



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





Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Heimkinder an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe

*Münchner Kinder- und jugendpsychiatrisches Kolloquium
24.3.3009 Heckscher-Klinik München*

J.M. Fegert, Ulm





transparency on possible conflicts of interest

during the last 5 years the presenter received:

- Research funding from EU, BMGS, BMBF, BMFSFJ, several state ministries, state foundation BaWü, Volkswagenfoundation, European Academy, RAZ, CJD, Eli Lilly research foundation, Janssen Cilag, Medice, Celltech/UCB
- Travel grants, honoraria and sponsoring for conferences and medical educational purposes from DFG, AACAP, NIMH/NIH, EU, the Vatican, Goethe Institut, Pro Helvetia, Astra, Aventis, Bayer, Bristol-MS, Celltech/UCB, Janssen-Cilag (J&J), Lilly, Medice, Novartis, Pfitzer, Ratiopharm, Sanofi-Synthelabo, VfA, Generikaverband, several german states and the federal government
- the presenter is not part of any „speakers bureau“
- Clinical trials for Astra, Janssen Cilag, Medice, Lilly, BMS
- Steering committees and DSMB for Pfitzer (DSMB), J & J, Lilly, Janssen-Cilag, Celltech/UCB

annual declaration on conflicts of interest to BfArm (german regulatory agency), DGKJP and AACAP

Every grant and every honorarium has to be declared to the law office of the medical faculty

no stocks





Gliederung

Vorgeschichte und Entwicklung

Begrifflichkeiten: insbesondere
Teilhabebeeinträchtigung

Eigene Untersuchungen

An der Schnittstelle KJPP und
Jugendhilfe:

Ulmer Heimkinderstudien

Für die Jugendhilfe: pädagogische
Zieldefinition und Zielerreichung

Fazit





Vorgeschichte der Heimerziehung

Beginn der Kinderfürsorge im späten Mittelalter
Spitalwesen (Ulm 1183 auf dem Michelsberg Spital
gegründet von Witegow I. von Albeck)

Ausdifferenzierung: Findel- und Waisenhäuser

Reform des Armenwesens im Ausgang des ancien régime
z.B. Francke Halle Waisenhausstiftung

Rettungshäuser für verwahrloste Kinder und Jugendliche
Anfang des 19. Jahrhunderts (Don Bosco,
Wichern 1833: Rauhes Haus)





Petrarcameister, Von Armut, Holzschnitt aus dem »Trostspiegel« des Petrarca, 1532



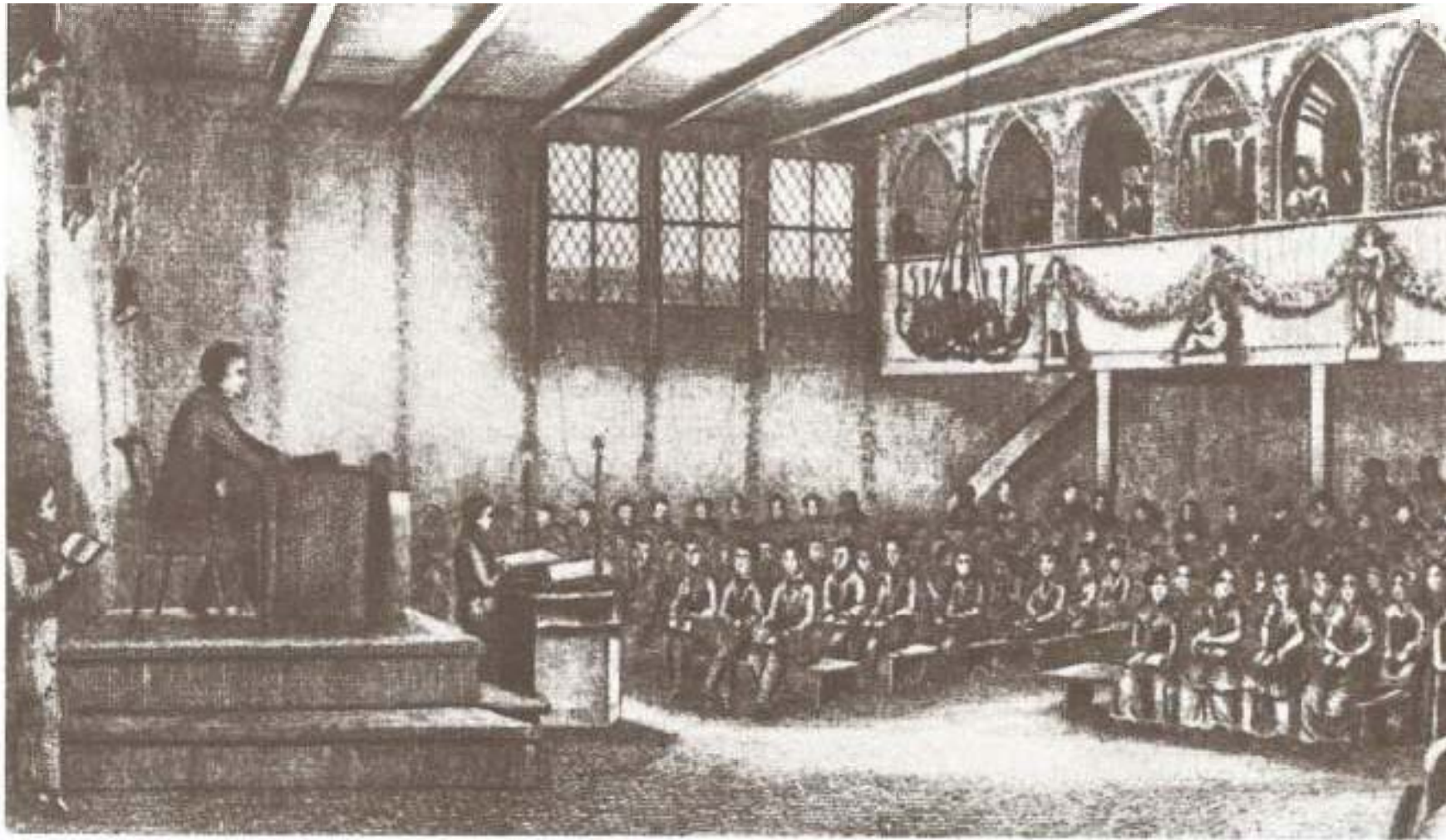
Der Auszug der Findelkinder am Johannis Tage 9 I



A 1639 hat die berühmte Wohlthäterin Frau Elisabeth Krausin unter andern gestiftet daß man die Findelkinder jährlich in ihren Wohnhause auf S. Johannis Tage speisen, ihren Gesottnes u Gebratnes u jeden eine Bratwurst ein Seidl Meth, Bier, u Weiß, und einen Rosenkranz, geben mayd. Daher sie alljährlich am Johannis tage in Procession mit Rosenkränzen auf den Köpfen mittags um 12 Uhr von der Findel austreten und bis zur bemelten Wohnung Geistliche Lieber abstimen u sodan jene Wohlthaten empfangen.

Köberle

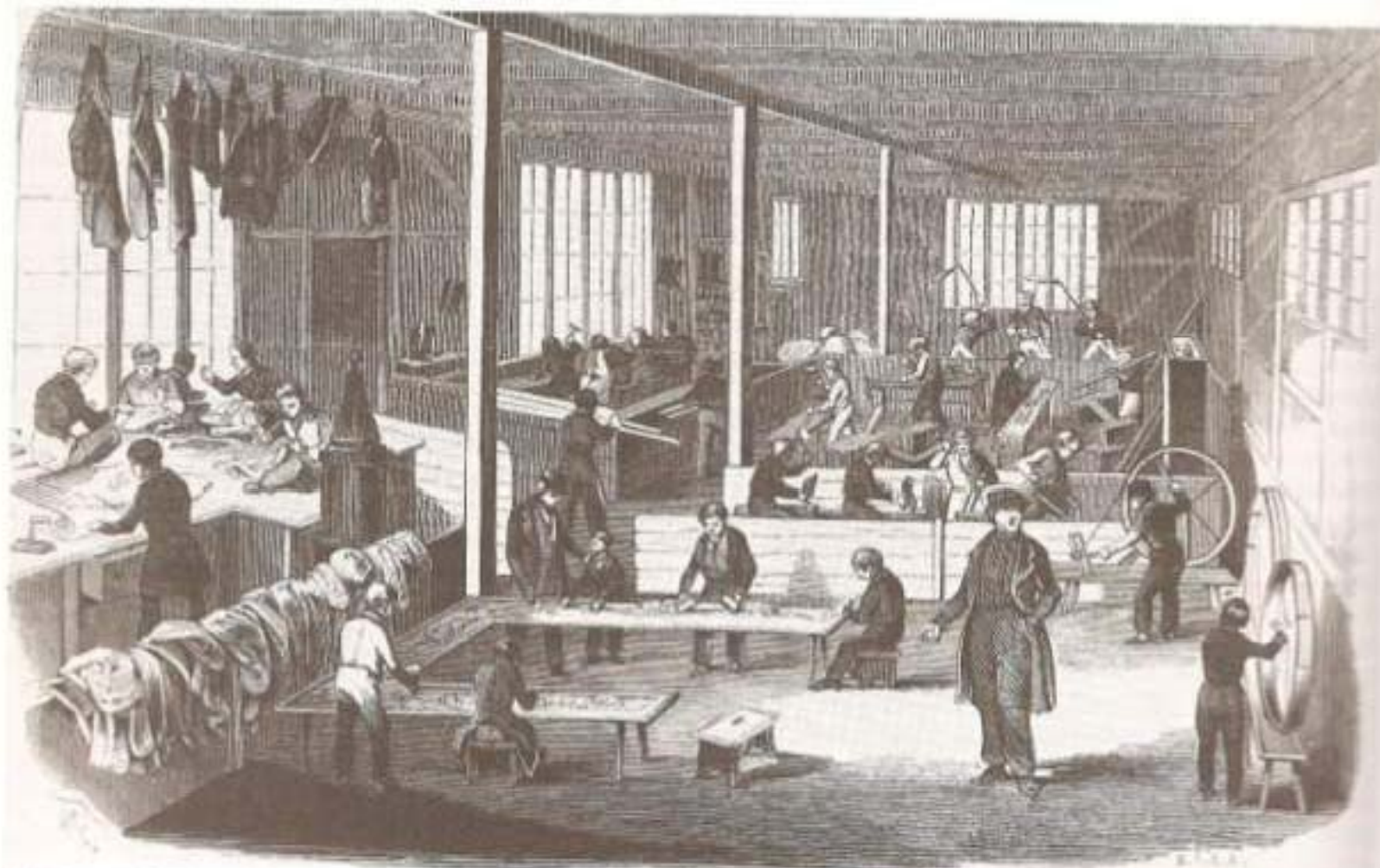




Der Betsaal des Rauhen Hauses in Hamburg, 1851







Mädchen- und Knabenarbeitssaal im »Rauhen Haus«, einer Erziehungsanstalt im 19. Jahrhundert, aus »(Leipziger) Illustrirte Zeitung« S. 301





Laissez- nous à nos les petits enfants !

Compagnon, tu te parades. Bertrand? — Compréhends pas? — Mais, sans pitié, on ne peut pas
être philanthropique, sans mériter le titre de parasite, pour donner 500 pour 100 de l'argent
des gens qui vivent avec leur argent. — Nous faisons le coup. Mais, nous pleurons les
enfants.

Veut- on les enfants? heu-ten!

Lasset die Kindlein zu mir kommen! ...

— Verstehst du die Parabel, Bertrand? — Versteh ich nicht! — Dummkopf,
wir gründen eine philanthropische Gesellschaft zur Betreuung von Kindern;
heute kassieren wir 5 Prozent, um morgen 500 Prozent einzustreichen...
— Und dann! ... — Dann bauen wir ab, Dummkopf und genießen die
Leibrente...









Käthe Kollwitz, Frierender Junge, Kohle, 1908





Käthe Kollwitz, Wartendes Kind, Kohle, um 1922/23





Werbezug von Kindern für Kundgebungen der „Deutschen Kinderhilfe“ und der Volkssammlung für das notleidende Kind, Nov. 1933



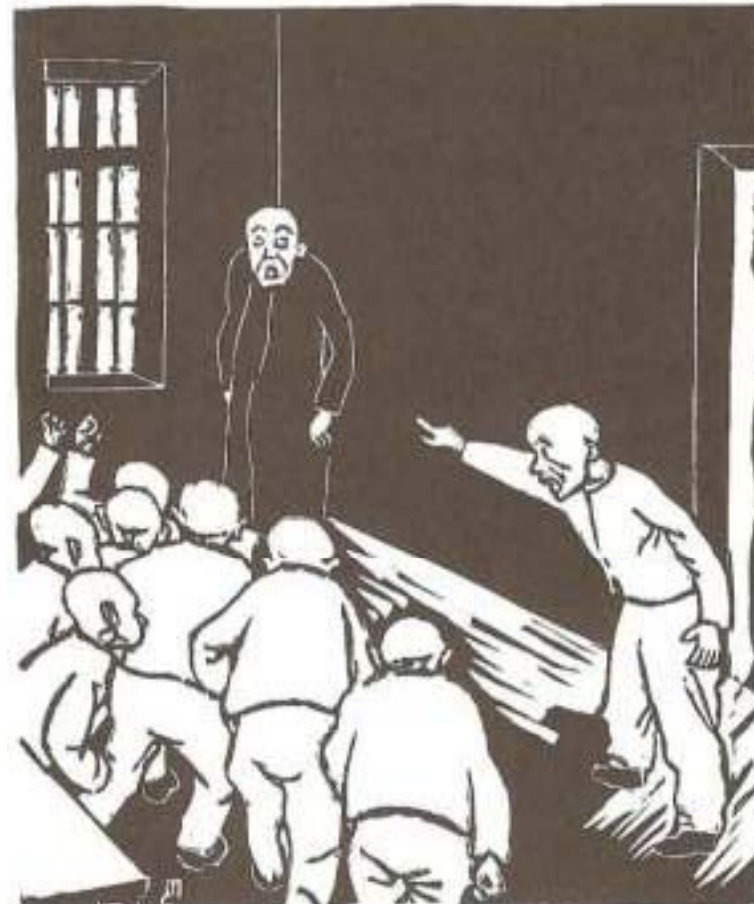


Jugendhilfegesetzgebung in Deutschland

1922 RJWG verabschiedet (Inkrafttreten am
1.4.1924)

- 1953 Umbenennung in JWG
- 1990 KJHG (teilweise ab 1.1.91 in Kraft)
- 1993 §35a KJHG eingeführt
- 2005 KICK





Carl Meffert, Fürsorgeerziehung, 1929, Blatt 16





Carl Meffert, Fürsorgeerziehung, 1929, Blatt 18







Unterschiedliche Profile der Heimerziehung nach Freigang & Wolf 2001

Familienähnliche Kleinsteinrichtungen

Große Einrichtungen

- zentralisiert

- dezentralisiert

 - Wohngruppen auf dem Gelände

 - Außenwohngruppen

Wohngemeinschaften für Jugendliche

- mit unterschiedlicher Betreuungsdichte





Versorgungsprobleme bei Heimkindern

- 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
- Mangel an Vernetzung Jugendhilfe \Leftrightarrow KJP
Zuständigkeitsgerangel
- Hilfeplanung berücksichtigt zu wenig psychische Belastung





Comparison: prevalence rates of psychiatric disorders in residential care institutions

Study	Sample Countries	Sample size	Prevalence	ICD-10 diagnoses
Mc Cann et al.	foster & residential care Great Britain	N = 103 n=38 in residential care	96% in residential care 57% in foster care	Yes
Hukkanen R. et al.	residential care, Finland	N = 91	59%	No
Dimigen et al.	residential and foster care Great Britain	N = 70	30-50 % in the different subscales	No
Graf et al.	residential care, Germany	N = 103	80%	Yes
Meltzer et Ford et al.	foster & residential care Great Britain	Total N=1039 (N = 168 residential care)	Total 45-49 % 68% (residential care)	Yes
Burns et al.	foster & residential care United States	N = 3803	88,6 % in residential care 63,1% in foster care	No
Blower et al.	foster & residential care Great Britain	N = 48	44 % in residential care	Yes
Mount et al.	foster & residential care Great Britain	N = 50	70%	No
Schmid et al.	residential care, Germany	N = 689	60%	Yes



Teilhabebeeinträchtigung

Der **Schweregrad der psychiatrischen Belastung**, der **Eingliederungs- und Erziehungsbedarf bei Heimkindern ist häufig größer** und die **Prognose** aufgrund früher und kontinuierlicher **Deprivations- und Beziehungsstörungserlebnisse** bei vergleichbarer Diagnose ungünstiger.

