



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





Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

# „Zukunft heute – warum Jugendhilfe und Gesundheit nicht ohne Vernetzung auskommen“

*Fachtagung „Quo vadis, Jugendhilfe“ am 5.10.2007 in Pforzheim*

Jörg M. Fegert, Ulm





1. Ausgangslage und Ausgangsvoraussetzungen
2. Grundlegende Begriffe und Definitionen zur Teilhabe, dem §35a KJHG und der Teilhabebeeinträchtigung
3. International eingeführte Instrumente zur Erfassung von Aspekten der Teilhabebeeinträchtigung
4. Modulentwicklung
5. Hilfsmöglichkeiten
6. Generelle Schlussfolgerungen



## Veränderte Systeme:

weniger Kinder vor allem in der gut  
ausgebildeten Mittelschicht

höherer Anteil von Kindern mit  
Migrationshintergrund

weniger Kinder im Umfeld,

weniger Gleichaltrige im Wohngebiet,

mehr organisierte Freizeit

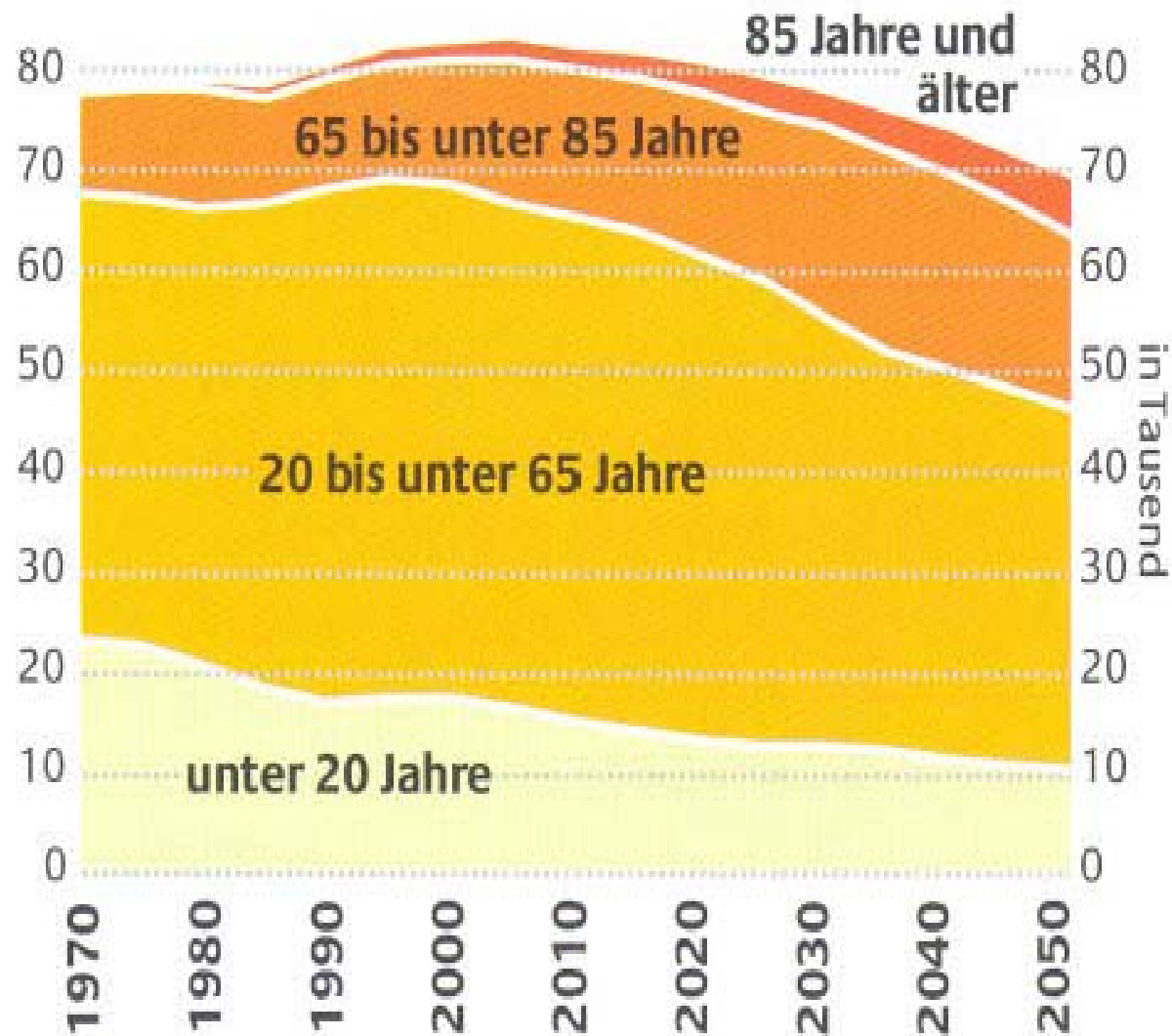
(Eltern als Taxifahrer:

Zeitbudgets)





# Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland bis 2050



Quelle: 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung, Variante 1-W1, Basis 2005, DESTATIS 2006





## Bedeutung von Familienbeziehungen

Bella Studie (Ravens - Sieberer 2006) und  
RKI Survey KIGGS (2006, 2007  
[www.kiggs.de](http://www.kiggs.de) ) bestätigen englische  
Befunde:

**21,9% der Kinder und Jugendlichen zeigen  
Hinweise auf psychische Störungen oder  
Suchtverhalten**

doppeltes Risiko bei Alleinerziehen(OR:2,09)

aktuelle Familienkonflikte(OR: 4,97)

Risiko für psychische Erkrankung steigt mit mehreren  
Belastungen bei 3 Risiken 30,7%

bei 4 Risiken 47,7% aller betroffener Kinder



## **Schätzungsweise 5% aller Kinder** wachsen in Verhältnissen auf in denen ein **Risiko für Vernachlässigung** besteht d.h. ca. 30 000 Kinder jedes Geburtsjahrgangs

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.4640.5168.5232.5233>

Esser und Weinel (1990) schätzen, dass etwa 5-10% aller in Deutschland lebenden Kinder von Vernachlässigung betroffen sind.

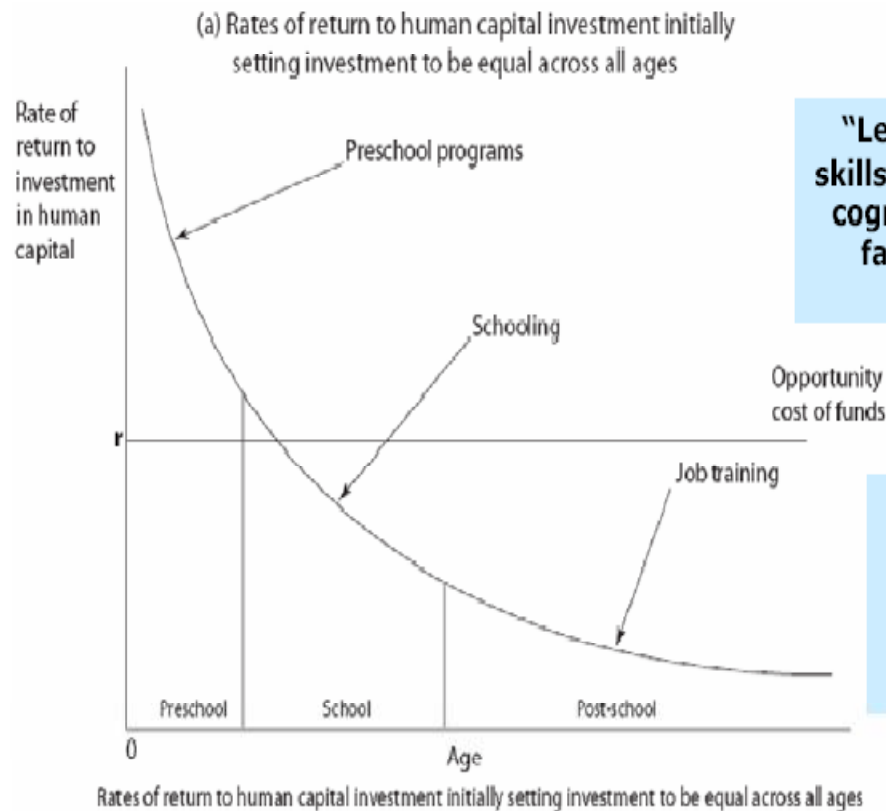
*„Wie viele Kinder in der Bundesrepublik von Vernachlässigung betroffen sind, lässt sich nur schwer ermitteln. Als Untergrenze wird geschätzt, dass mindestens 50.000 Kinder unter erheblicher Vernachlässigung leiden, nach oben hin schwanken die Zahlen von 250.000 bis 500.000.“*

(Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales & Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Niedersachsen e.V., 2002)



