

1.2 Entwicklungsstand (F8)

- altersentsprechend
- umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F 80)
- umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Legasthenie, Rechenstörung etc.) (F 81)
- umschriebene Entwicklungsstörungen (F 82)
- kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)

1.3 Intelligenz (F 7)

- normal oder überdurchschnittlich
- Lernbehinderung
- geistige Behinderung

Beurteilungsquelle Eindruck
Testung

- Als Grundlage für den Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe bei geistiger Behinderung ist nur die Testung bzw. bei Nichttestbarkeit schulische Klärung und entsprechende Beschulung anspruchsbegründend.

1.4 *Familiäre Belastungen*

- 1.4.0 Keine Angaben möglich
- 1.4.1 Belastende intrafamiliäre Beziehungen
- 1.4.2 Psychische Störungen, abweichendes Verhalten oder Behinderungen in der Familie
- 1.4.3 Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
- 1.4.4 Belastende Erziehungsbedingungen
- 1.4.5 Akute belastende Lebensereignisse
- 1.4.6 Gefährdung möglicherweise durch Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellen Missbrauch
- 1.4.7 Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule und Arbeit

- 1.5.0 Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten
- 1.5.1 Befriedigende soziale Anpassung mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen
- 1.5.2 Leichte soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen
- 1.5.3 Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen
- 1.5.4 Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen
- 1.5.5 Deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen
- 1.5.6 Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen
- 1.5.7 Braucht beträchtliche Betreuung
- 1.5.8 Braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)

UMSETZUNG der HILFE bei stationären Patienten aus 2001 - 2003

In 85% der Fälle wurde die Hilfemaßnahme so umgesetzt, wie es im jeweiligen Hilfeplangespräch besprochen wurde.

36% der Hilfemaßnahmen konnten direkt im Anschluss an den stationären Aufenthalt umgesetzt werden.

16% Umsetzung innerhalb einer Woche

48 % dauerte die Umsetzung länger als eine Woche.

- Einleitung (Grundverständnis & Kostendruck)
- Änderungen in der Norm des § 35a KJHG nach dem KICK
- Zeitnahe ärztliche Diagnosefeststellung
- **Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung**
 - verwaltungsrechtliches Fallbeispiel
- Ulmer Heimkinderstudie
- BMBF Projekt aufsuchende Institutsambulanz

Ist die Diagnose ausreichend als Begründung?

- Verwaltungsgericht BW 4.11.97, Az 9S1462/96, dazu Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 26.11.98, Az 5C38/97
 - Seelische Störungen (allein) genügen noch nicht für die Annahme einer seelischen Behinderung; hinzu kommen muss, dass die **seelischen Störungen nach Breite Tiefe und Dauer so intensiv sind, dass sie die Fähigkeiten zur Eingliederung in die Gesellschaft beeinträchtigen.** ... Danach ist es rechtlich nicht zu beanstanden, wenn ... als behinderungsrelevante seelische Störungen, die auf Versagensängsten beruhende Schulphobie, die totale Schulverweigerung, der Rückzug aus dem sozialen Kontakt und Vereinzelung in der Schule angeführt werden.
- Drohende Behinderung: ärztliche Prognose, Wahrscheinlichkeitskriterium

	Body Functions & Structures	Activities	Participation	Contextual Factors
Level of Functioning	Body <i>(body parts)</i>	Individual <i>(person as a whole)</i>	Society <i>(life situations)</i>	Environmental Factors <i>(external influence on functioning)</i> + Personal Factors <i>(internal influence on functioning)</i>
Characteristics	Body function Body structure	Performance of individuals activities	Involve- ment 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: <i>First Qualifier</i> <i>Second Qualifier</i>	<i>Uniform Qualifier: Extent or Magnitude</i>			
	Localization	Assistance	Subjective satisfaction (under development)	(under development)

Zurechtkommen mit einer Beeinträchtigung

- Störungsspezifische Aspekte
- Aktivitätsniveau
- Teilhabe

positive

Funktion

Hohes

Aktivitätsniveau z.B.

Ausdauer, Anstrengung

Arbeit, Schule, Freizeit

Ressourcen

negative Aspekte

Behinderung

niedriges Aktivitätsniv.