Bei der Hilfeplanung muss die aus beiden Faktoren realisierende **tatsächliche Teilhabebeeinträchtigung** beachtet 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





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





Generelle Aspekte

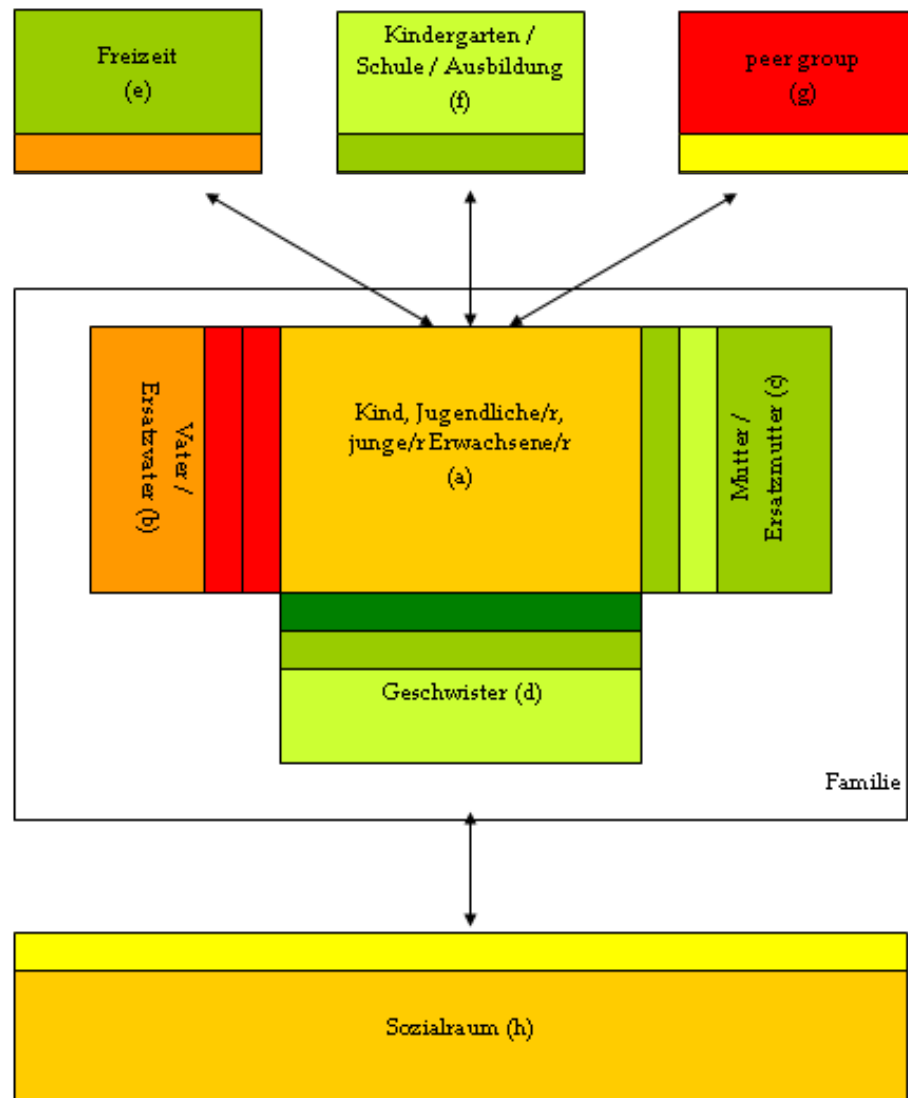
zu beachtende Elemente (entsprechend von der WHO in der ICF verwendet):

- 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





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
----------------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------------------





Aus dem Grünbuch der EU

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

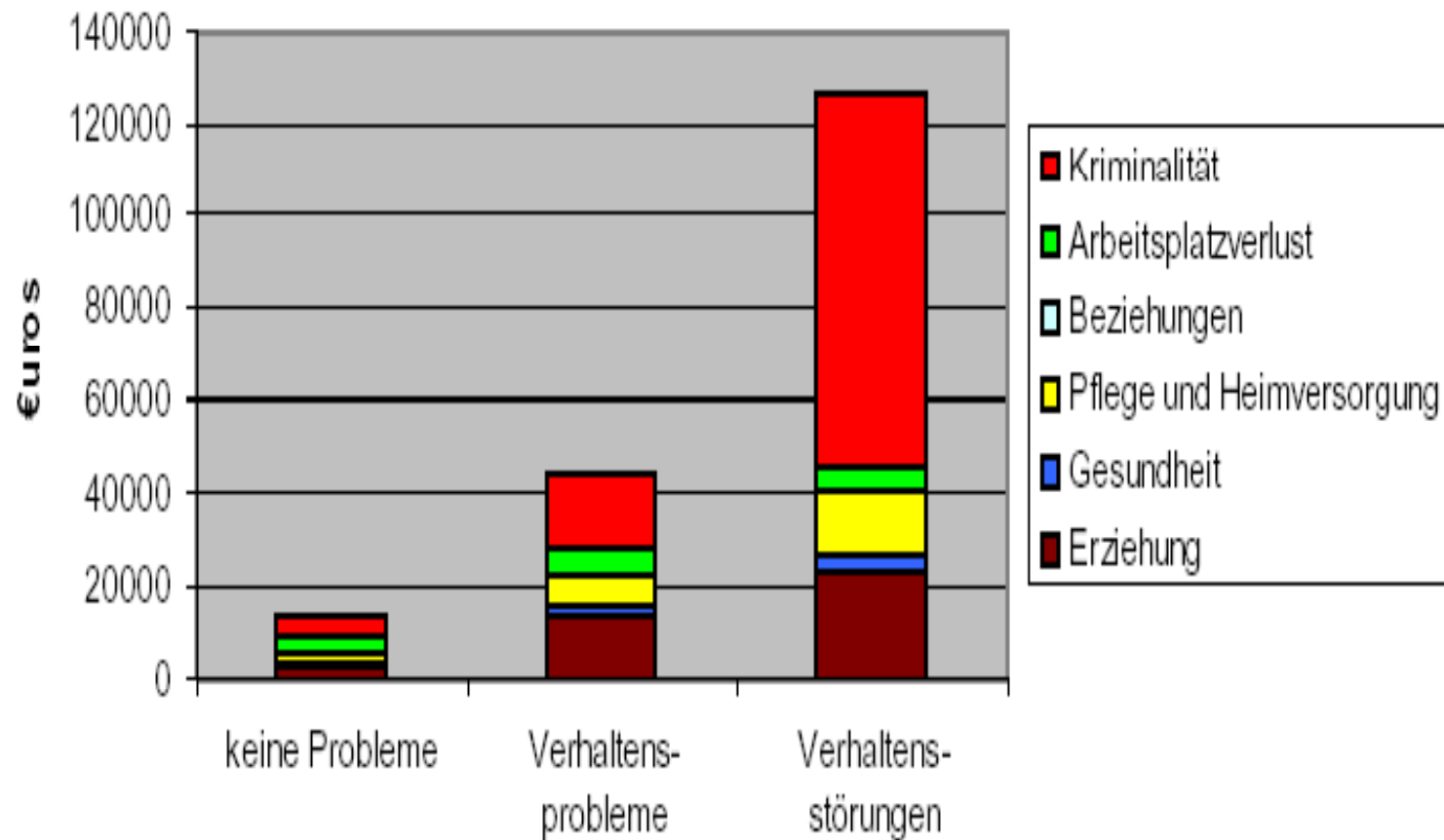


Abb.: Langzeitkosten psychischer Gesundheitsprobleme, umgerechnet auf Euro zum Preisniveau 2002 (Scott, Knapp, Henderson & Maughan, 2001. Umrechnung in Euro durch David McDaid, Mental Health Economics European Network).

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.





Position 5: 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).
- 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.**





DAS JUGENDAMT

Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht

Prof. Dr. Jörg M. Fegert/Prof. Dr. Renate Schepker*

Alle oder keiner? Zur Bedarfslage und den Zuständigkeiten für jugendliche Suchtkranke im Sozialrecht

Aus der Universitätsklinik Ulm und den Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie, Ravensburg

Durch die gewachsene Zahl von Jugendlichen mit manifesten Suchterkrankungen gibt es einen dringenden Bedarf nach eigenen Suchthilfe-Einrichtungen für Jugendliche. Aufgrund der verlaufstypischen Besonderheiten jugendlicher Suchterkrankungen sind Jugendliche mit den erwachsenentypischen Versorgungsstrukturen und Behandlungsketten nicht angemessen versorgt. Ein mit Jugendpsychiatrischen Strukturen verchränktes „Versorgungsnetz“ wäre alters- und bedarfsgewiß. Die unklaren Zuständigkeiten für Jugendliche mit Suchterkrankungen im Sozialrecht werden dargelegt. Das innovative Modell JUST zur Langzeit-Suchtsuchtbehandlung Jugendlicher stellt einen möglichen Weg aus dem Dschungel sozialrechtlicher Zuständigkeiten dar. Noch ist unklar, ob alle Kostenträger trotz prinzipieller Einigung diesen Weg auch gehen wollen.

I. Einleitung

Jugendliche mit gefährlichem Substanzkonsum bis hin zur Abhängigkeit sind eine neuerlich häufig in den Medien präsente Gruppe.

Das Problem ist quantitativ nicht gering zu schätzen: Nach dem Drogen- und Suchtbericht an die Bundesregierung 2008

gaben „binge drinking“ (fünf und mehr alkoholische Getränke kurz hintereinander) im Monat vor der Befragung 26 % aller 12- bis 17-jährigen Jugendlichen an, und 2 bis 3 % der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen gehören zu den regelmäßigen Cannabiskonsumern. Wenn der jugendtypische Probierkonsum auflöst, ein schädlicher Gebrauch einsetzt und wann gar eine Abhängigkeitskrankheit festzustellen ist, lässt sich bei Jugendlichen nur durch eine fundierte Diagnostik feststellen. Ein wie großer Prozentsatz der konsumierenden Jugendlichen manifest suchtkrank ist, kann schwer ermes- sen werden, da belastbare Daten selten sind. Die Greifswalder Studie¹ fand bei 2,5 % der mittels persönlichem Interview untersuchten 19-jährigen Jugendlichen eine Alkohol-

* Vert. Erziehungshilfen für Familien (Gestaltungsbüro der JUST Gießen) und Direktorin für Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie (SZP), Ravensburg. Vert. Fegert ist Ärztlicher Direktor von Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychosomatische und Suchterkrankungen der Medizinischen Fakultät. Sofern der Autor nicht bei dem Projektbüro JUST genannt, der diese Papiere kontinuierlich zur Kenntnis genommen hat.

¹ Bertram/Lecht/Hasen/Leh/Preyberger, The relation of a family history of alcoholism, obstetric complications and family environment to behavioral problems among 151 adolescents in Germany: results from the children of alcoholics study in Potsdam, in: Eur Addict Res 10, 2004, 8 bis 14.