## CabinetOffice

### Prime Minister's Strategy Unit



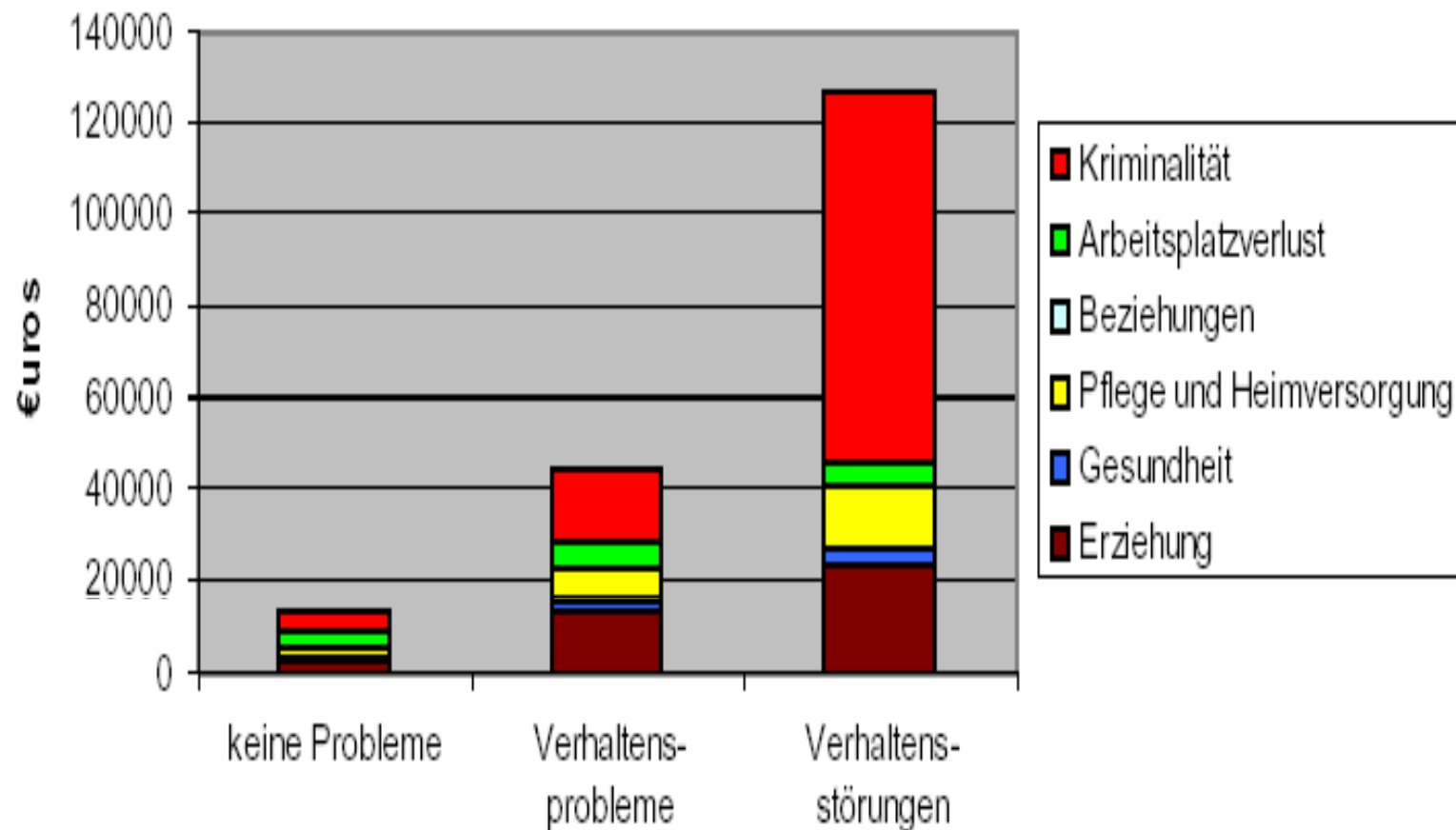
**"Learning begets learning; skills (both cognitive and non-cognitive) acquired early on facilitate later learning"**

Heckman (2005)

**"If the race is already halfway run even before children begin school, then we clearly need to examine what happens in the earliest years"**

(Esping-Anderson, 2004)