Apathie

Teilhabe defizite

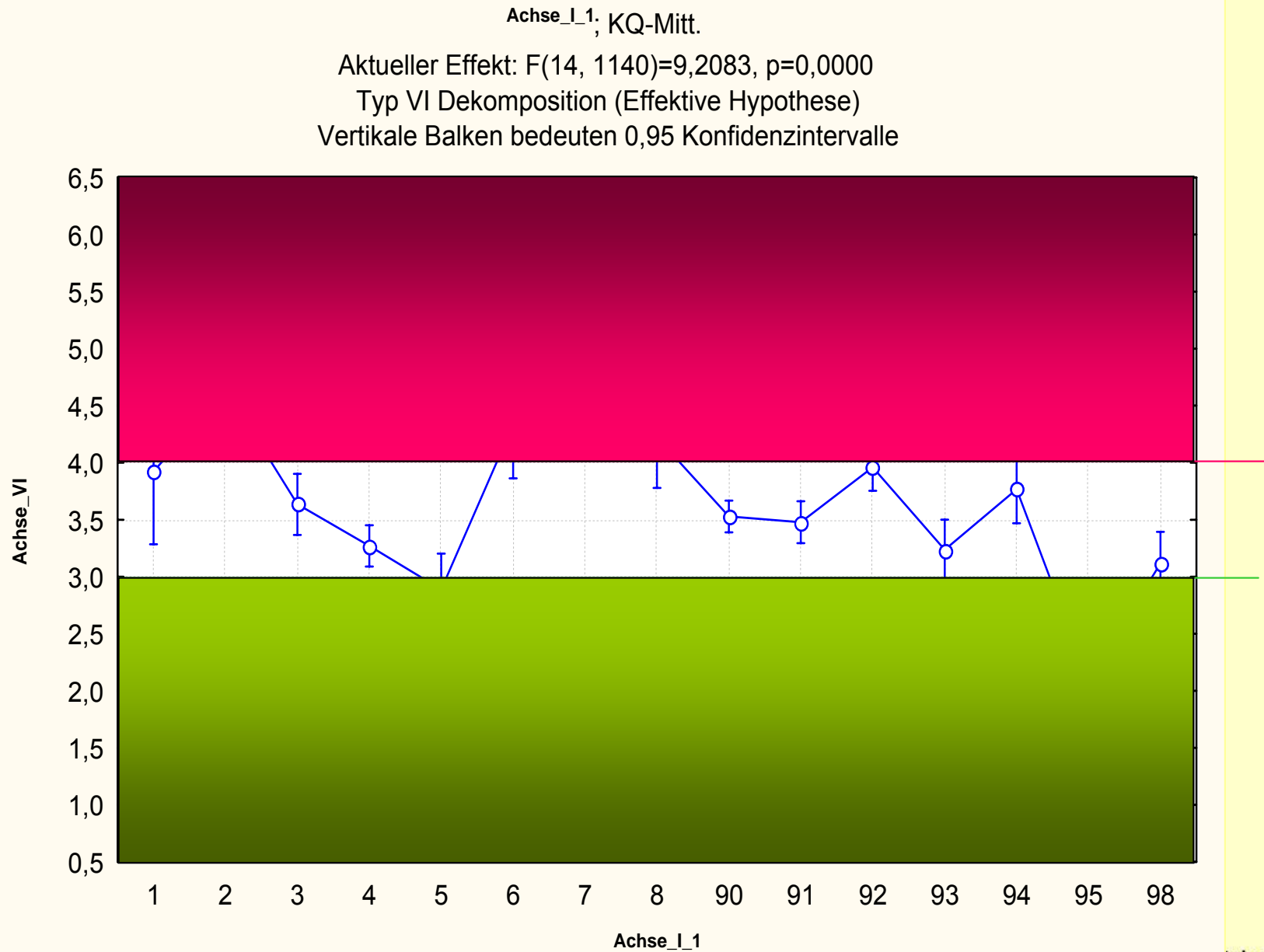
Barrieren im Umfeld

Achse 6: Stufen der Ausprägung

- 0 **herausragende / gute soziale Funktionen:** Herausragende / gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen. Gute zwischenmenschliche Beziehungen mit Familie, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie; kann sich mit allen üblichen sozialen Situationen effektiv auseinandersetzen und verfügt über ein gutes Spektrum an Freizeitaktivitäten und Interessen.
- 1 **Mäßige soziale Funktion:** Insgesamtmäßige soziale Funktion, aber mit vorübergehenden oder geringeren Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen (das Funktionsniveau kann – aber muss nicht – in ein oder zwei anderen Bereichen hervorragend sein).
- 2 **Leichte soziale Beeinträchtigung:** Adäquates Funktionsniveau in den meisten Bereichen aber leichte Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z. B. Schwierigkeiten mit Freundschaften, gehemmte soziale Aktivitäten/Interessen, Schwierigkeiten mit innerfamiliären Beziehungen, wenig effektive soziale Coping-Mechanismen oder Schwierigkeiten in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie).
- 3 **Mäßige soziale Beeinträchtigung:** Mäßige Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen.

- 4 **Ernsthafte soziale Beeinträchtigung:** ernsthafte Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z. B. erheblicher Mangel an Freunden, Unfähigkeit mit neuen sozialen Situationen zurecht zu kommen oder Schulbesuch nicht mehr möglich).
- 5 **Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung:** Ernsthafte Beeinträchtigung in den meisten Bereichen.
- 6 **Funktionsunfähig in den meisten Bereichen:** Benötigt ständige Aufsicht oder Betreuung zur basalen Alltagsbewältigung; ist nicht in der Lage, für sich selbst zu sorgen.
- 7 **Schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung:** Manchmal unfähig für eine minimale Körperhygiene zu sorgen, oder braucht zeitweise strenge Beaufsichtigung um Gefahrensituationen für sich selbst oder andere zu verhüten, oder schwere Beeinträchtigung in allen Bereichen der Kommunikation.
- 8 **Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung:** Ständige Unfähigkeit für die eigene Körperhygiene zu sorgen, oder ständige Gefahr, sich selbst oder Andere zu verletzen oder völliges Fehlen von Kommunikation.
- 9 Nicht zutreffend / nicht einschätzbar.

Inanspruchnahme 2004 (N = 1324)



- 13 jähriges Mädchen
- Besuch der Realschule (6./7.Klasse)
- Vorbefundlich Lese-Rechtschreib-Schwäche bei durchschnittlicher (überdurchschnittlicher??) Intelligenz
- LRS-Training hatte stattgefunden
- Familie „intakt“
- ein Bruder

Familie/Mutter:

**Mädchen ziehe sich zurück,
sei depressiv,
verweigere
Schulleistungen und
in der Freizeit aktive
Teilnahme
an Sportveranstaltungen**

Jugendamt:

**keine Teilhabe-
Beeinträchtigung
Förderung va. schulisch
notwendig**

- **Achse-I** (klinisch-psychiatrisches Syndrom): keine Diagnose.
 - aber subklinische Symptome einer Angst- und Somatisierungsstörung + einige Symptome einer auf den familiären Rahmen beschränkten Störung des Sozialverhaltens
- **Achse-II** (umschriebene Entwicklungsstörungen): anamnestisch Lese-Rechtschreibstörung, aktuell eine deutliche Besserung (F81.0)
- **Achse-III** (Intelligenz): durchschnittlich (87)
- **Achse-IV** (körperliche Erkrankungen): Migräne (G43.0)
- **Achse-V** (psychosoziale Belastungen): aktuell kein abnormer psychosoziale Belastungsfaktor, anamnestisch durch Bloßstellung in der Schule psychosozialer Belastungsfaktor (8.2).
- **Achse-VI** (Ebene des Funktionsniveaus 3): höchstens mäßige Beeinträchtigung (aufgrund Problemen in der Schule)

- Es lag aktuell keine ICD-10 Diagnose mehr vor, sondern subklinische Symptome
- Zwischen Symptomen und LRS bestand ein Zusammenhang
- Ohne LRS-Therapie Fortbestehen der Belastungen, aber aktuell keine Indikation für PT, da Leidensdruck gering
- Rückzug aus außerschulischen Aktivitäten fand nicht statt

Entscheidungsgründe:

- De facto leichte bis mäßige Beeinträchtigung in zwei Bereichen:
 - Schule
 - Familie
 - nicht in der Freizeit
- Tatsächliche intellektuelle Begabung und Lese-Rechtschreibleistung keine allzu große Diskrepanz
- Copingstrategien des Kindes
- Wunsch des Kindes/Jugendlichen (vs) Wünsche der Eltern

Übersicht:

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) & Jugendlichenskala (YGAS)
7. Children's Global Assessment Scale (CGAS)
8. Global Assessment Functioning Scale (GAF)
9. Child & Adolescent Measures of Functional Scale (CAFAS)