European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

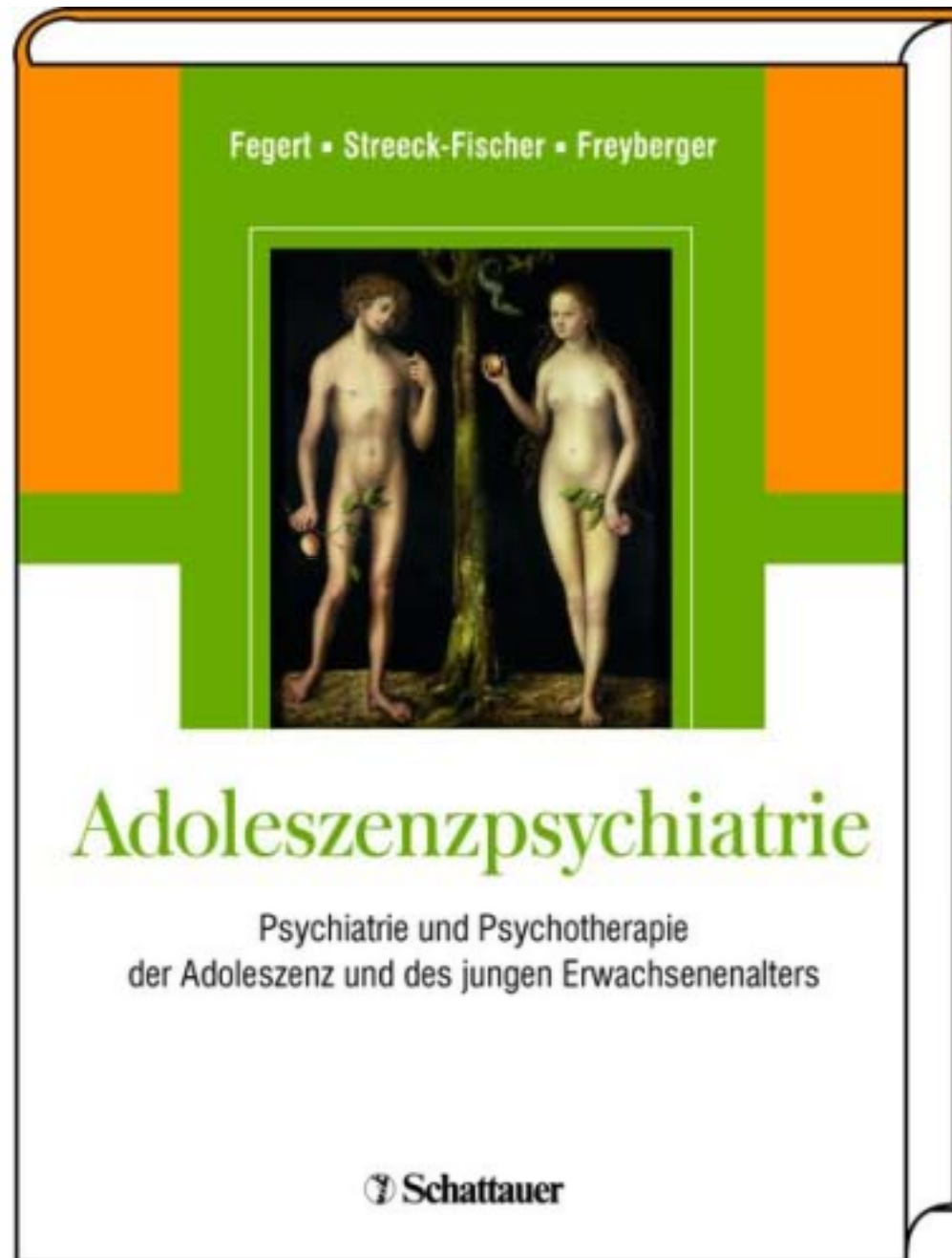
ISSN 1755-9767

THEMATIC PAPERS

PREVENTING LATER SUBSTANCE USE DISORDERS
IN AT-RISK CHILDREN AND ADOLESCENTS

a review of the theory and evidence base
of indicated prevention







Developmental Trauma Disorder and ADHD

Ackerman et al. 1998 described in a sample of 364 abused children

35% PTSD

22% ADHD

22% ODD

Spinazzola et al. 2005 1699 children receiving trauma focussed therapy across 25 network sites of the National Child Traumatic Stress Network:

more than 50% showed

disturbances in affect regulation

attention & concentration

impulse control

aggression and risk taking

low self esteem





Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder

A. Exposure

to severe episodes of interpersonal violence & significant disruptions of protective care giving

B. Affective and physiological dysregulation

C. Attentional and behavioral dysregulation

D. Self and relational dysregulation

E. Posttraumatic spectrum symptoms

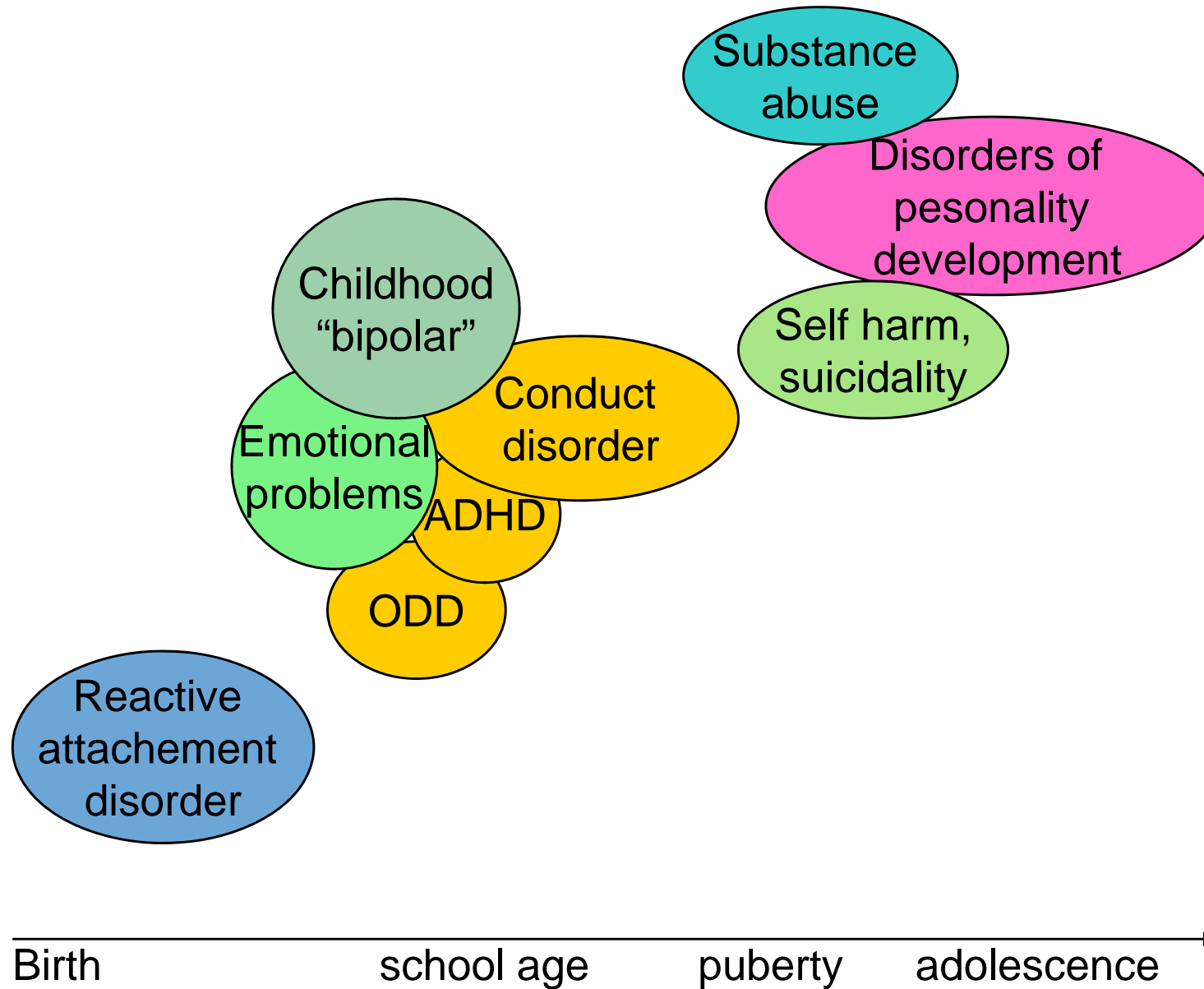
F. Duration of disturbance

G. Functional impairment





Developmental Heterotopy of trauma consequences (Fegert 2008)





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

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>

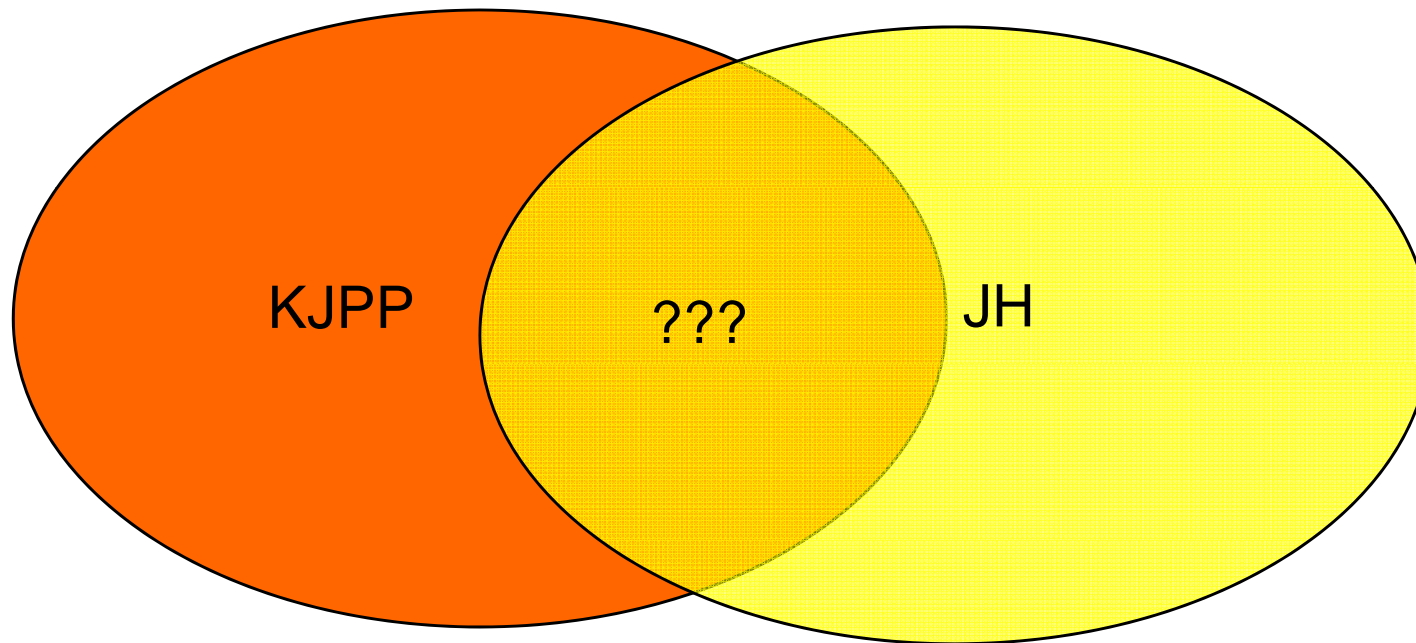
© 2008 Schmid et al; licensee BioMed Central Ltd.

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.





Ulmer Heimkinderstudien





Einleitung

Heimkinder - eine Hochrisikogruppe

Disharmonie zwischen den Eltern

Scheidung

Genetische und pränatale Risikofaktoren

Psychische Störung der Eltern

Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen

Vernachlässigung

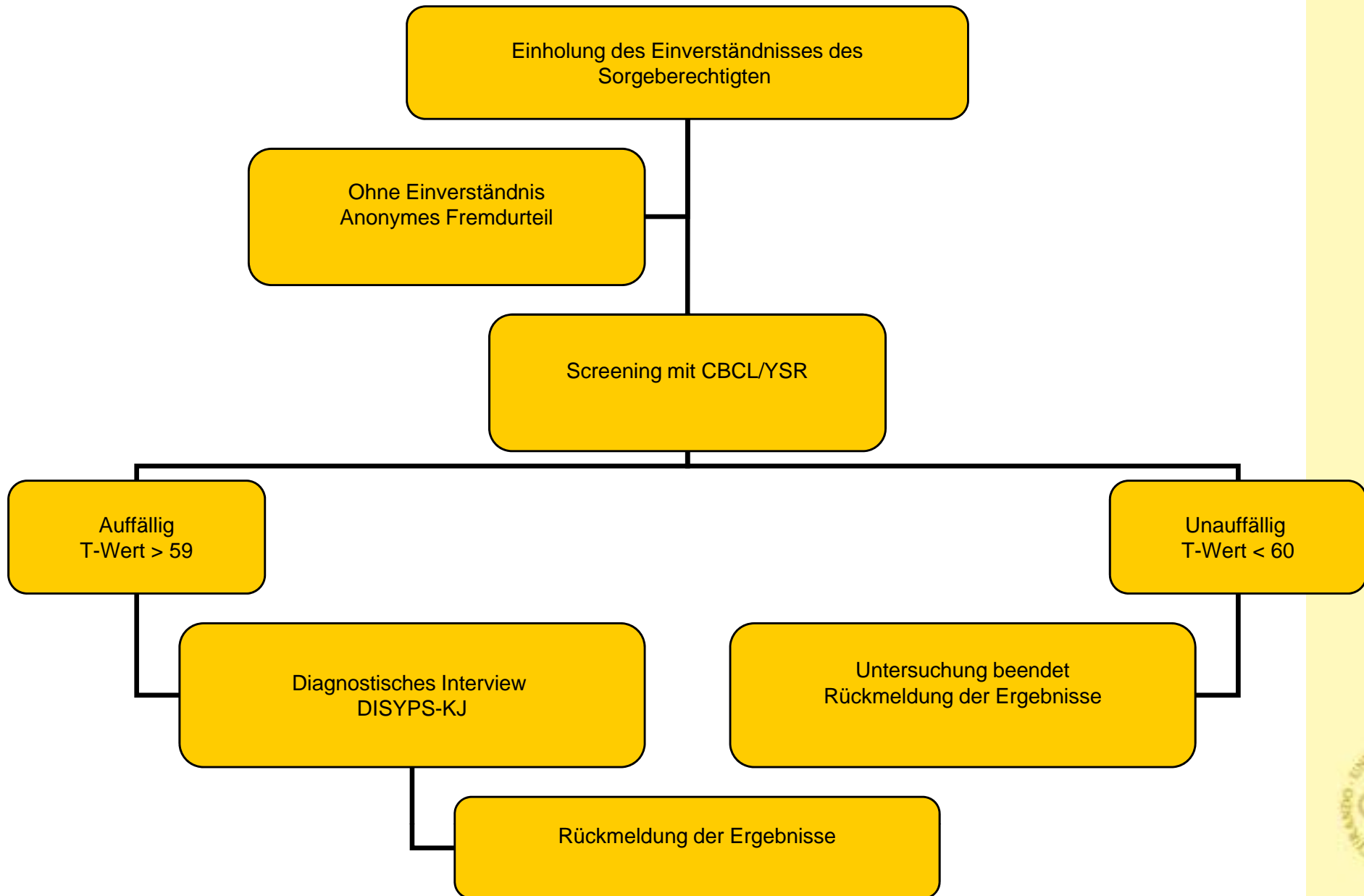
Armut

Migration





Studienablauf





Stichprobe

Insgesamt nehmen 20 Einrichtungen mit 689 Jugendlichen teil.

Die größte Einrichtung verfügt über 106 stationäre Plätze, die kleinste über 6.

Die Stichprobe beinhaltet Einrichtungen mit berufsbildenden Angeboten, Schulen für Erziehungshilfe sowie Kleinstheime.





Stichprobenbeschreibung (N = 689): Alter

Die Stichprobe besteht aus 208 Mädchen und 480 Jungen (1 ohne Angabe des Geschlechts)

Das durchschnittliche Alter beträgt
14,4 Jahre (SD = 2,94).