# 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.



## Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Fallgestaltung

Modernes Case Management ist nur in der  
Zusammenarbeit möglich

Wichtigste Partner sind

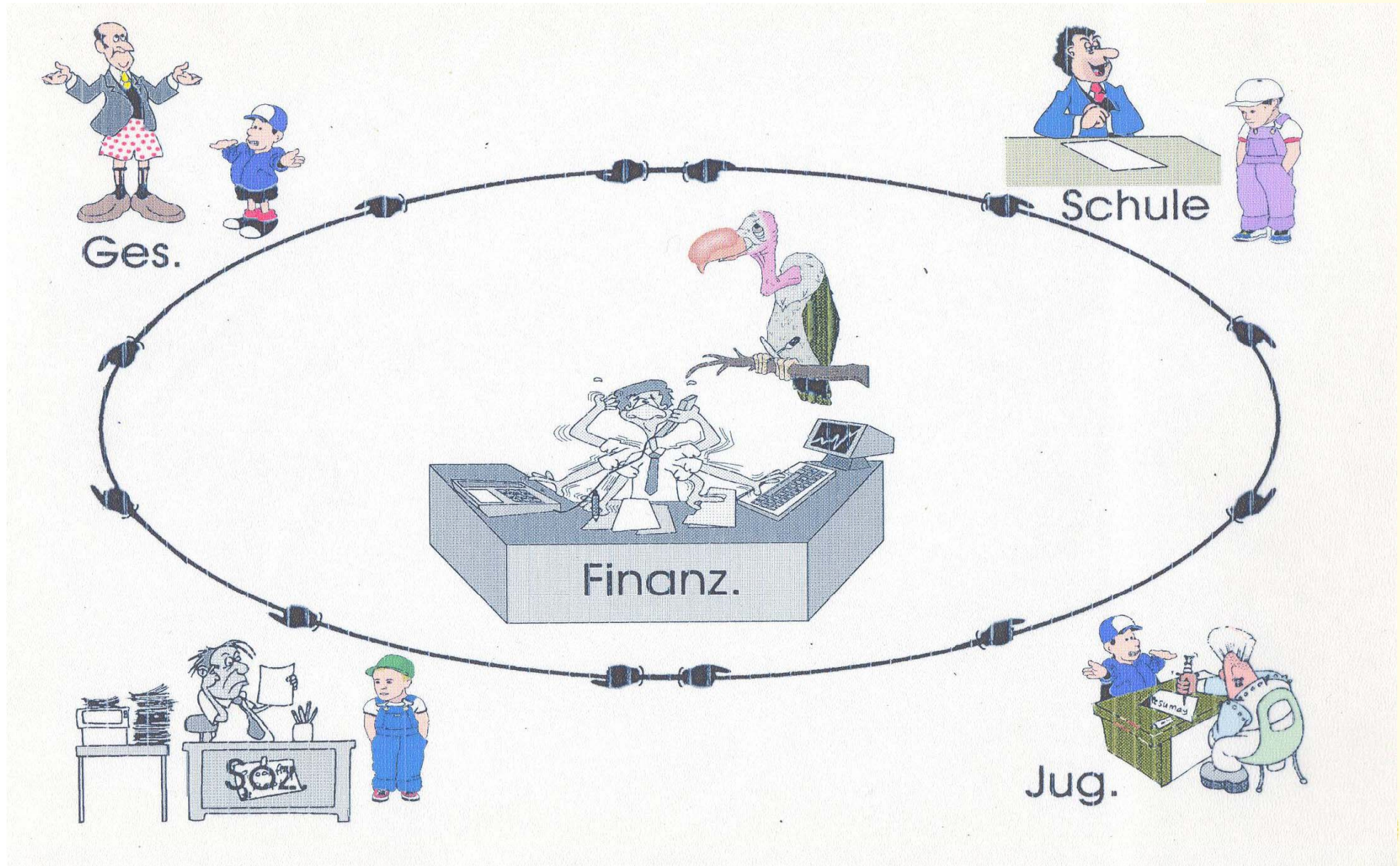
- Kinderärzte und niedergelassene Kinder- und  
Jugendpsychiater
- Jugendhilfe
- ÖGD
- Schule
- Integration in Arbeit



## Kooperationsprobleme

Probleme bei der Kooperation zwischen Disziplinen

- Unterschiedliche Fallbewertung und fachliche Sichtweisen
- Unterschiedliche Sprache und Definition
- Misstrauen an Systemgrenzen und systematische Neubearbeitung jedes Falles
- Delegationsketten
- Gerangel um „Federführung“
- Intransparent geteilte Verantwortung
- Weiterschieben von Kosten und widersprüchliche Beratung





## 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  
biologisch  
vgl. Memorandum zur  
Verbesserung der  
Forschungsleistung...

Hebebrand et al. 2006





Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm





## Multidisziplinäre Wurzeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Vorgeschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Fegert 1986)

- Im 18. Jh. (insbesondere Französische Revolution 1789 – 1799)  
Entdeckung der Kindheit (vgl. Ariès und DeMause).

Wichtige Wurzeln der Kinderpsychiatrie nach Fegert 1986:

- Entwicklungsgedanke
  - Deskriptive Entwicklungspsychopathologie (z. B. Tiedemann)
  - Introspektive Entwicklungspsychopathologie (Moritz, Anton Reiser)
- Sensualismus: Kompensation von Defiziten durch Ressourcen, Trainingsmethoden
- Medizinische Polizey
- Erziehung und Schule (auch als Experiment, z. B. Itard)
- Medizin
- Ökonomie



Dietrich Tiedemann (1748 - 1803):  
Philosoph, leitete Studium der  
Verhaltensentwicklung aufgrund  
konkreter Beobachtung ein. Führt  
Tagebuch über Entwicklung seines  
Sohnes,  
1787 "Beobachtungen über die  
Entwicklung der Seelenfähigkeit  
bei Kindern".





Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm



# Karl Philipp Moritz Anton Reiser

Ein psychologischer Roman  
Herausgegeben von Horst Günther  
insel taschenbuch





## Multidisziplinäre Wurzeln

Medizinische Mutterdisziplinen **Psychiatrie und Kinderheilkunde**.

Erster Lehrtext von Emminghaus 1887 im Handbuch der Kinderheilkunde (1).