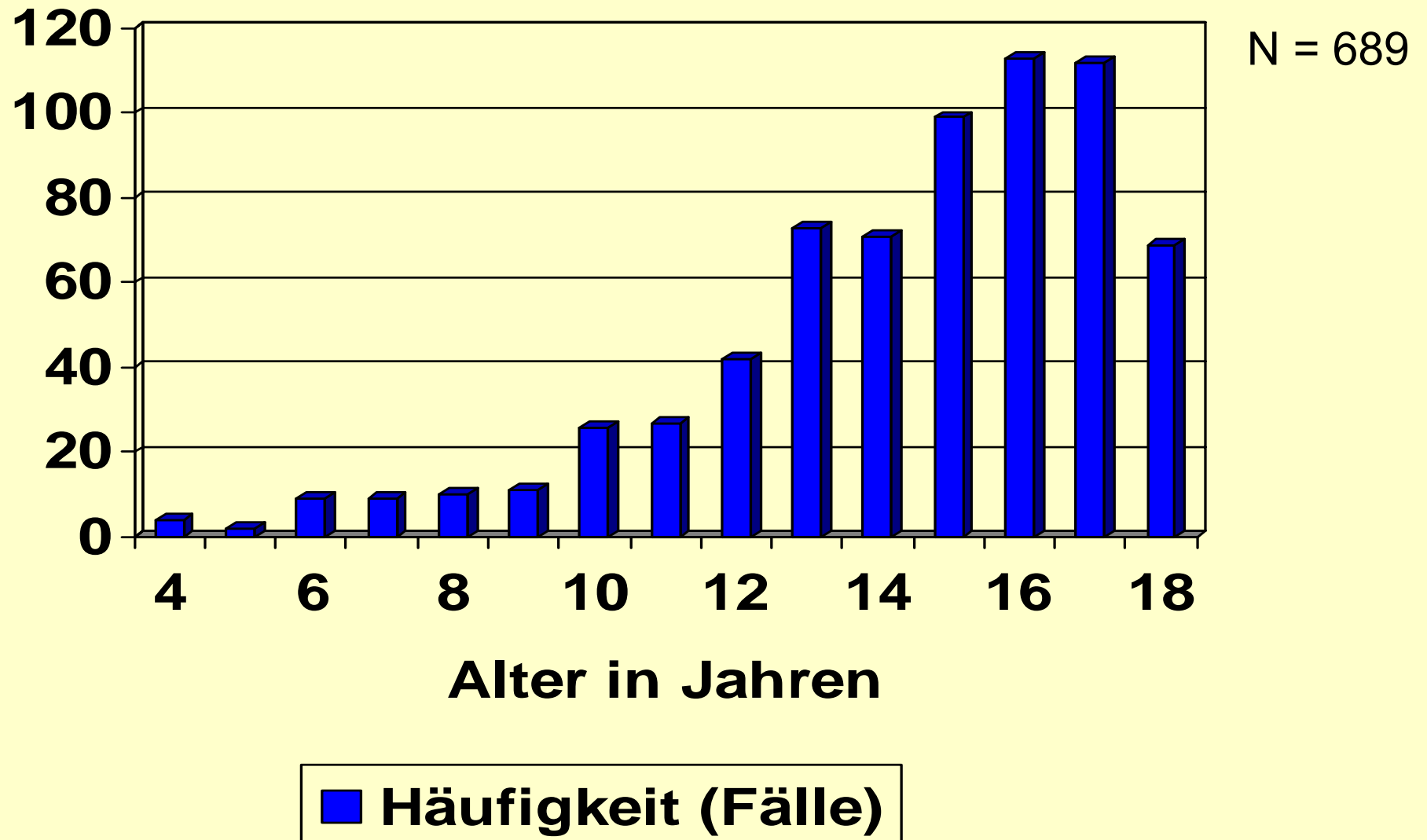
INSTRUMENTE

Fb.= Fragebogen; I.= Interview; k.E.=klinische Einschätzung

	<u>Art</u>	<u>Zeit</u>	<u>Qualifikation</u>	<u>Dimens./Items</u>	<u>Alter</u>	<u>Quelle</u>
<u>BIS</u>	Fb.	3-5 min.	keine	3/24	4-17	E
<u>HON</u>	I.	5 min.	keine	13/130	7-17	E/K/J/3.P
<u>CGSQ</u>	Fb.	5 min.	fast keine	11/21	0-18	E
<u>CIS</u>	Fb.	5 min.	keine	4/13	5-17	E/K/J
<u>PGAS/ YGAS</u>	k.E.	5 min.	Fachwissen	13	0-18	E/J
<u>GAPD</u>	k.E.	5 min.	Fachwissen	13	0-18	Kliniker
<u>CGAS</u>	k.E.	5 min.	Fachwissen	allg. Funktionsniveau	4-16	Klinker
<u>GAF</u>	k.E.	5 min.	Fachwissen	allg. Funktionsniveau	-	Klinker
<u>CAFAS</u>	k./E.I	10-30 min.	Fachwissen	9/315	7-17	Klinker/E

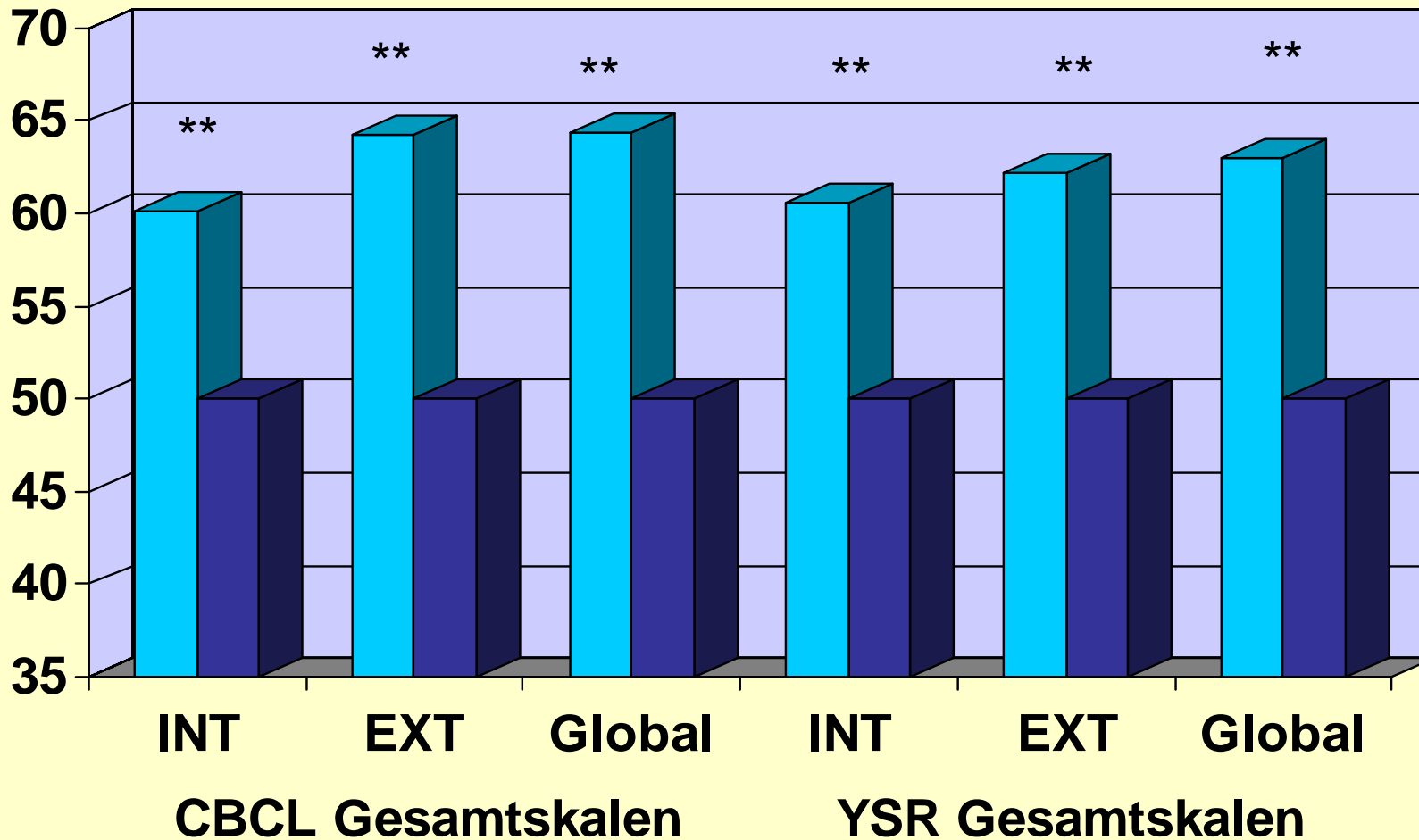
The Brief Impairment Scale (BIS), HoNOSCA-I (HON), The Caregiver Strain Questionnaire (CGSQ), The Columbia Impairment Scale (CIS), Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD), Children's Global Assessment Scale (CGAS), Global Assessment Functioning Scale (GAF) und Child & Adolescent Measures of Functional Scale (CAFAS)