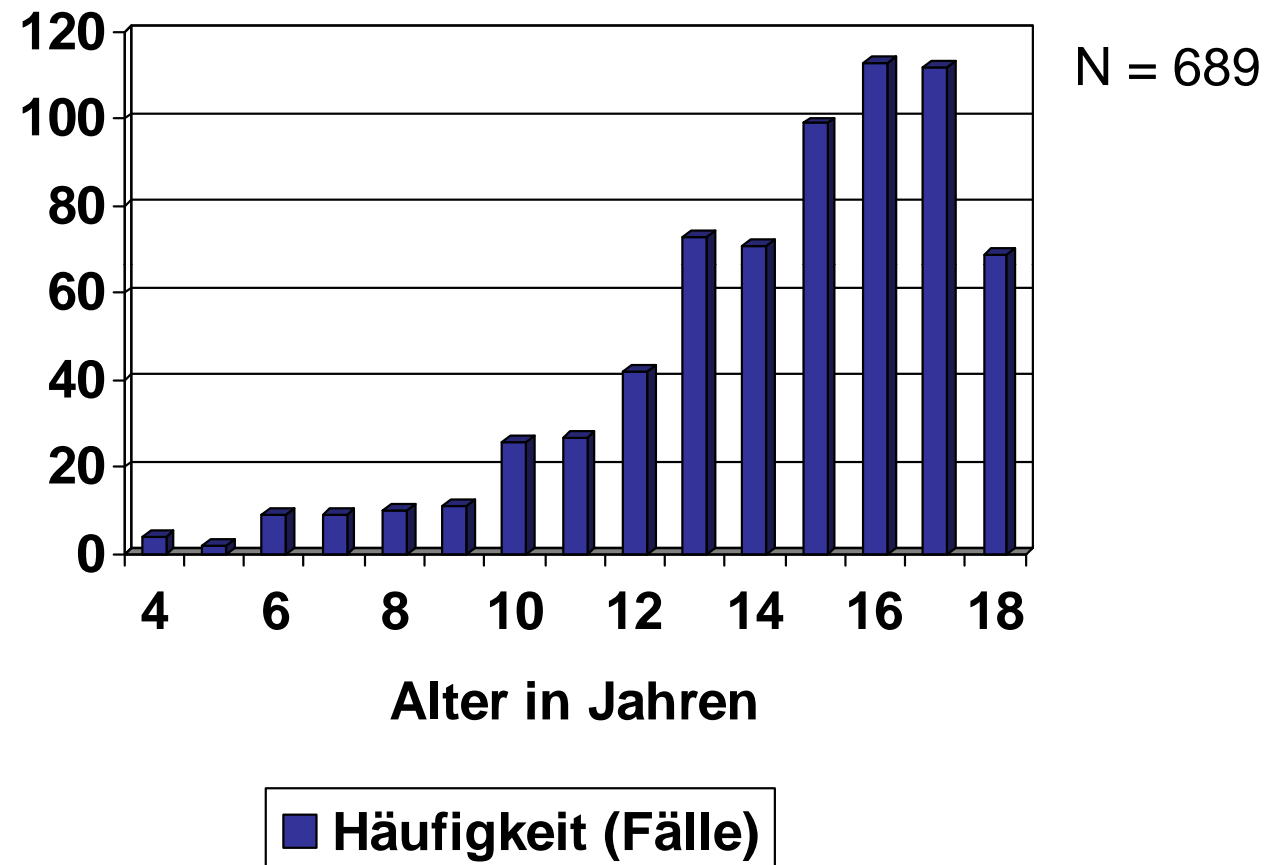
Das durchschnittliche Aufnahmealter liegt bei 11,93
Jahren (SD = 3,6).

Im Schnitt leben die Jugendlichen unserer
Stichprobe also gut 2 Jahre in ihren Einrichtungen.



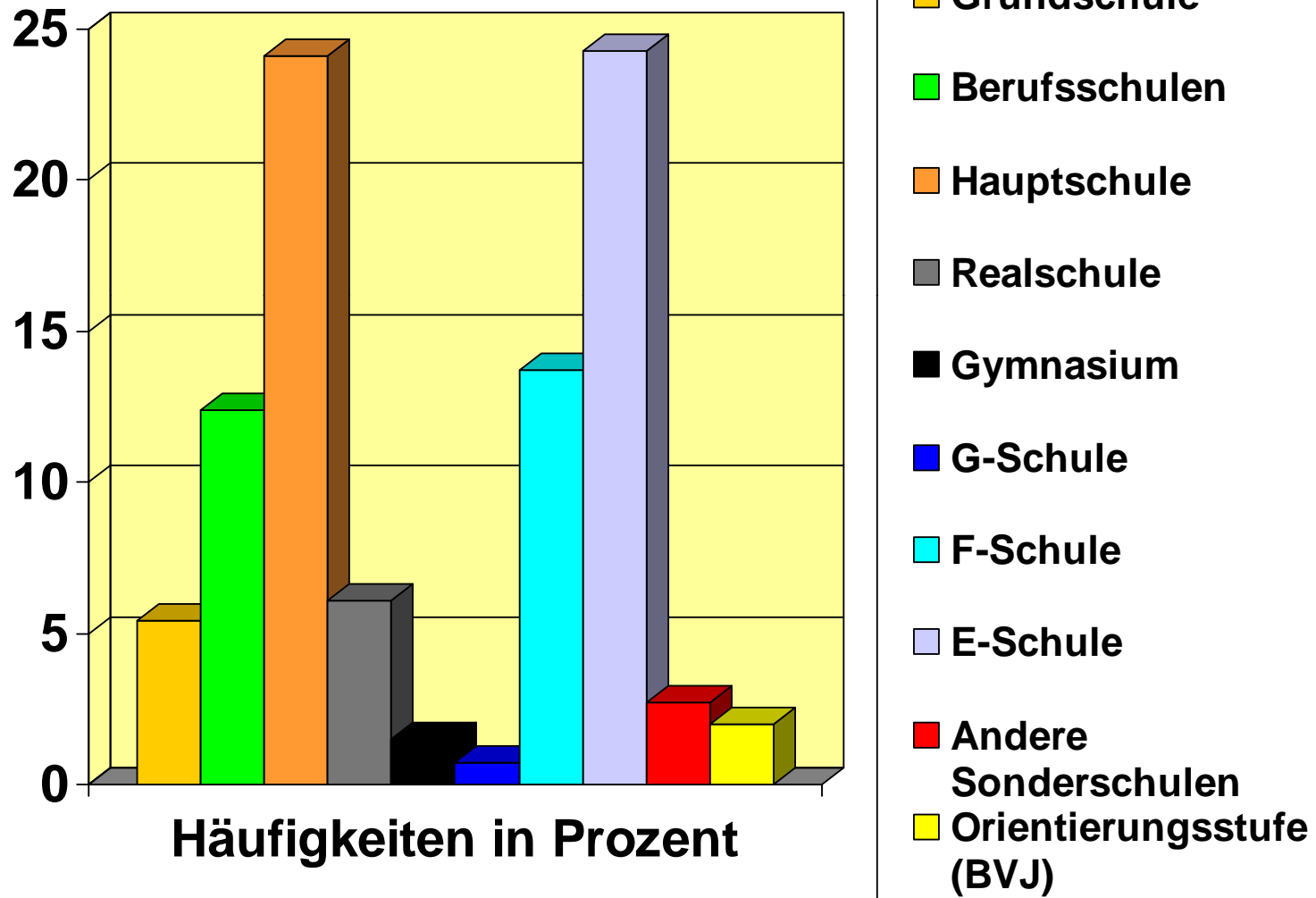


Altersverteilung der Teilstichprobe





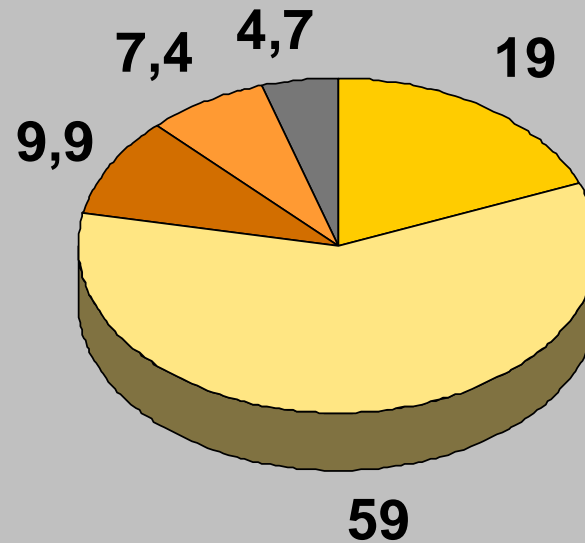
Schularten





Lebenssituation der leiblichen Eltern

Lebenssituation Eltern in Prozent



Häufigkeit in Prozent

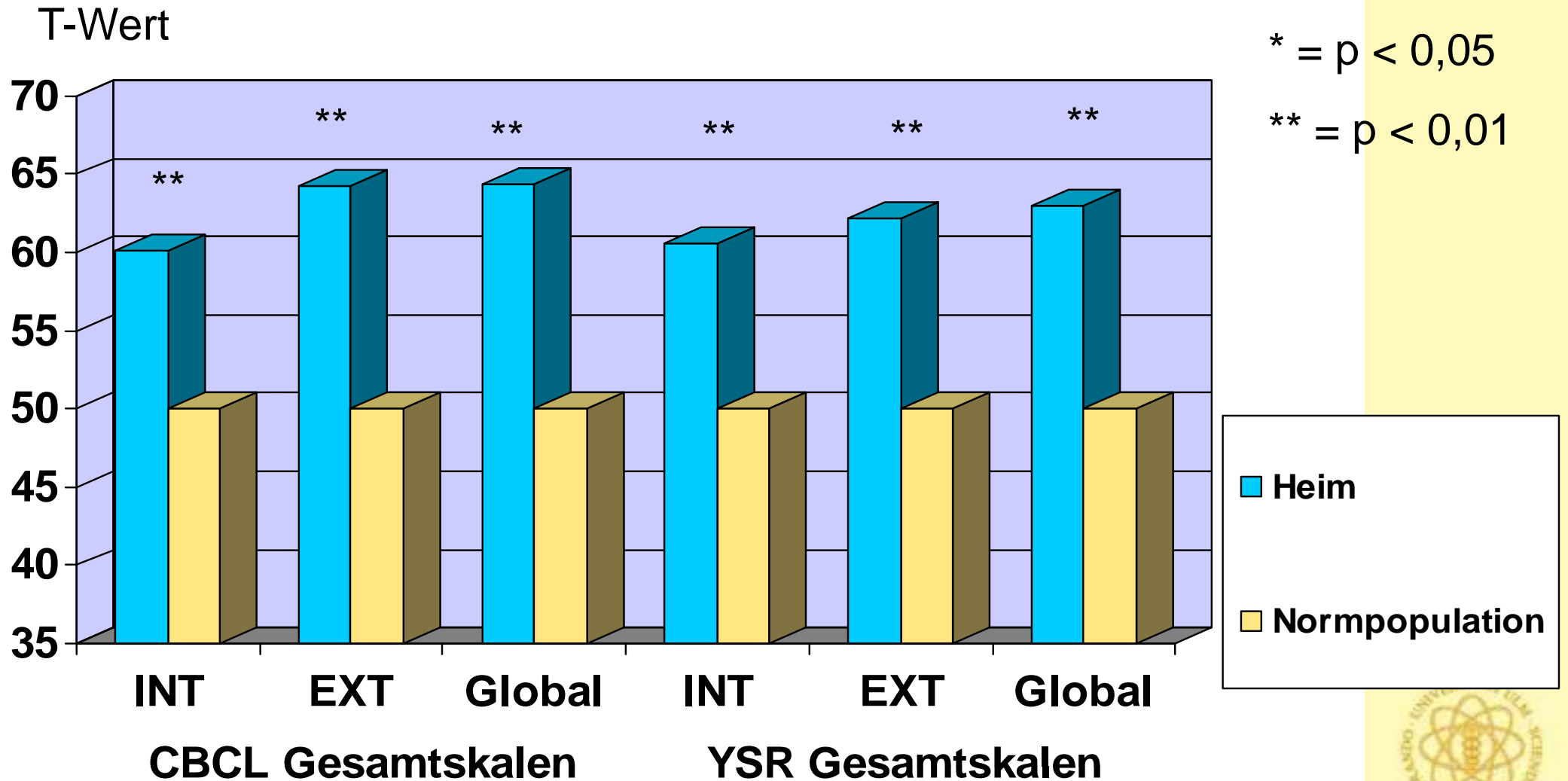
 Ehe  Trennung  Tod  Nie zusammen  Unbekannt





Subgruppenvergleiche: Vergleich zur Normpopulation (CBCL/YSR)