Beginn mit deskriptiver Nosologie und Klassifikation

Kinderpsychotherapie zu Beginn häufig Laienbehandlung durch Pädagogen

Behandlung und Betreuung geistig behinderter Menschen häufig in kirchlichen Einrichtungen (Wurzeln der Sozialpsychiatrie in der christlichen Armen- und Irrenpflege des Mittelalters)

Beginn moderner Psychopharmakotherapie, Amphetamine im 19. Jh. synthetisiert. (Bradley Benzedrin 1937)

(1) Emminghaus, H., *Psychische Störungen des Kindesalters*, in *Handbuch der Kinderkrankheiten*, C. Gerhardt, Editor. 1887, Laupp: Tübingen. p. 1 - 294



# HERMANN EMMINGHAUS PREIS



AUSSCHREIBUNG

BISHERIGE PREISTRÄGER

CURRICULUM

## STARTSEITE

Alle zwei Jahre wird der **Hermann Emminghaus-Preis** an Forscher aus dem In- und Ausland verliehen.

Der Preis ist nach **Hermann Emminghaus (1845-1904)** - einem Pionier der deutschsprachigen Kinder- und Jugendpsychiatrie - benannt.

### Das Kuratorium

- ◆ Prof. Dr. med. Dr. Martin. H. Schmidt, Mannheim
- ◆ Prof. Dr. med. Götz. E. Trott, Würzburg
- ◆ Prof. Dr. med. Gerd Lehmkuhl, Köln
- ◆ Prof. Dr. med. Fritz Poustka, Frankfurt
- ◆ Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf. W. Dittmann, Bad Homburg
- ◆ A. Kohler, Bad Homburg
- ◆ Vorsitzender der "Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie":  
Prof. Dr. med. M. Schulte-Markwort, Hamburg

### Der Vorsitzende des Kuratoriums:

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.  
Martin H. Schmidt  
c/o Zentralinstitut für Seelische  
Gesundheit  
Postfach 12 21 20  
68072 Mannheim

Lilly ist nicht für den  
Inhalt dieser Webseite  
verantwortlich.





## Kinderpsychiatrie von innen : pluridisziplinär und interdisziplinär

Nach PsychPV arbeiten in der Kinderpsychiatrie folgende Berufsgruppen zusammen:

- **Ärzte**
- **Psychologen**
- **Pädagogen**
- **Sozialpädagogen**
- **Sonderpädagogen**
- **Sozialarbeiter**
- **Ergotherapeuten**
- **Musiktherapeuten**
- **Kunsttherapeuten**
- **Krankengymnasten und Bewegungstherapeuten**
- **andere Kreativtherapeuten**
- **sowie im Pflege- und Erziehungsdienst, Krankenpflegeberufe, Heilerziehungspfleger und Erzieher**

Außerhalb PsychPV

- Hausmeister, Verwaltung etc.
- Lehrer in der Klinikschule



Novellierung des Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz (KJHG) durch das Kinder- und Jugendhilfe-Fortentwicklungsgesetz (KICK) durch den Gesetzgeber im Sommer 2005.

Dabei **Änderung des §35a, Hilfen für seelisch kranke Kinder und Jugendliche.**

- **Präzisierung, wer ist zur Feststellung der Eingangsvoraussetzung geeignet:**
  - Primär Fachärzte und speziell ausgebildete Psychotherapeuten
  - Kompromissformulierung aufgrund Versorgungsrealität: Arzt mit besonderer Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen kann Eingangsvoraussetzung feststellen
- **Der Feststellende der Eingangsvoraussetzungen darf nicht mehr zugleich Anbieter der Hilfe sein.**



Novellierung arbeitet explizit die **Zweigliedrigkeit der Norm** heraus:

1. **Eingangsvoraussetzungen werden ärztlich, bzw. psychotherapeutisch festgestellt.**
2. **Teilhabebeeinträchtigung** am sozialen Leben, bzw. **Hilfebedarf** zur Behebung derselben **wird unter Federführung des zuständigen Jugendamts erhoben und definiert.**



1. Ausgangslage und Ausgangsvoraussetzungen
2. Grundlegende Begriffe und Definitionen zur Teilhabe, dem §35a KJHG und der Teilhabebeeinträchtigung
3. International eingeführte Instrumente zur Erfassung von Aspekten der Teilhabebeeinträchtigung
4. Modulentwicklung
5. Hilfsmöglichkeiten
6. Generelle Schlussfolgerungen



## 2.1. Beeinträchtigung der Teilhabe (Abs.1 Nr.2). a) Begriff.

Teilhabe bedeutet die aktive und selbst bestimmte Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens (VG Sigmaringen unter Vereins auf Stähler/Wimmer, NZS 2002, 570). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Kinder und Jugendliche je nach Alter und Entwicklungsstand erst graduell zur Selbstbestimmung fähig sind, die Hinführung zu Selbstbestimmung und Eigenverantwortung vielmehr Teil des Erziehungsauftrags ist (§ 1 Abs.1).

Die Teilhabebeeinträchtigung (Integrationsrisiko) kann sich auf alle Lebensbereiche erstrecken. Ein zentraler Lebensbereich für Kinder und Jugendliche ist neben der Familie und dem sozialen Umfeld die Schule. Vor dem Hintergrund der Kostenfolgen wird gegenwärtig heftig gestritten, welche Anforderungen an die Teilhabebeeinträchtigung erfüllt sein müssen, um eine Leistungspflicht nach § 35a auszulösen.