- Einleitung (Grundverständnis & Kostendruck)
- Änderungen in der Norm des § 35a KJHG nach dem KICK
- Zeitnahe ärztliche Diagnosefeststellung
- Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung
 - verwaltungsrechtliches Fallbeispiel
- Ulmer Heimkinderstudie
- BMBF Projekt aufsuchende Institutsambulanz



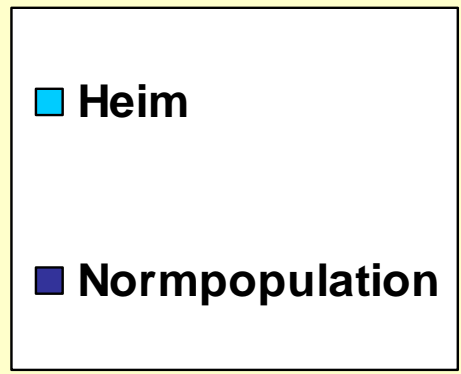
Mittelwertsvergleich Heimstichprobe vs. Norm

T-Wert



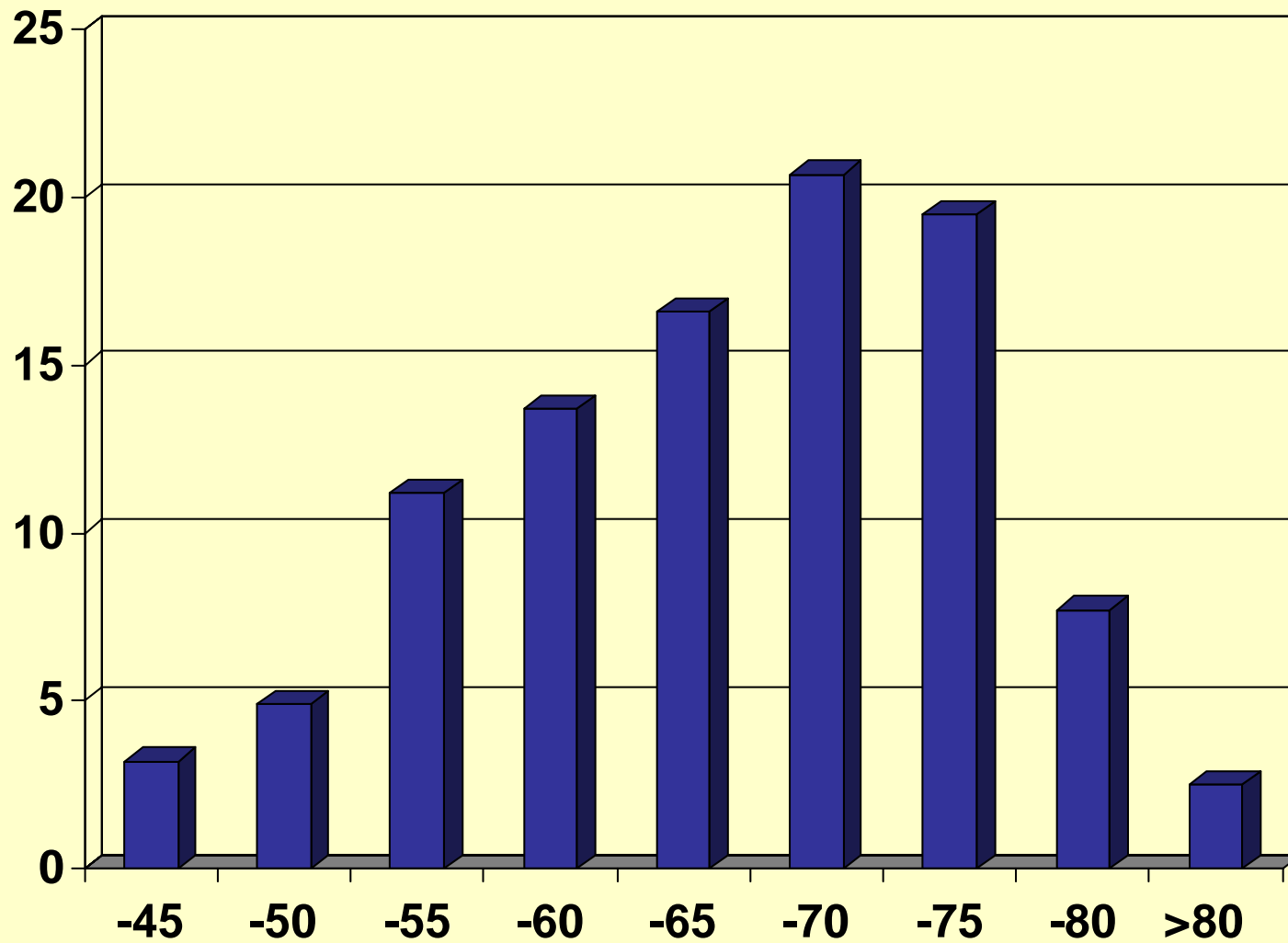
* = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$



Häufigkeiten (%)