Mittelwertsvergleich Heimstichprobe vs. Norm

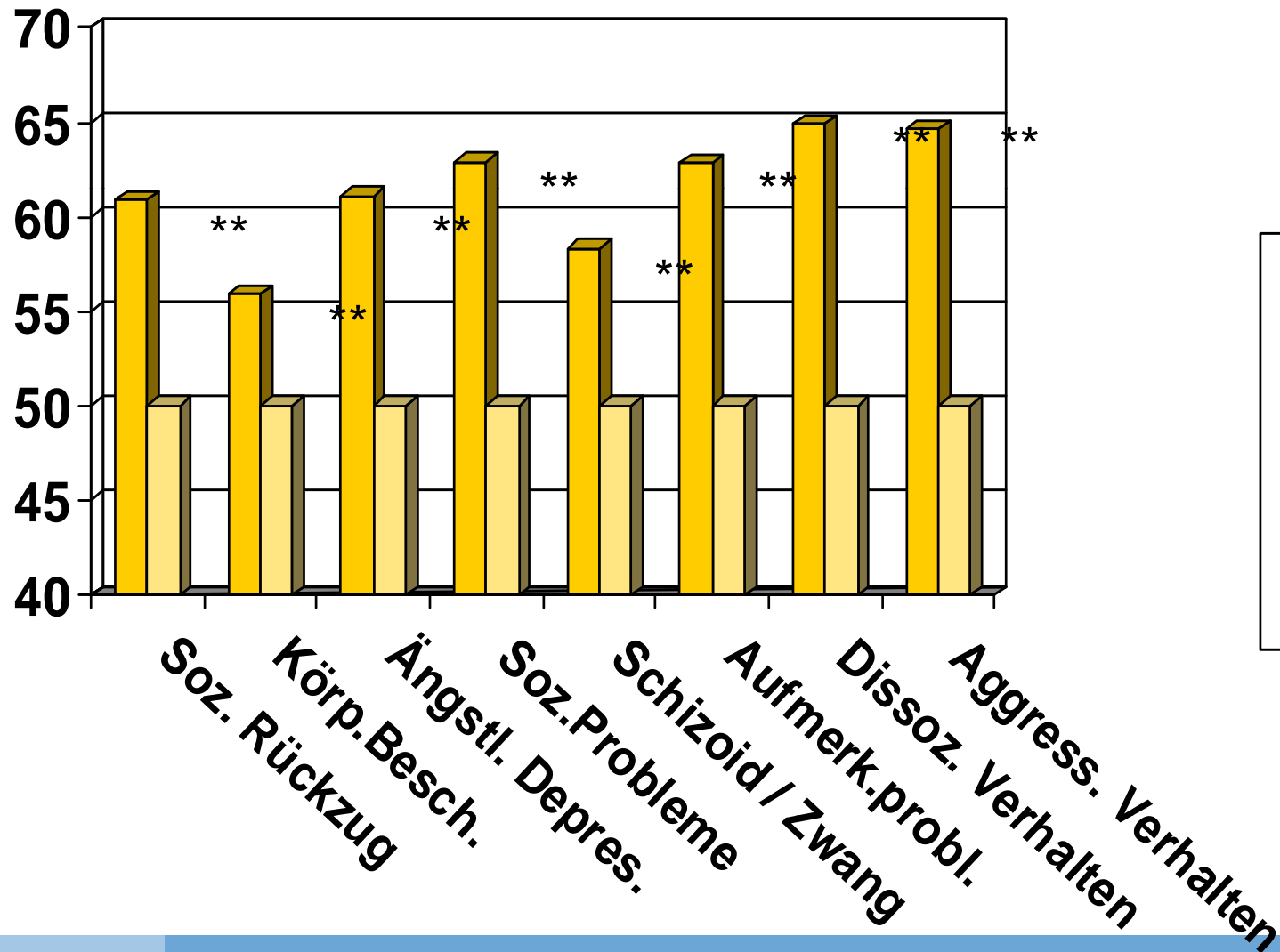




Subgruppenvergleiche: Heim vs. Normpopulation

Unterschiede in den CBCL-Subskalen

T-Wert



$P < 0,01 = **$

$P < 0,05 = *$

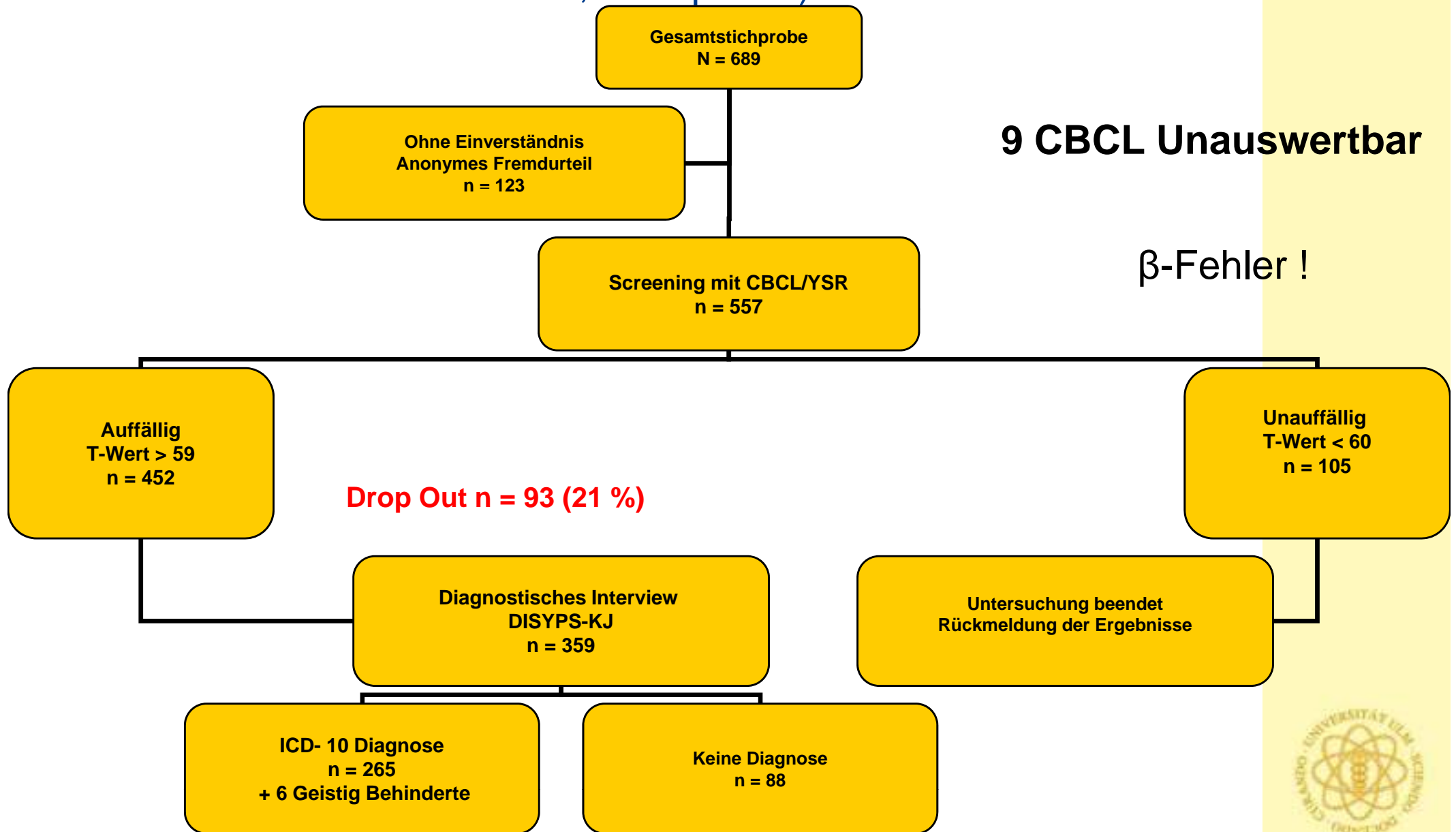
■ Heim
= 689) (N

■ Norm-
population





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



9 CBCL Unauswertbar

β -Fehler !

Drop Out n = 93 (21 %)

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





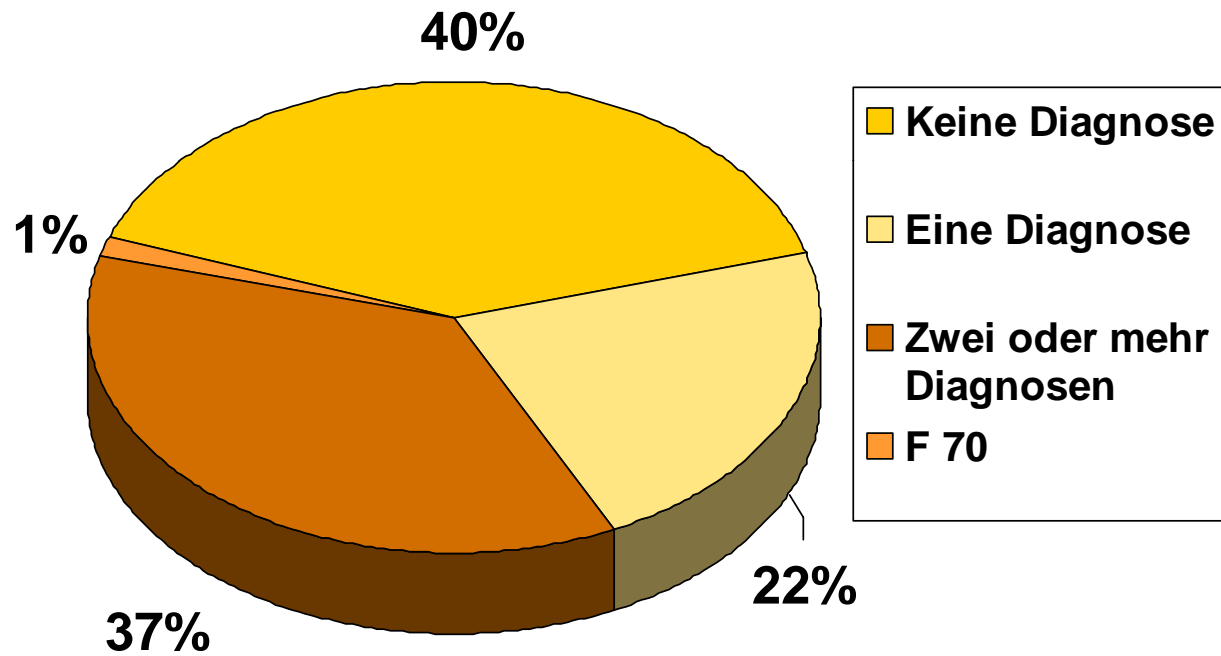
Prävalenz im Vergleich

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



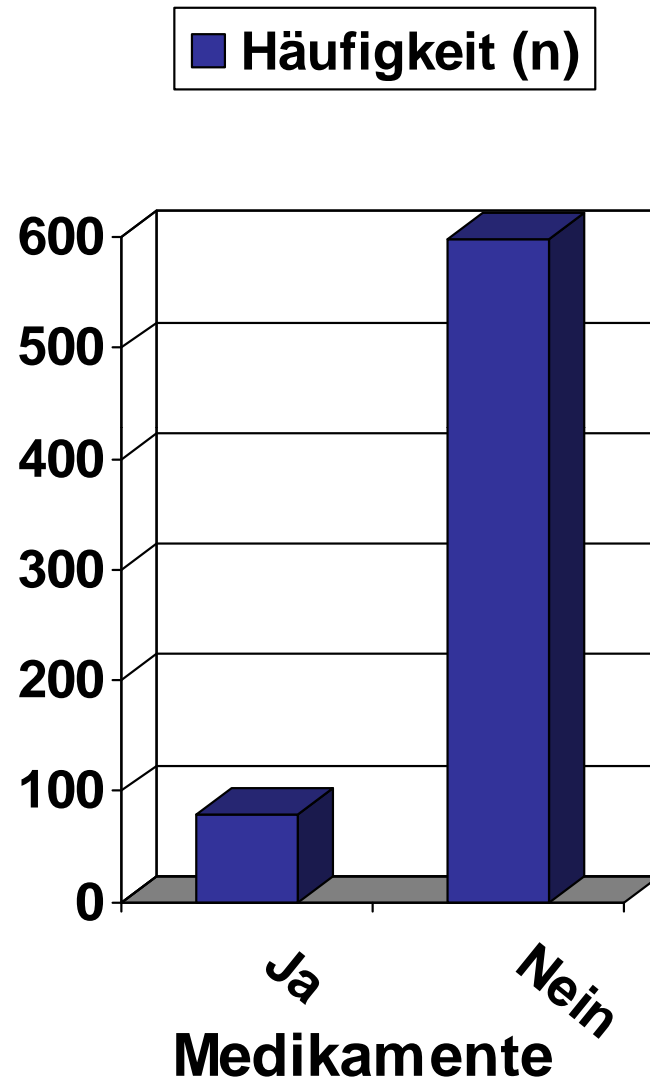


Komorbidität





Medikamente



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

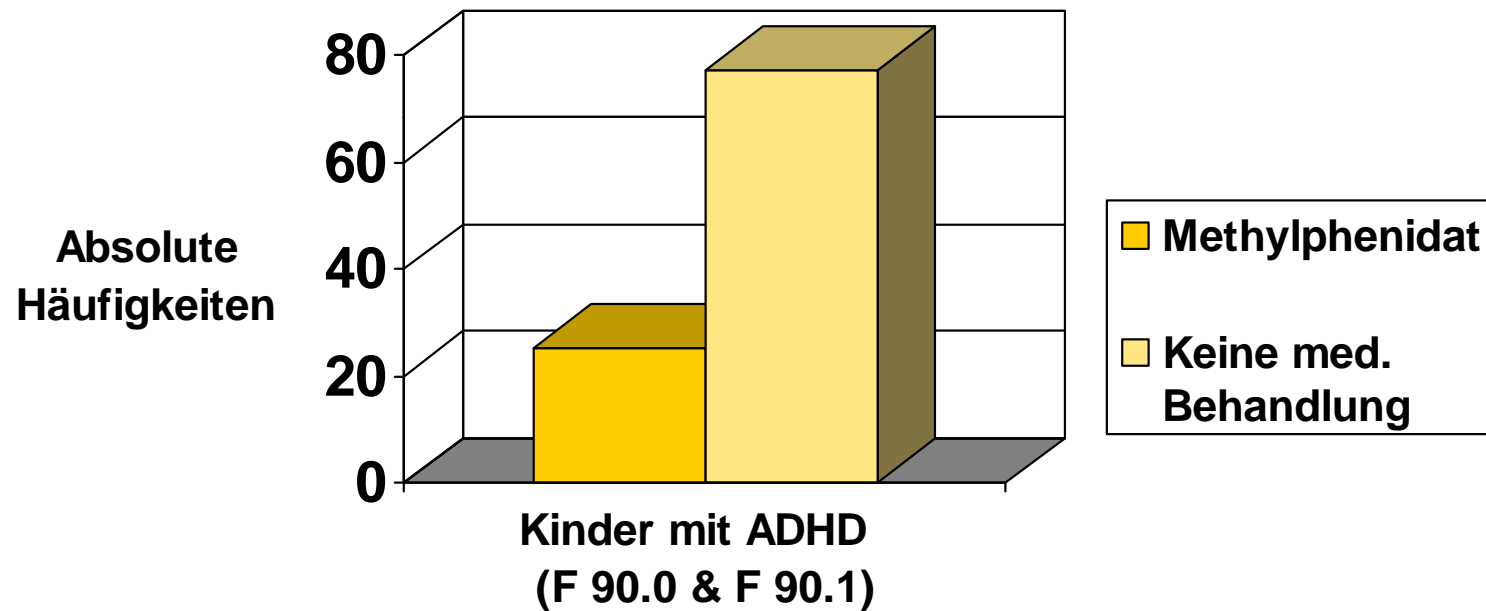
Die Medikamente werden in 54 Fällen von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie verschrieben.