## 2.1. Beeinträchtigung der Teilhabe (Abs.1 Nr.2). a) Begriff.

So ist umstritten, ob die gesellschaftlichen Nachteile einer weniger erfolgreichen Absolvierung der Schulzeit mit der Gefahr, Nachteile bei der Suche nach einem Arbeitsplatz zu erleiden, für sich alleine den Tatbestand des Abs.1 Nr.2 erfüllen (bejahend VG\_Düsseldorf – 19 K 8067/ 01 – juris; verneinend VG Sigmaringen JAmt 2005, 2469; restriktiv auch BVerwG FEVS 49, 488, 489, VG Oldenburg ZJJ 2003, 419; kritisch gegenüber einer restriktiven Auslegung von § 35 a durch die Gerichte Mrozynski § 35 a Rn. 6 ff.).

Die in den meisten Bundesländern unzureichend ausgestaltete Verantwortung der Schule für eine angemessene Förderung aller Kinder kann nicht auf deren Rücken ausgetragen werden. Daher müssen die Jugendbehörden auf allen Ebenen zusammen mit den kommunalen Spitzenverbänden den politischen Druck auf die Kultusverwaltungen erhöhen.





## 2.2. Eigenständige Beurteilung der Fachkräfte im JA

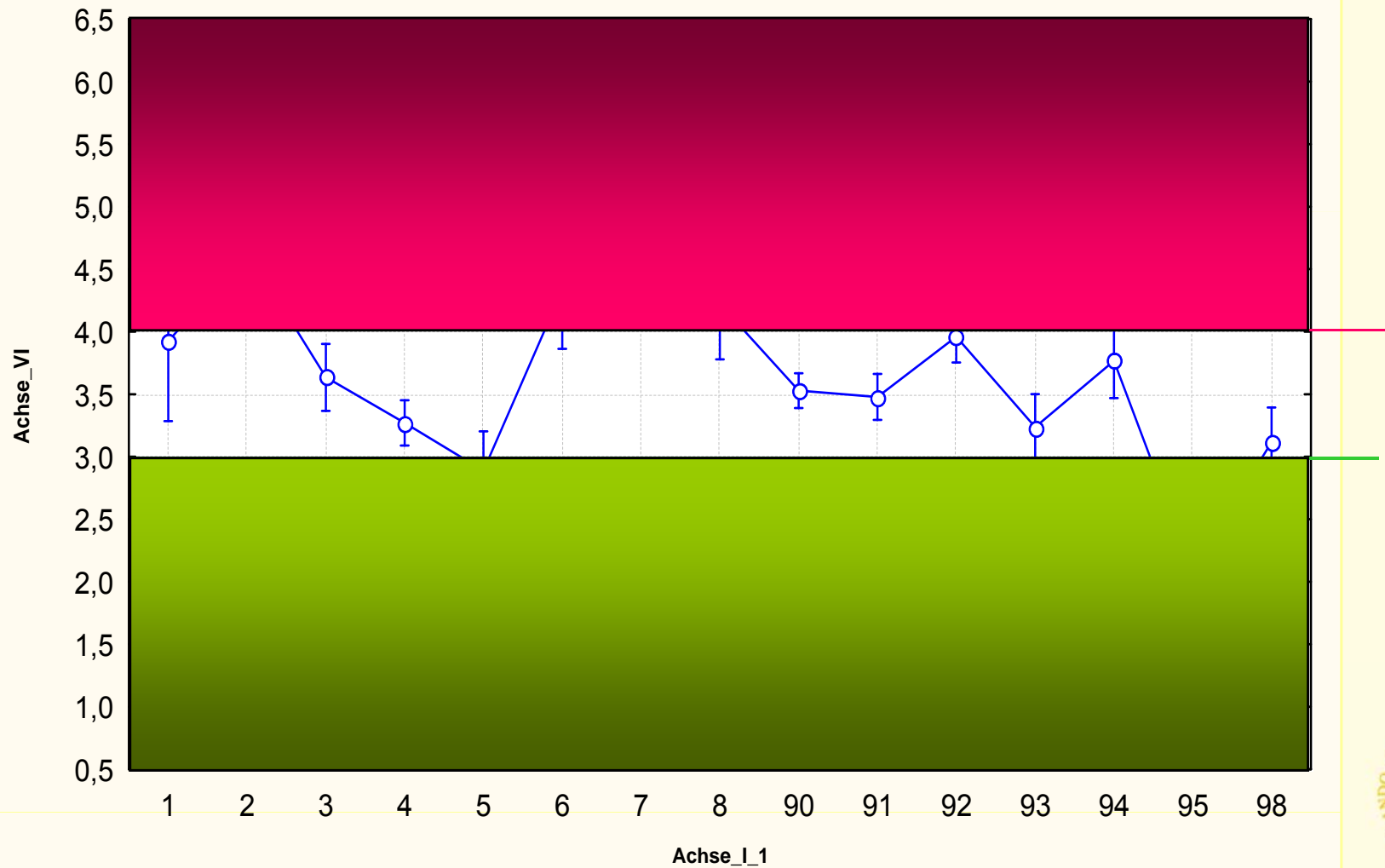
Es reicht also für eine Leistungsbewilligung nicht aus, dass ein (Fach-) Arzt bzw. Psychotherapeut nach Abs.1 a die Grundvoraussetzung – also eine Abweichung des Zustandes der seelischen Gesundheit, die mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate dauern wird – feststellt, sondern auf dieser Basis muss dann die soziale Beeinträchtigung der Eingliederung – insbesondere in Schule, Gleichaltrigengruppe etc. – beschrieben werden, welche sich aus der nach ICD-10 klassifizierten Problematik ergibt.