Ergebnisse in den Globalskalen



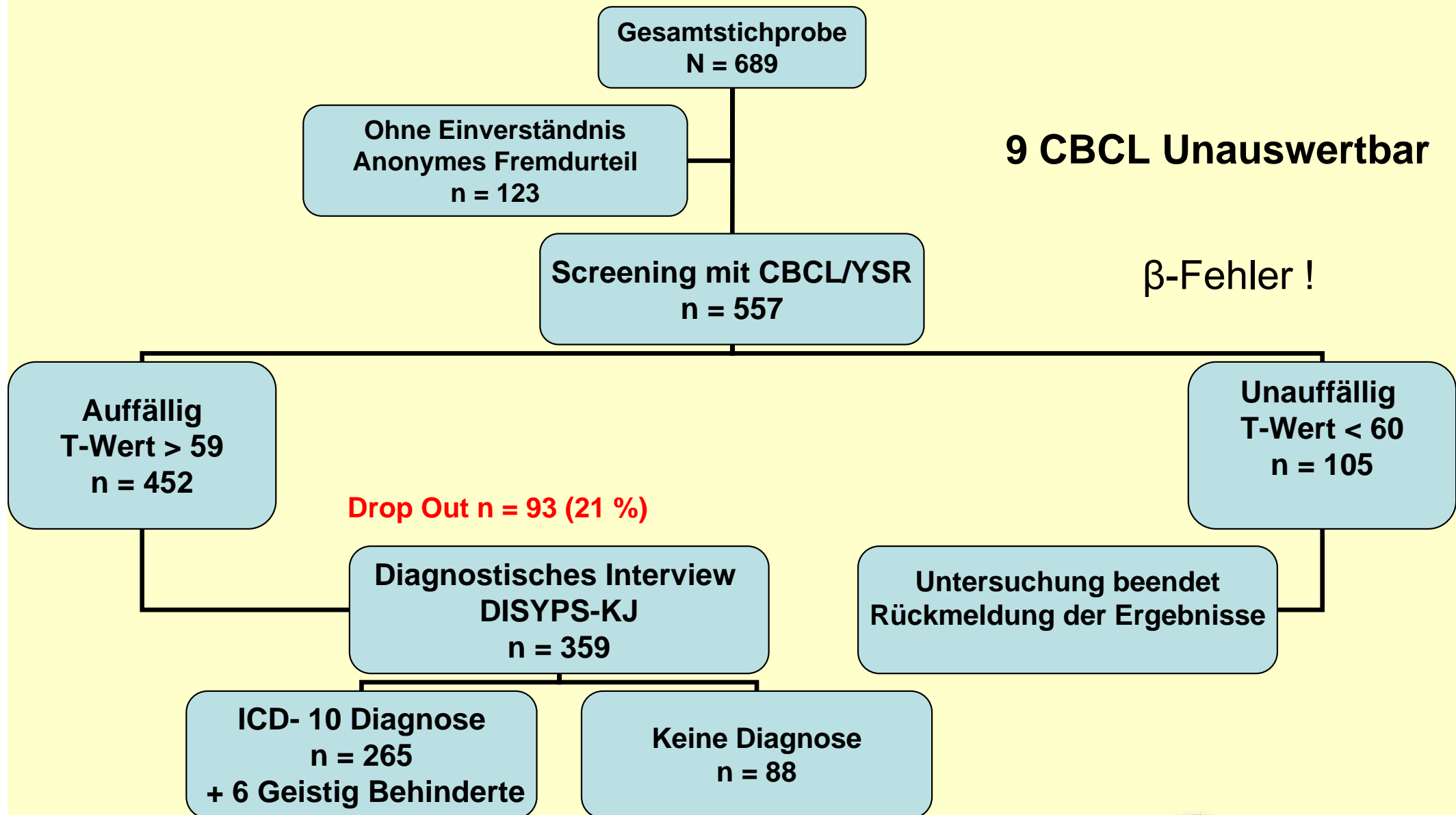
CBCL n = 667

■ CBCL

↑ Klinisch auffälliger Bereich



Prävalenz (DYSIPS-KJ + Enuresis, Tic, Substanzmissbrauch, Enkopresis)

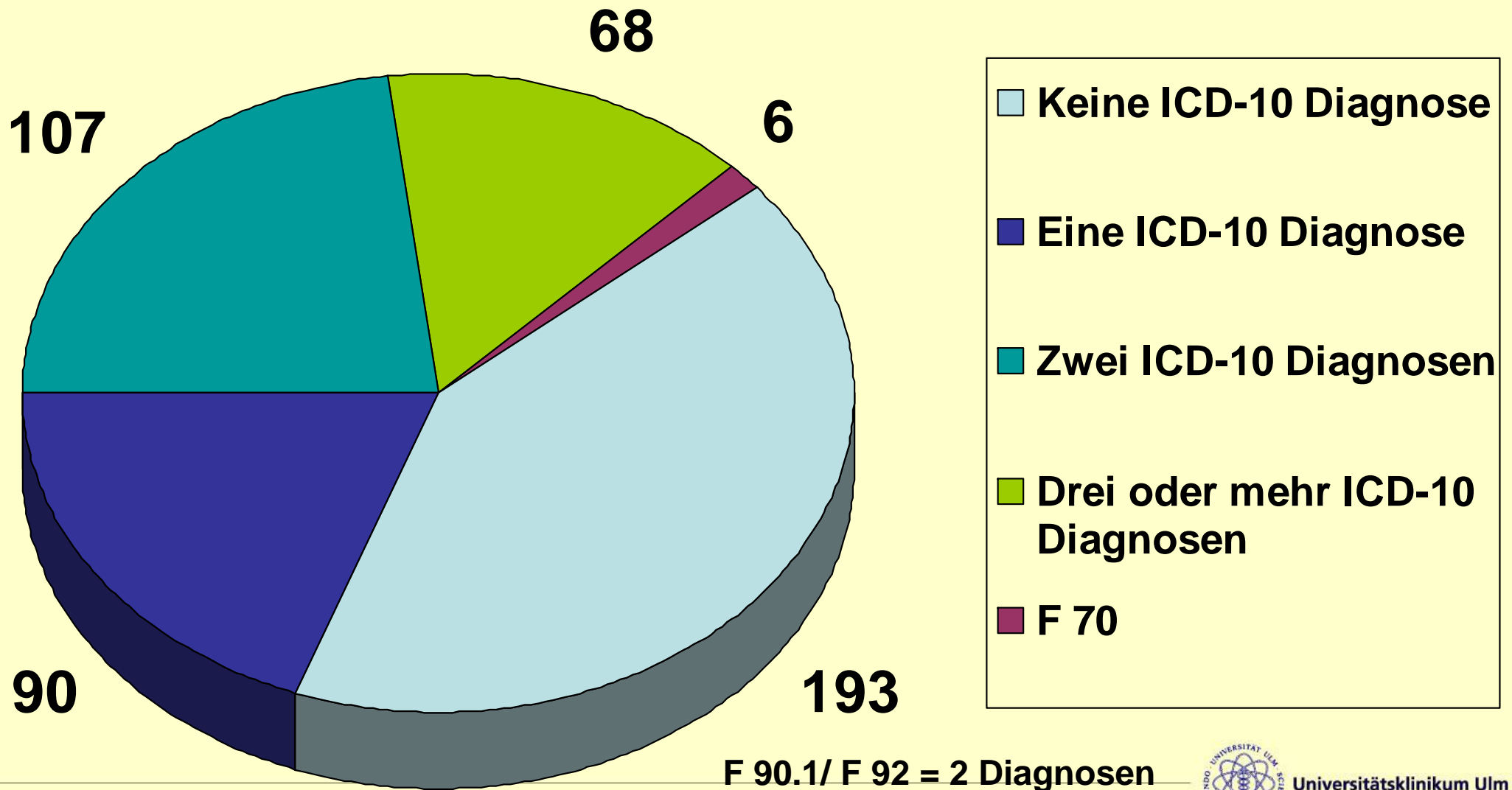


Punktprävalenz: 59,9 % ohne F 70 und 61,3 % mit F 70

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

Anzahl der ICD-10 Diagnosen



Behandlungsstatus (N=689)