Störungsspezifischer medikamentöser Behandlungsstatus

N = 689

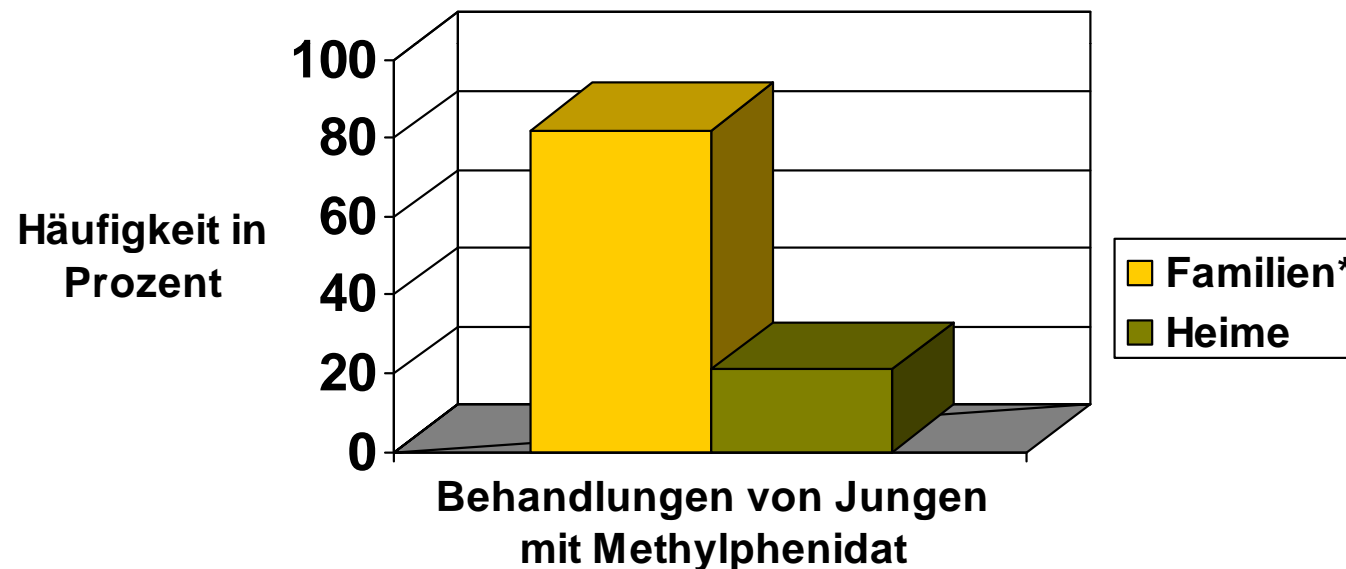
Behandlungsstatus bei Aufmerksamkeitsstörungen





Störungsspezifischer medikamentöser Behandlungsstatus

Behandlungsstatus von Jungen mit ADHD in Familien vs. Heimen



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





Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Ulmer Heimkinderinterventionsstudie

**Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen
ambulanten Behandlungsprogramms für
Heimkinder**

**Tanja Besier, Marc Schmid,
Jörg M. Fegert & Lutz Goldbeck
Universitätsklinikum Ulm**



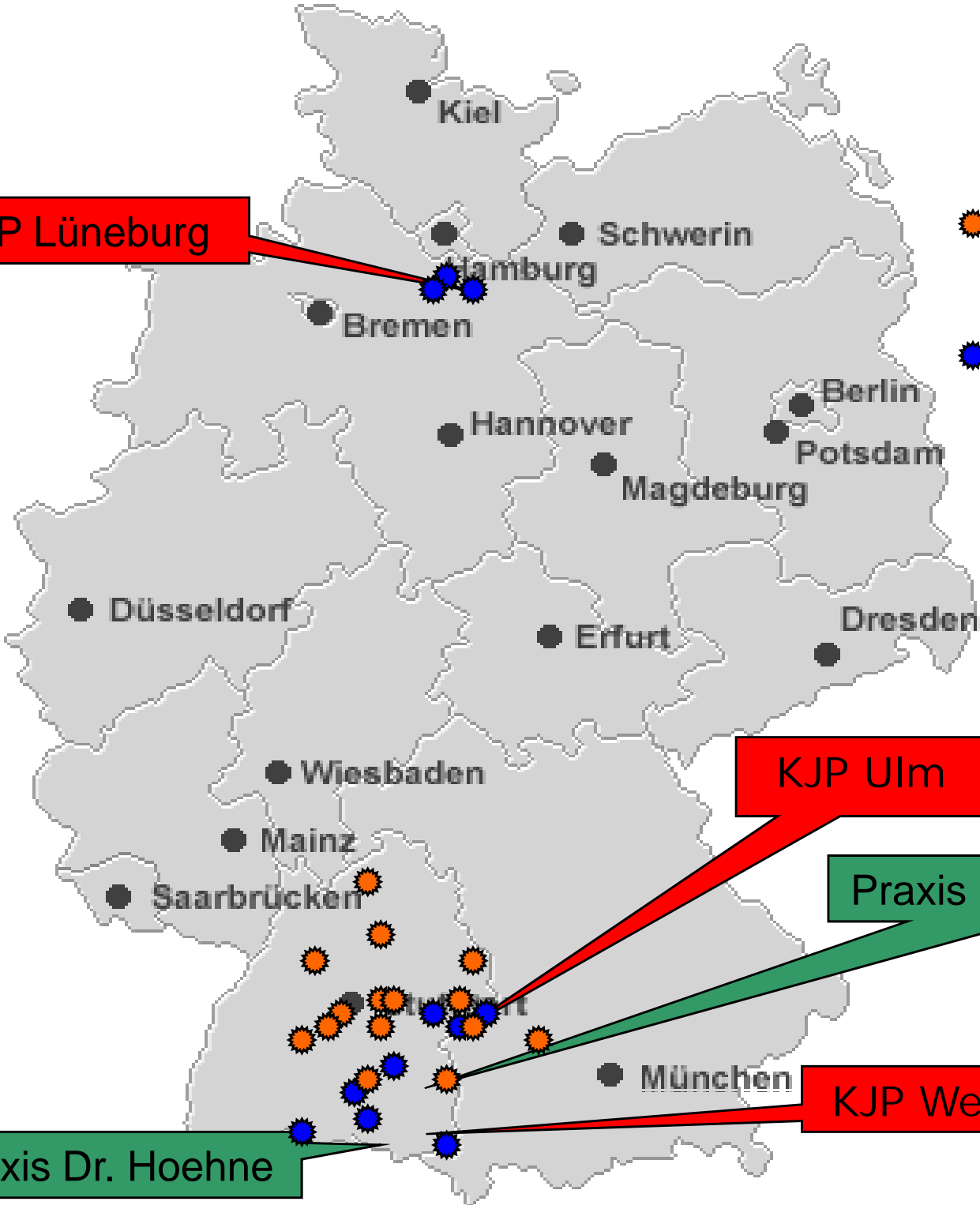


Bausteine des Interventionsprogramms

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



KJP Lüneburg



☀ Kontrolleinrichtungen

☀ Interventionseinrichtungen

KJP Ulm

Praxis Dr. Crasemann

KJP Weissenau

Praxis Dr. Hoehne





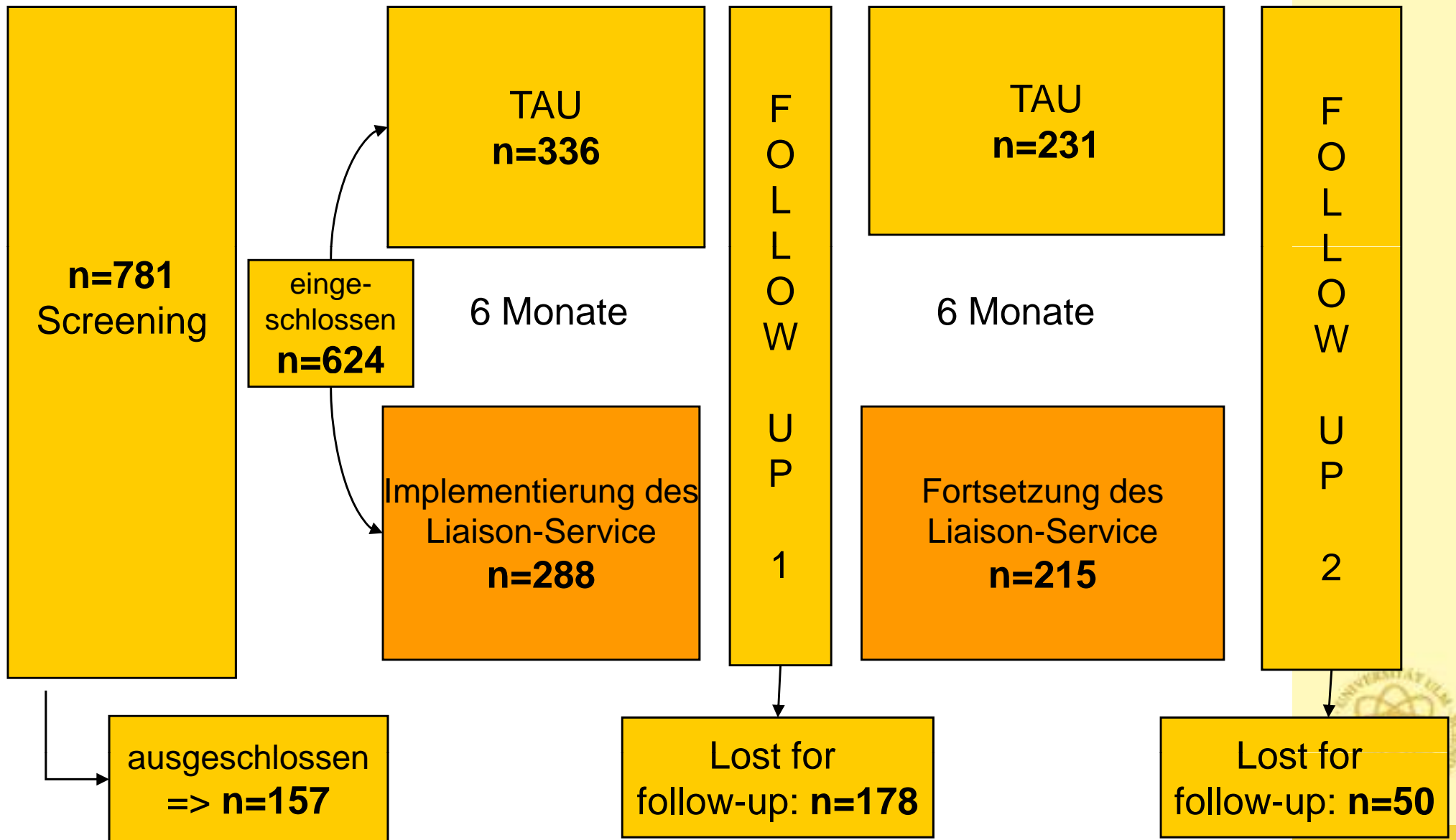
Fragestellungen

1. In der Interventionsgruppe werden verglichen mit der üblichen Regelversorgung (TAU, Kontrollgruppe) innerhalb eines zwölfmonatigen Beobachtungszeitraums **stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungstage** eingespart.
2. Mit dem intensiven ambulanten Behandlungsprogramm (Interventionsgruppe) werden verglichen mit der Regelversorgung (TAU, Kontrollgruppe) mindestens gleichwertige Effekte auf die **psychische Gesundheit** (a), auf das **psychosoziale Funktionsniveau** (b) und auf die **Lebensqualität** (c) der Probanden erzielt.





Design: case-flow





Vorbehandlungen

Behandlung wegen **psychosozialer Probleme** im letzten Jahr?

	KG	IG	
ja	180 (54.1%)	183 (64.4%)	$\chi^2=6.822^{**}$
nein	153 (45.9%)	101 (35.6%)	

Einnahme von **Medikation/Psychopharmaka**?

	KG	IG	
ja	82 (25.2%)	110 (39.0%)	$\chi^2=13.251^{***}$
nein	243 (74.8%)	172 (61.0%)	





Vorbehandlungen

Gab es bislang einen **stationären KJP Aufenthalt**?

	KG	IG	
ja	86 (26.5%)	114 (41.9%)	$\chi^2=15.866$ ***
nein	239 (73.5%)	158 (58.1%)	

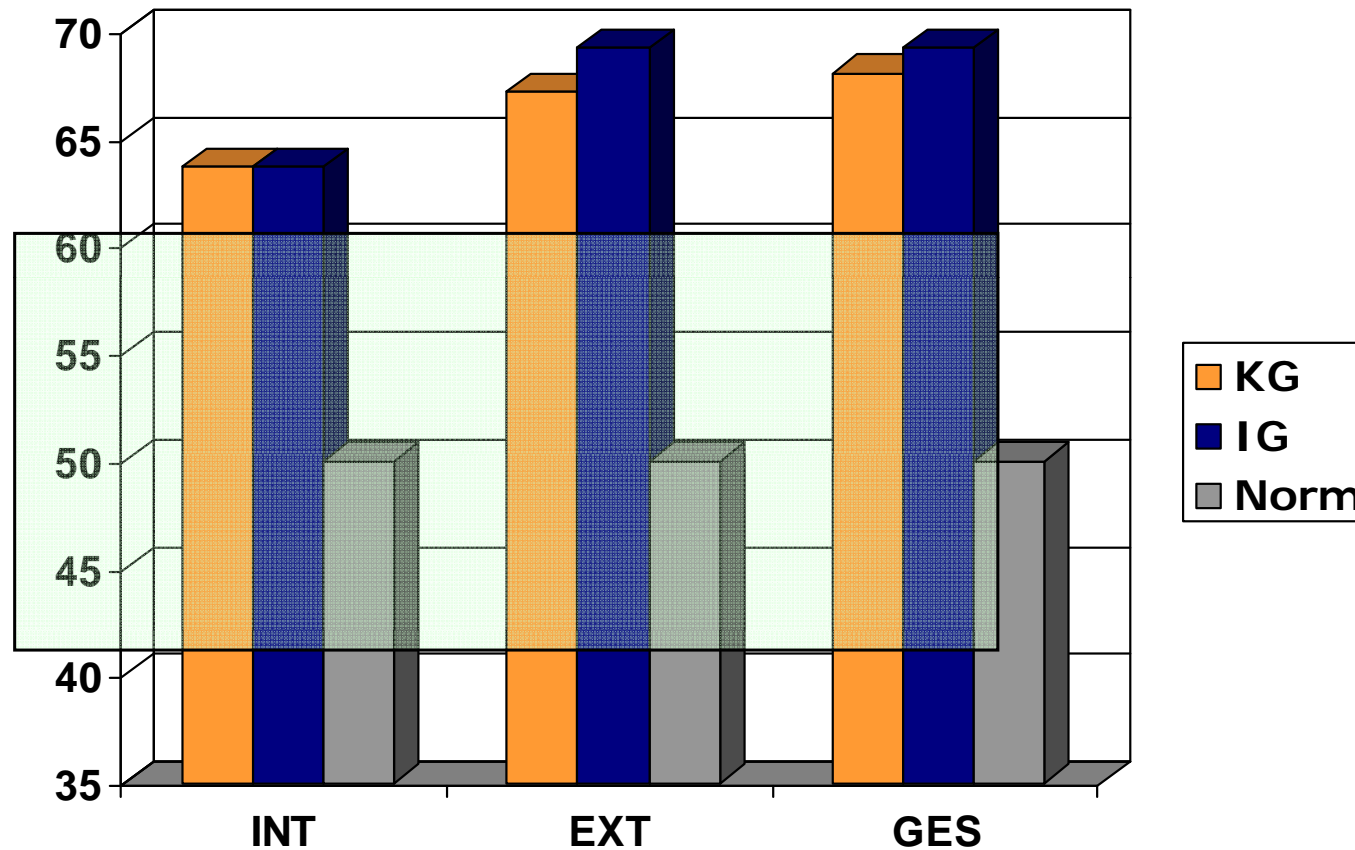
Interventionsgruppe als „belastetere“ Gruppe?!