Achse\_I\_1; KQ-Mitt.

Aktueller Effekt:  $F(14, 1140)=9,2083, p=0,0000$   
Typ VI Dekomposition (Effektive Hypothese)  
Vertikale Balken bedeuten 0,95 Konfidenzintervalle





## 2.3. Verständnis der WHO

Da der Begriff der Teilhabebeeinträchtigung auf die International Classification of Functioning zurückzuführen ist (d.h. die internationale Klassifikation des Zurechtkommens, welche aus der internationalen Klassifikation von Behinderungen und Handicaps der Weltgesundheitsorganisation hervorgegangen ist), sollte beim Versuch einer Definition der Teilhabebeeinträchtigung die dort zu Grunde liegende Denkweise Berücksichtigung finden.

Die WHO unterscheidet hier die Ebene der **Körperfunktionen und Strukturen** und das **Aktivitätsniveau** und trennt diese beiden behinderungsrelevanten Aspekte vom Aspekt der Teilhabe (Participation) ab. Schließlich berücksichtigt sie kontextuelle Faktoren die im positiven Sinne als unterstützende Faktoren, Erleichterer, oder in der WHO Sprache als **Fascilitatoren**, wirken können oder aber im negativen Sinne Barrieren und Hinderungsgründe die eine Teilhabe verhindern.



## 2.5 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	



1. Ausgangslage und Ausgangsvoraussetzungen
2. Grundlegende Begriffe und Definitionen zur Teilhabe, dem §35a KJHG und der Teilhabebeeinträchtigung
3. International eingeführte Instrumente zur Erfassung von Aspekten der Teilhabebeeinträchtigung
4. Modulentwicklung
5. Hilfsmöglichkeiten
6. Generelle Schlussfolgerungen



- 3.1. The Brief Impairment Scale (BIS)
- 3.2. HoNOSCA-I (HON)
- 3.3. The Caregiver Strain Questionnaire (CGSQ)
- 3.4. The Columbia Impairment Scale (CIS)
- 3.5. Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD)
- 3.6. Elterneinschätzungsskala (PGAS) und  
Jugendlichenskalen (YGAS)
- 3.7. Children's Global Assessment Scale (CGAS)
- 3.8. Global Assessment Functioning Scale (GAF)
- 3.9. Child & Adolescent Measures of Functional Status  
(CAFAS)



1. Ausgangslage und Ausgangsvoraussetzungen
2. Grundlegende Begriffe und Definitionen zur Teilhabe, dem §35a KJHG und der Teilhabebeeinträchtigung
3. International eingeführte Instrumente zur Erfassung von Aspekten der Teilhabebeeinträchtigung
4. **Modulentwicklung**
5. Hilfsmöglichkeiten
6. Generelle Schlussfolgerungen



## Generelle Aspekte für die Hilfeplanung wenn Medizin und Jugendhilfe involviert sind

Im diagnostischen Prozess unbedingt zu erfassende, bzw. 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



## Einbeziehung der „subjektiven“ Sicht

Großen Wert legten die Teilnehmer darauf, dass die **unterschiedlichen Sichtweisen** der Betroffenen, also von Eltern und Kind, aber auch weitere Beteiligte bereits bisher in die Erhebung des Ausmaßes der Beeinträchtigung einbezogen werden.

Zwei Standpunkte:

- Die derzeitige Praxis: die sozialpädagogische Diagnostik (Gespräche, Hausbesuche etc.) erfülle bereits den Anspruch auch die subjektive Sicht einzubeziehen.
- Eine systematisierte Einbeziehung der unterschiedlichen Sichtweisen findet bisher nicht statt, allerdings würden die Betroffenen am Hilfeplan beteiligt.