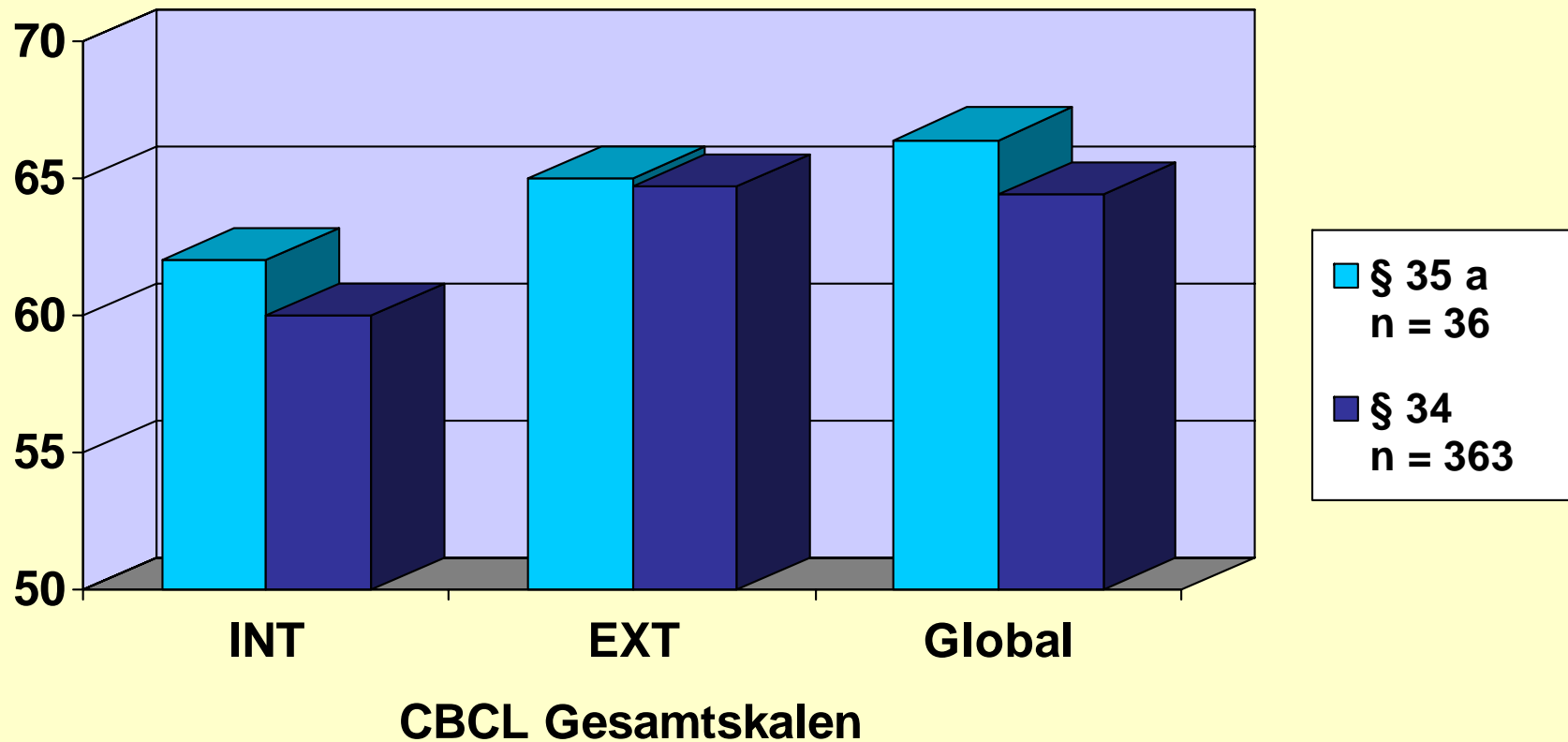
Kinder- und Jugendpsychiatrische/ Psychotherapeutische Behandlung	ICD-10 Diagnose + F 70	Keine ICD- Diagnose
Behandlung n = 191	135	56
Keine Behandlung n = 269	134	135

86 Kinder und Jugendliche sind nach § 35 a KJHG untergebracht (13 %).

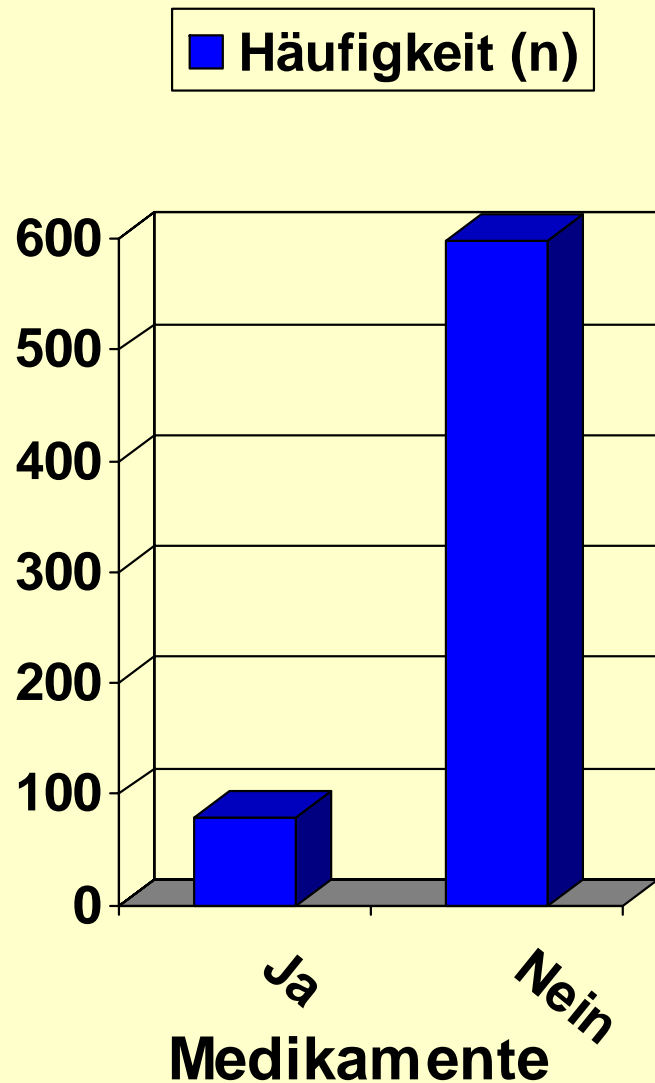
Die nach § 35 a untergebrachten Jugendlichen unterscheiden sich in ihren CBCL Gesamtergebnissen von den anderen Jugendlichen.