Psychische Belastung Zeitpunkt t1

Child Behavior Checklist CBCL/4-18



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





Zwischenfazit

 Zusammenfassung der Ausgangslage:

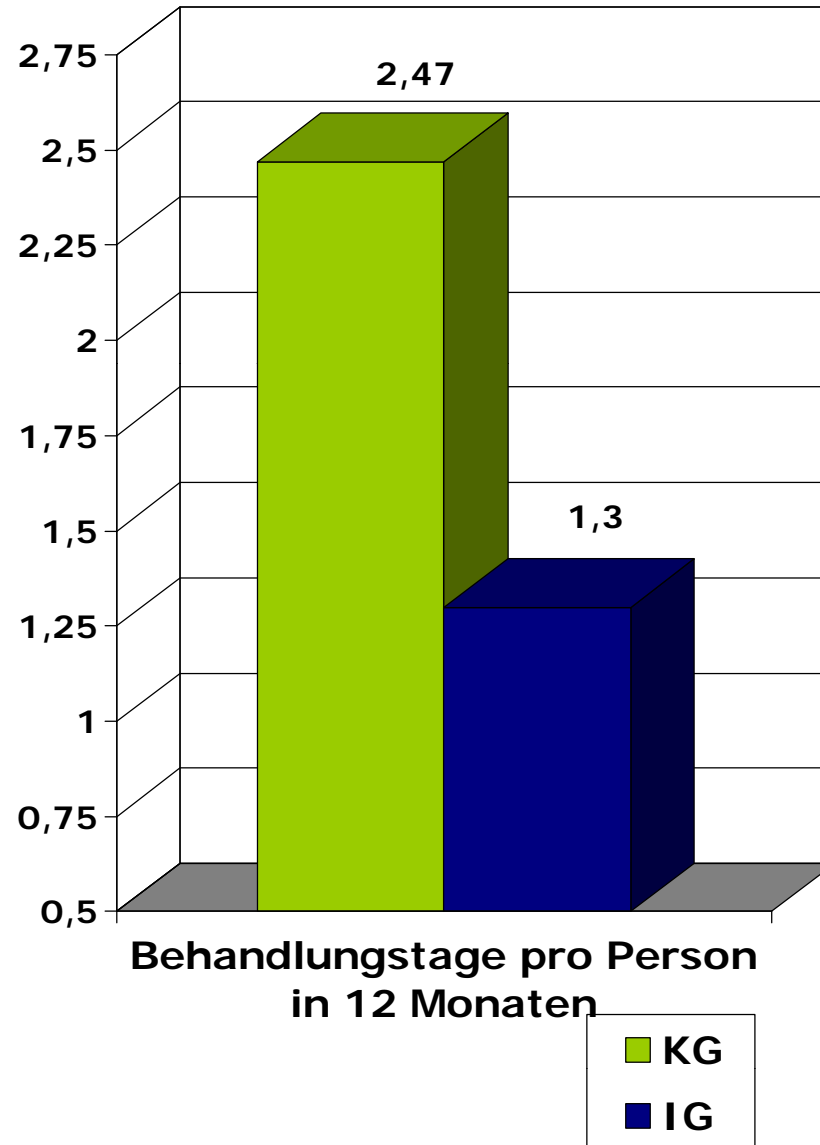
- mehr Vorbehandlung in der IG
- häufiger stationäre Behandlungen im Vorfeld
- stärker beeinträchtigt bezüglich psychosozialem Funktionsniveau
- mehr externalisierende Verhaltensauffälligkeiten

Interventionsgruppe ist die offensichtlich stärker belastete Gruppe, vor allem in Bezug auf die **externalisierenden Verhaltensstörungen!**





Stationäre Behandlungstage





Stationäre Behandlungen

	Behandlung ≤ 10 Tage	Behandlung ≥ 11 Tage
Kontrollgruppe	5	16
Interventions- gruppe	14	7

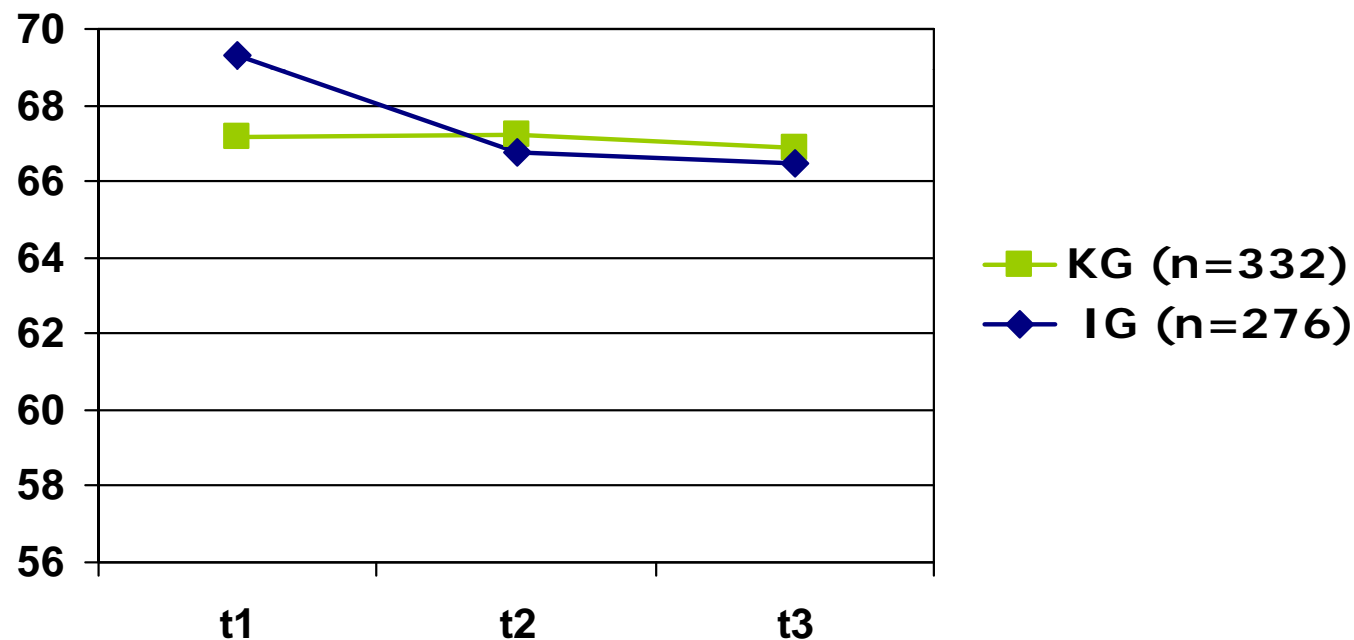
$$\chi^2 = 7.79, df = 1, p = .005$$





psychische Belastung external (Erziehereinschätzung)

Externalisierende Verhaltensstörungen CBCL/4-18

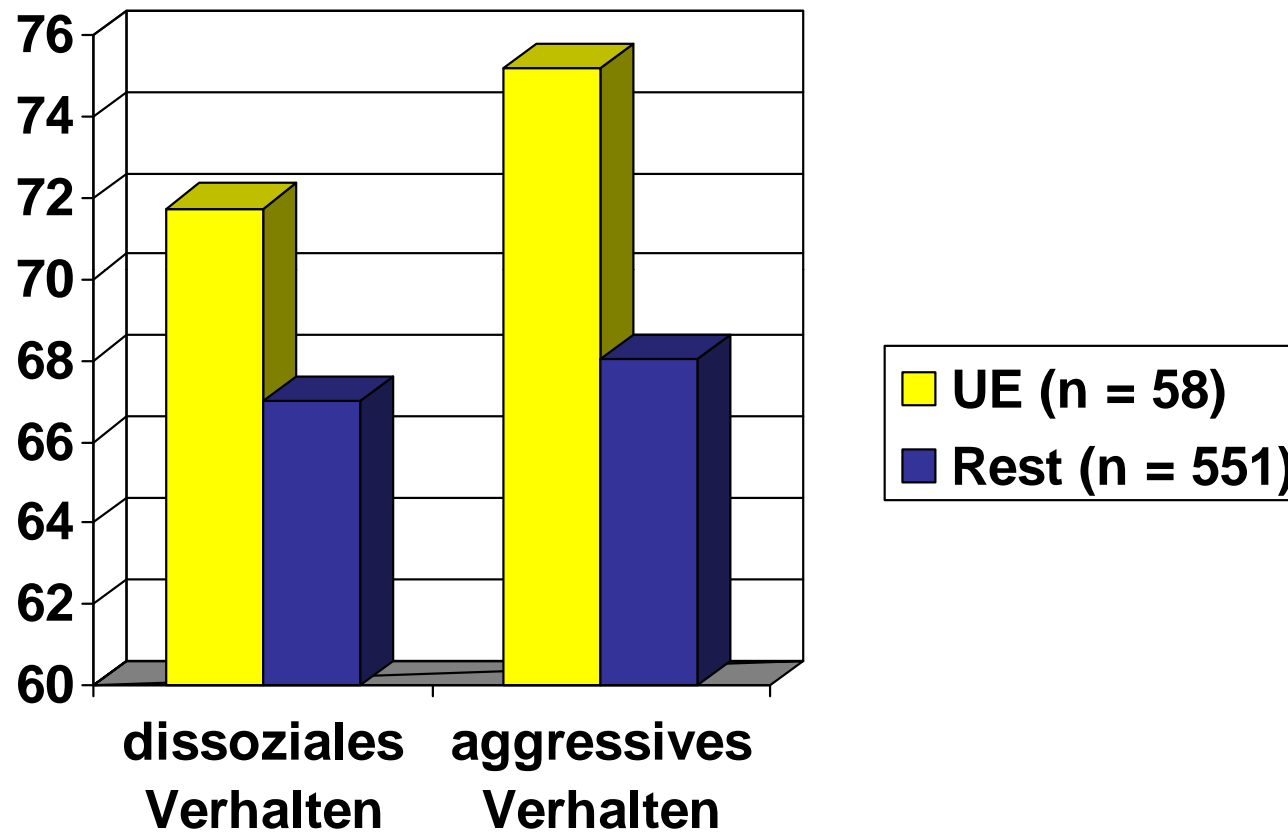


Zeit: $F(2,605) = 12.189, p < .001$
Gruppe: $F(2,605) = 0.369, p = .544$
Zeit * Gruppe: $F(2,605) = 10.801, p < .001$





Hochrisikoprobanden: externalisierende Symptome



$t(607) = -3.679$
 $p < .001$

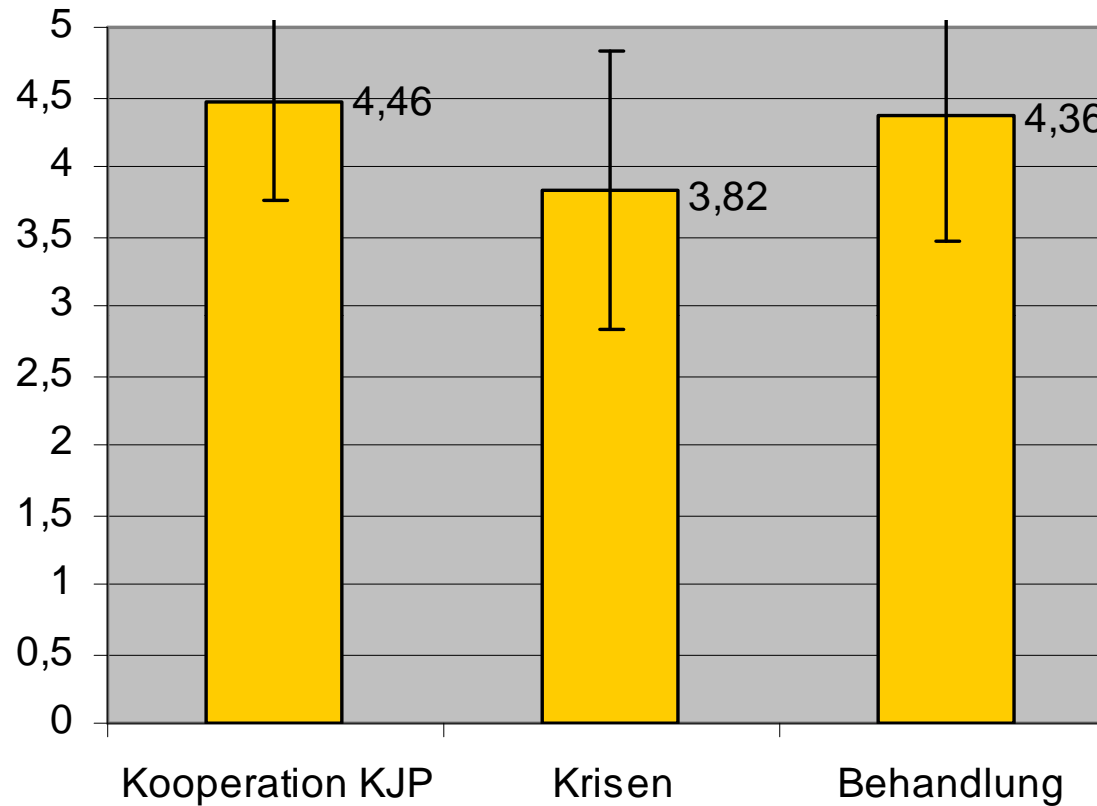
$t(607) = -7.196$
 $p < .001$





Zufriedenheit der Jugendhilfe

sehr zufrieden



unzufrieden

■ Zufriedenheit (n=11)





Zielerreichungsinstrument für die Jugendhilfe



Alltagstauglichkeit und Praxisrelevanz des Instruments

- „Passgenaue Hilfen“: Orientierung an den pädagogischen Zielen der Betreuer aber auch an den Zielen der Jugendlichen (Kundenorientierung)
- Integration der Erhebung in den pädagogischen Alltag, in bestehende Abläufe und Strukturen
- Berücksichtigung der bestehenden Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Belastungen bei der Hilfeplanung