Mittelwerte § 35 a vs. § 34

T-Wert



Medikamente



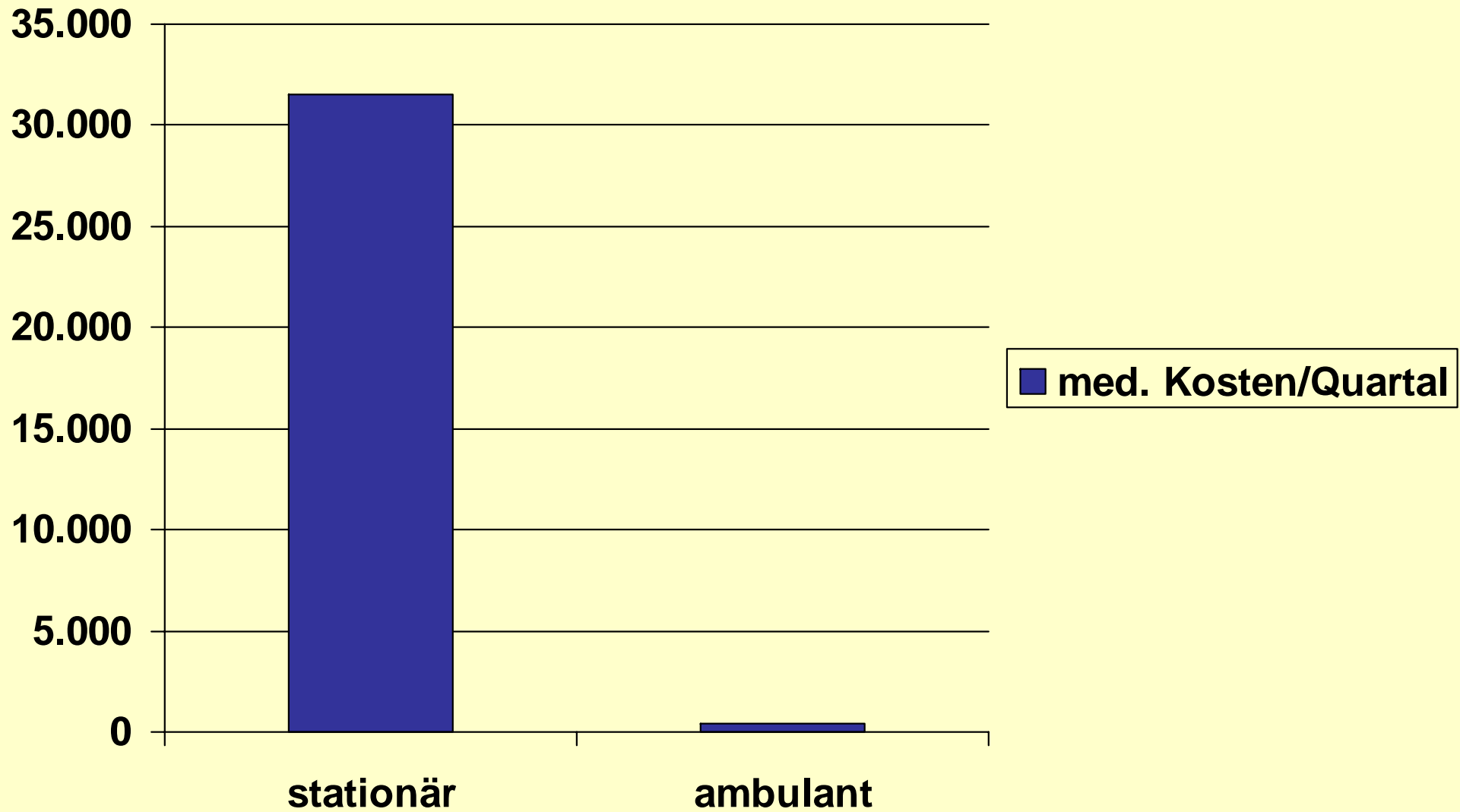
Nur 79 (11 %) Kinder und Jugendliche werden medikamentös behandelt.

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

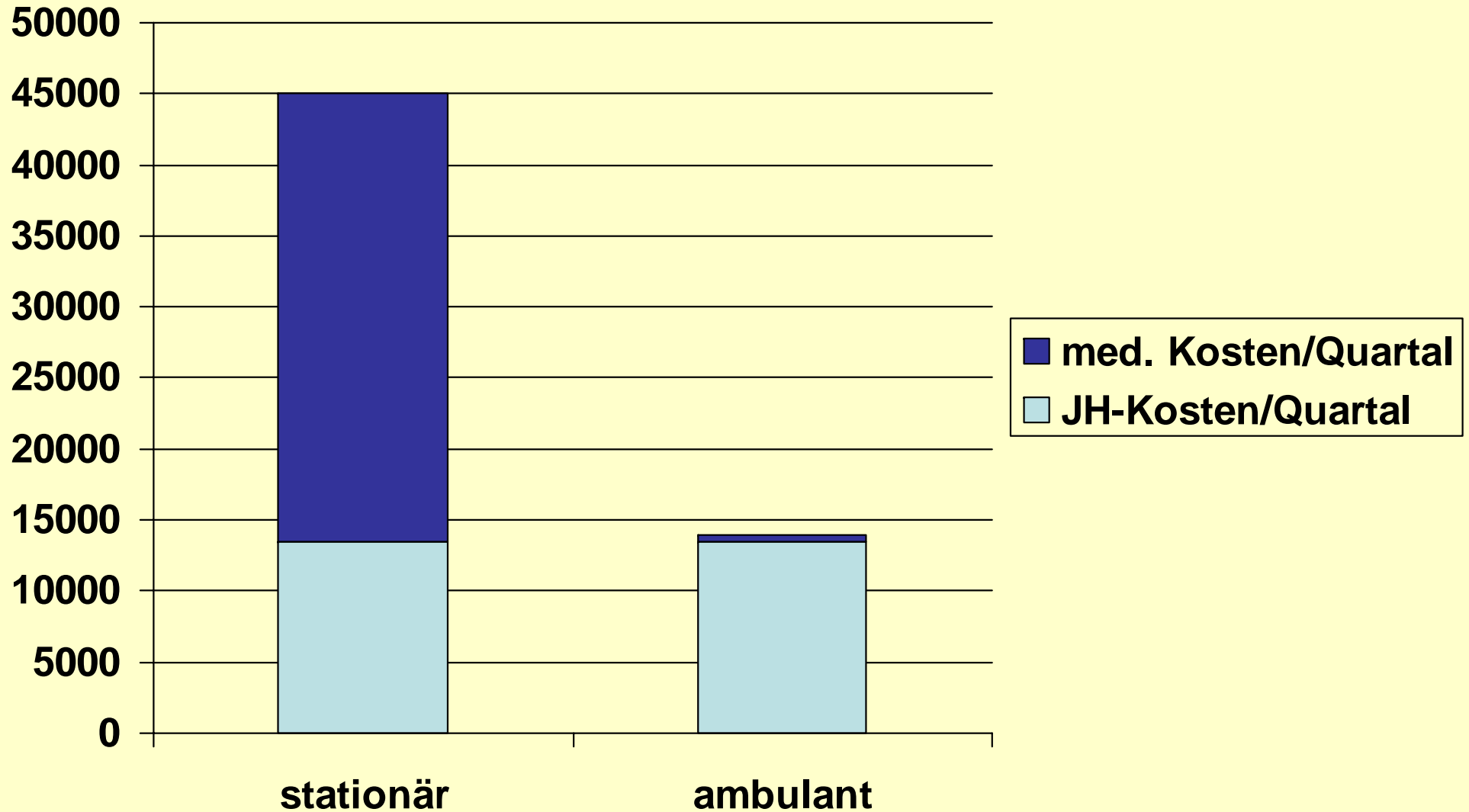
- Einleitung (Grundverständnis & Kostendruck)
- Änderungen in der Norm des § 35a KJHG nach dem KICK
- Zeitnahe ärztliche Diagnosefeststellung
- Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung
 - verwaltungsrechtliches Fallbeispiel
- Ulmer Heimkinderstudie
- BMBF Projekt aufsuchende
Institutsambulanz

- ca. 80.000 Kinder und Jugendliche in stationärer Jugendhilfe (§ 34 KJHG) in Deutschland
- Hochrisikogruppe: Prävalenz $\geq 60\%$, externalisierende Störungen, Multimorbidität
- Diskontinuität von Beziehungen
- Über 20 % vorzeitig beendete Hilfen/Abbrüche
- In stationärer KJP überrepräsentiert: Drehtür-Karrieren
- Versorgungsstrukturen verstärken ungewollt die vorhandenen psych. Störungen
- langfristig ungünstige Kosten-Nutzen-Relation
- z.T. ambulante Unterbehandlung
- Mangel an Vernetzung Jugendhilfe \Leftrightarrow KJP
Zuständigkeitsgerangel

Quartalskosten ambulant-stationär Gesundheitskosten



Quartalskosten ambulant-stationär Jugendhilfe + Gesundheit



Ziele des Projekts

- Optimierung der ambulanten Behandlungsangebote (Niedrigschwelligkeit, Frühzeitigkeit)
- Verbesserung der Komplementarität von JH und KJPP
- Wirksamkeitsüberprüfung eines multimodalen ambulant-aufsuchenden Behandlungsprogramms
- Sicherstellung von Behandlungs- und Beziehungskontinuität durch Vermeidung von Abbrüchen/Institutionswechseln

- 1.) Sprechstunden in den Jugendhilfeeinrichtungen**
(aufsuchend, hochfrequent, niederschwellig, institutionelle und personelle Kontinuität der Behandlung)

- 2.) Multimodale Behandlung**
(Beratung im Hilfeprozess, Psychoedukation, Medikation, Elterngespräche/Familientherapie, Psychotherapie, Beratung der Jugendämter)

- 3.) Multidisziplinäre Kooperation mit allen Mitarbeitern in den Jugendhilfeeinrichtungen**
(Pädagogen, Heilpädagogen, Lehrern, Psychologen, Heimleitung)

4.) Spezielle Gruppenpsychotherapieangebote

(Soziale Kompetenz, Emotionsregulation).

Tandemlösung Mitarbeiter der Jugendhilfe/KJPP, da Implementierung des Angebots innerhalb der Einrichtungen angestrebt

5.) Mehrstufige Kriseninterventionsvereinbarungen

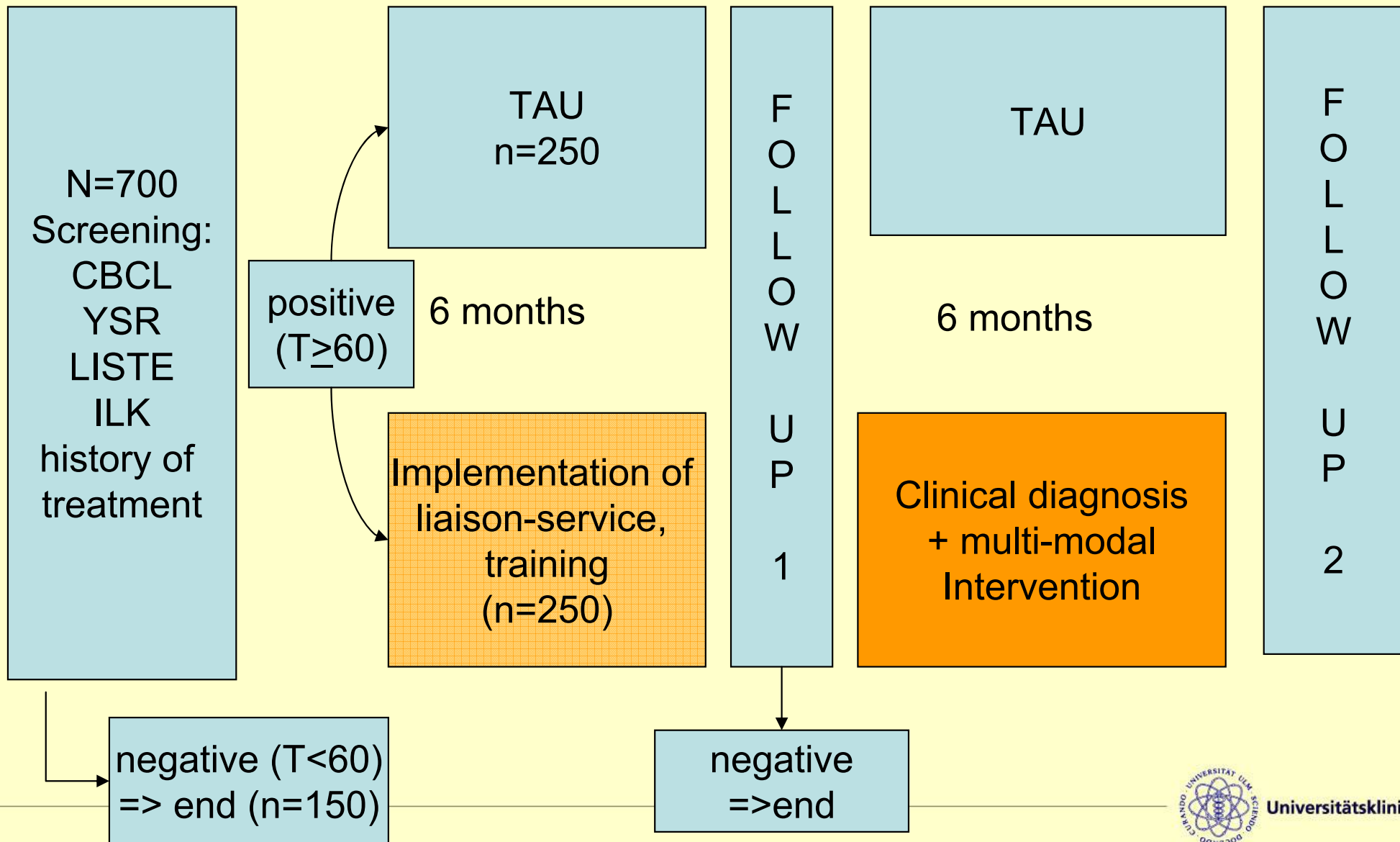
(siehe folgende Folie)

6.) Fortbildungsmodule für die Einrichtungen über bedeutsame Störungsbilder

- Hyperkinetische Störungen
- Aggressive Verhaltenstörungen
- Suchtprävention
- Einsatz von Psychopharmaka
- Selbstverletzung und Suizidalität

- **Primäre Endpunkte:**
 - Verringerung von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungstagen
 - Verringerung von Abbrüchen der Jugendhilfemaßnahmen und Institutionswechsel
- **Sekundäre Endpunkte und Moderatorvariablen:**
 - psychische Auffälligkeit
 - Lebensqualität
 - psychosoziales Funktionsniveau (Beurteilung durch Pädagogen und Therapeuten)
 - Individuelle Zielerreichung im pädagogischen Alltag

Design: overview







Klinik für Kinder- und Jugend- psychiatrie/Psychotherapie

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

Tel. 0731/500-33544/45

Fax 0731/500-33546

e-mail: joerg.fegert@medizin.uni-ulm.de