ORIGINALARBEITEN

Entwicklung und psychometrische Eigenschaften von Zielerreichungsskalen zur Qualitäts- und Veränderungsmessung im pädagogischen Setting

Kerstin Lutz, Rita Kleinrahm, Michael Kölch, Jörg M. Fegert und Ferdinand Keller

Summary

Development and psychometric evaluation of goal attainment scales designed to measure quality and change in pedagogical settings

There is a need of standardized methods to assess quality in the youth welfare system. This report is based upon a project („PädZi“) with the objective to develop and implement a tool to evaluate pedagogic effects and to assist in goal attainment processes. A scale was developed to measure the attainment of social competences and individual goals. A set of instruments was administered to control for quality of life and psychiatric symptoms. The whole set of instruments was implemented in 11 institutions and was applied to 920 adolescents. The new instrument meets psychometric quality criteria. Validity was controlled by correlations with CBCL/YABCL and YSR/YASR. After a period of six month significant effects appear in the goal attainment scales as well as the standardized instruments. PädZi is applicable in various institutions of the youth welfare system.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 282-300

Keywords

goal attainment – youth welfare – CBCL – quality management – standardized evaluation

Zusammenfassung

In der Jugendhilfe besteht ein Mangel an standardisierten Verfahren zur Erfassung der Qualität des sozialpädagogischen Handelns. In diesem Beitrag wird das Projekt „PädZi – Entwicklung und Implementierung eines Instruments zur Erhebung pädagogischer Effekte und zur Unterstützung im Zielerreichungsprozess für das CJD“, eine Kooperation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm und des Christlichen Jugenddorfwerks e.V. (CJD), vorgestellt. Zur Qualitätssicherung in Jugendhilfeeinrichtungen und zur Unterstützung (sozial-)pädagogischen Handelns wurden Skalen zur Erfassung sozialer Kompetenzziele sowie in-

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57: 282 – 300 (2008), ISSN 0032-7034

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2008





Zielerreichung (t1, t2)

Unterschiede in PädZi IST-Scores zwischen t1 und t2

Pädagogische Ziele	M (t1)	M (t2)	r(t1,t2)	t	df	p	Effektstärke
PädZi Ist Komm	4,10	4,55	0,45	-5,28	282	0,00	0,31
PädZi Ist Konflikt	3,80	4,20	0,48	-4,43	282	0,00	0,26
PädZi Ist Kritik	3,72	4,08	0,51	-4,14	282	0,00	0,25
PädZi Ist Regeln	4,43	4,82	0,62	-4,97	282	0,00	0,30
PädZi Ist Auto	4,20	4,41	0,53	-2,33	282	0,02	0,14
PädZi Ist Schule	4,27	4,65	0,52	-4,48	282	0,00	0,27
PädZi Ist Zukunft	3,94	4,28	0,41	-3,06	282	0,00	0,18
PädZi Ist Gruppe	4,19	4,71	0,47	-5,64	282	0,00	0,34

Unterschiede in individuellen Zielen zwischen t1 und t2

Skala	M (t1)	M (t2)	r(t1,t2)	t	df	p	Effektstärke
Ziel1Ist	3,24	4,28	0,40	-10,64	287	0,00	0,67
Ziel2Ist	3,08	4,38	0,31	-12,57	287	0,00	0,76
Ziel3Ist	3,21	4,30	0,40	-10,80	287	0,00	0,68



Veränderungen bzgl. CBCL und pädagogischen Ziele (t1 > 60)

Unterschiede in CBCL-Scores zwischen t1 und t2 (if t1 > 60)

Skala	M (t1)	M (t2)	r(t1,t2)	t	df	p	Effektstärke
CBCL INT	65,29	61,16	0,62	6,89	140	0,00	0,58
CBCL EXT	64,72	62,49	0,71	3,36	140	0,00	0,28
CBCL TOTAL	67,98	64,37	0,59	6,47	140	0,00	0,55

Unterschiede in PädZi IST-Scores zwischen t1 und t2 (if t1 > 60)

Ziele	M (t1)	M (t2)	r(t1,t2)	t	df	p	Effektstärke
PädZi Ist Komm	3,57	4,15	0,29	-4,52	136	0,00	0,39
PädZi Ist Konflikt	3,18	3,64	0,25	-3,17	136	0,00	0,27
PädZi Ist Kritik	3,07	3,55	0,33	-3,63	136	0,00	0,31
PädZi Ist Regeln	3,99	4,50	0,53	-3,96	136	0,00	0,34
PädZi Ist Auto	3,61	3,91	0,39	-2,21	136	0,03	0,19
PädZi Ist Schule	3,82	4,28	0,39	-3,29	136	0,00	0,28
PädZi Ist Zukunft	3,45	3,73	0,41	-1,76	136	0,08	0,15
PädZi Ist Gruppe	3,55	4,23	0,32	-4,75	136	0,00	0,41



Schatztruhe

Pädzi - Mozilla Firefox

https://cjd.paedzi.de/uniulm/index.php

Pädzi Uni-Ulm


User: kleinrahm Logout

Auswahl

Info

- Pädzi
 - Teilnehmende
 - Media
 - Silhouetten
 - Smileys
 - Berichte
 - Einzelauswertung
 - Gruppenauswertung
 - Instrumente
 - Administration
 - Forum
 - News

Teilnehmer bearbeiten

 [Bild ändern](#)




Codename: Micky Maus Geburts-Datum: 01.02.1988 Geschlecht: M W








Leistungen:

- Berufsausbildung
- Berufsvorbereitung
- Förderlehrgang
- Sonstige
- Wohngruppe

Orte:


- Ambulanz
- Forschungshaus
- Haus B

Status	Nr	Instrument	Art	Start/Ende	Aktion
<input checked="" type="checkbox"/>	2	MAS	fremd	25.05.2007 25.05.2007	  
<input type="checkbox"/>	1	ILK	fremd	07.03.2007 07.03.2007	 
<input type="checkbox"/>	1	ILK	selbst	07.03.2007 07.03.2007	 

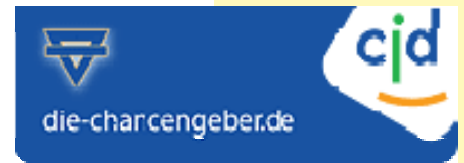
[Speichern](#) [Zurück](#)

Fertig cjd.paedzi.de





8 pädagogische Ziele



Kommunikationsfähigkeit

Umgang mit Konflikten/ Konfliktmanagement

Kritikfähigkeit

Verbindlichkeit/ Zuverlässigkeit/ Sich an Regeln halten

Selbständigkeit/ Autonomie (in lebenspraktischen Dingen)/
Verselbständigung

Verhalten in der Schule/ Ausbildung

Perspektive für die Zukunft entwickeln

Integration in Gruppen Gleichaltriger/ Aufbau von
Freundschaften

→ Alle Ziele sind durch die Formulierung der beiden
Extremwerte definiert: Was ist die schlimmste Ausprägung, was
der Idealzustand?





Soziale Kompetenzziele



Pädzi

User: kleinrahm Logout Uni-Ulm

1. Befragung Soziale Kompetenzziele für Klaus

Soziale Kompetenzziele

Im Folgenden sollen 8 pädagogische Ziele auf einer 7-stufigen Skala eingeschätzt werden:

1. Kommunikationsfähigkeit
2. Umgang mit Konflikten / Konfliktmanagement
3. Kritikfähigkeit
4. Verbindlichkeit / Zuverlässigkeit / Sich an Regeln halten
5. Selbständigkeit / Autonomie / Verselbständigung
6. Verhalten in der Schule / Ausbildung
7. Perspektive für die Zukunft entwickeln
8. Integration in Gruppen Gleichaltriger / Aufbau Freundschaften

Beenden OK weiter





Ergebnisdarstellung: Soziale Kompetenzziele

The screenshot shows the Pädzi web application interface. The browser window title is 'Pädzi - Mozilla Firefox' and the address bar shows 'https://www.cjd.paedzi.de/uni/ulm/index.php'. The page header includes 'Pädzi' and 'Uni-Ulm'. The main content area is titled 'Einzelauswertung für Micky Maus' and shows 'Erstbefragung vom 13.03.2007'. A radar chart displays the results for 'Micky Maus' across eight social competency axes. The chart has eight vertices, each representing a competency. The data points are connected by a pink line, and the area inside is shaded yellow. The axes are: Regelkonformes Verhalten (top), Konfliktfähigkeit (top-right), Zukunftsperspektive (right), Kommunikationsfähigkeit (bottom-right), Verhalten in Schule / Ausbildung (bottom), Kritikfähigkeit (bottom-left), Selbständigkeit (left), and Integration (top-left). A 'Drucken' button is visible at the bottom left of the chart area. The status bar at the bottom left says 'Fertig' and the bottom right shows 'www.cjd.paedzi.de'.





Fazit

Aspekte der Armut und Bedürftigkeit haben sich in den letzten 2 Jahrhunderten gewandelt

Nach wie vor gibt es aber in unserer Gesellschaft ca. **70 000 – 100 000 Kinder und Jugendliche welche vorübergehend oder auf Dauer stationärer Hilfen bedürfen**

Heimerziehung wird auch in Zukunft nicht überflüssig werden.

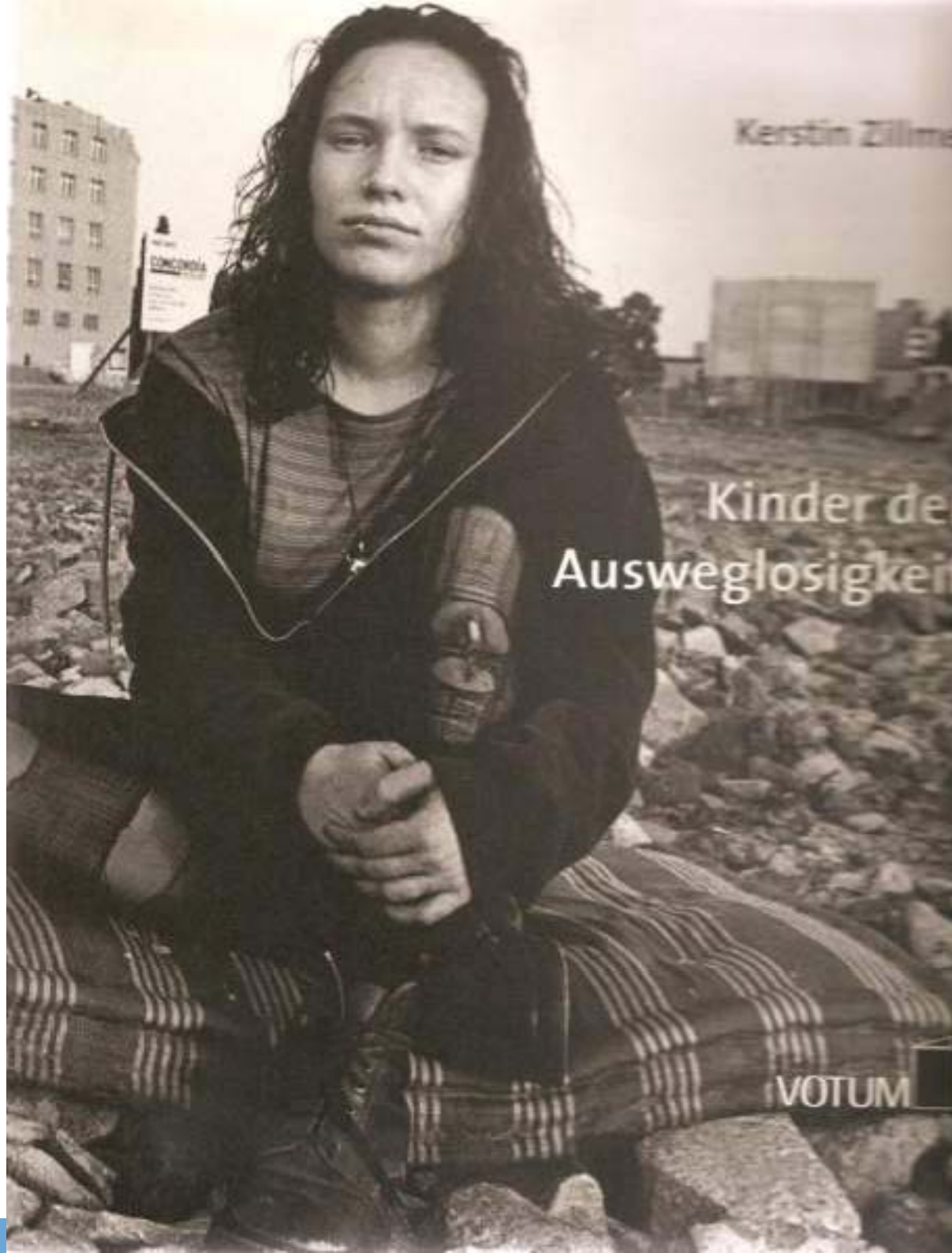
Selektionseffekte führen zu einer stärkeren psychiatrischen Belastung. KJP und die Jugendhilfe sollten sich deshalb noch intensiver der Bearbeitung ihrer Schnittstellen und zum Arbeitsbereich sowie zur Schule öffnen





Harald Duwe, Kind am Strand, Öl auf Leinwand, 1971/72









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

Die EMCCDA förderte eine Expertise zur indizierten
Prävention





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

Jugendhilfeeinrichtungen:

- St. Bonifatius, Lüneburg
- Kinderheim Forellenhof, Jesteburg
- Friedenshort, Tostedt
- Haus Aichhorn, Dornhan
- Ravensburger Jugendhilfeverein e.V., Weingarten
- Rupert-Mayer-Haus, Göppingen
- Kinderheim Graf, Ellwangen
- Haus am Fels, Blaubeuren
- Kinderzentrum Augsburg
- Haus Nazareth, Sigmaringen
- Oberlinhaus Ulm
- Wilhelmspflege, Stuttgart
- Paulinenpflege, Kirchheim
- Kleingartacher e.V., Eppingen
- Sonnenhof, Schwäbisch Gmünd

Dank an alle Beteiligten!

- St. Kilian, Walldürn
- Verein für Jugendhilfe, Böblingen
- Albert-Schweitzer-Kinderdorf, Waldenburg
- St. Anna, Leutkirch
- St. Clara, Gundelfingen
- Guter Hirte e.V., Ulm
- St. Josef, Heudorf
- St. Konradihaus, Schelklingen
- Martinshaus, Kleintobel
- Hoffmannhaus, Wilhelmsdorf
- Linzgau Kinder- und Jugendheim, Überlingen

**und vor allem allen
beteiligten Kindern
und Jugendlichen!!!**





**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