Hier besteht eine sehr große Variabilität

- zwischen den Ämtern, aber auch eine
- interindividuelle Variabilität innerhalb eines Amtes



## Analysebereiche

**Sieben relevante Analysebereiche, die für ein  
Feststellungsraster obligat sind:**

- Persönlichkeit
- Familie
- Kindertagesstätte
- Schule
- Arbeit
- Freizeit
- Sozialraum



## Indikatoren

1. **Sozioökonomische Lebenslage** mit den Bereichen Sozialräumliche Voraussetzungen (z.B. soziales Umfeld) und den ökonomischen Voraussetzungen.
2. **Integration** mit den Bereichen Teilnahme am sozialen Leben (z.B. durch Wahrnehmung von Hobbies) – Nutzung von Förder- und Hilfemöglichkeiten.
3. **Beziehungsqualitäten** mit Stabilität bzw. Konstanz in Beziehungen zu Familienangehörigen und der Peergroup
4. **Kompetenzen** mit Selbstkompetenzen (z.B. Selbstfürsorge und Selbstpflege) und Soziale Kompetenzen.
5. **Leistung** mit Schul- und Arbeitsverhalten



## Indikatoren – Einteilung

### **Individuelle Voraussetzungen:**

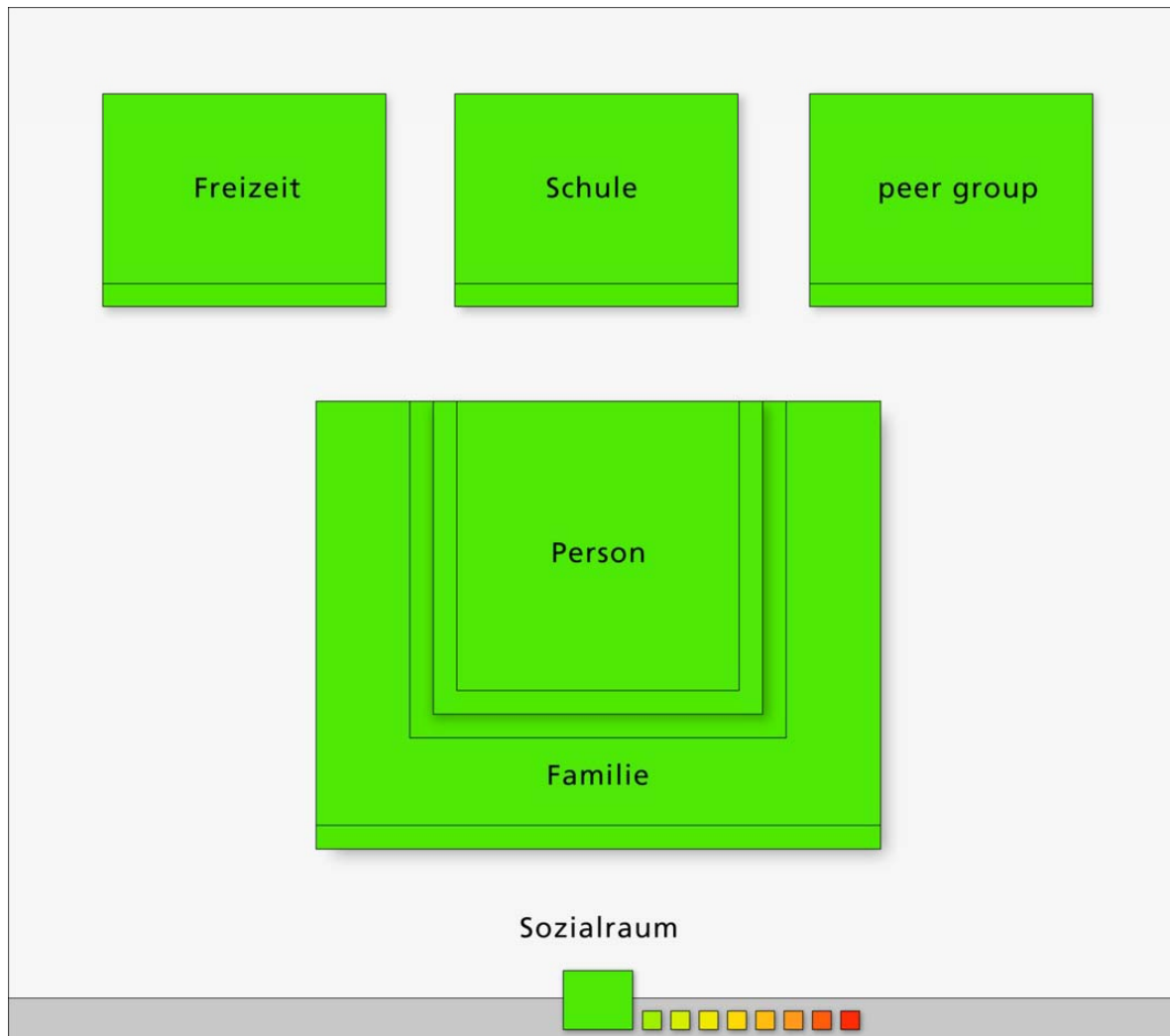
- soziale Lebenslage
- Selbstpflegekompetenzen
- Kompetenzen der Familie
- Leistungsfunktionen des Kindes / Jugendlichen
- Leistungsfunktionen der Familie

### **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

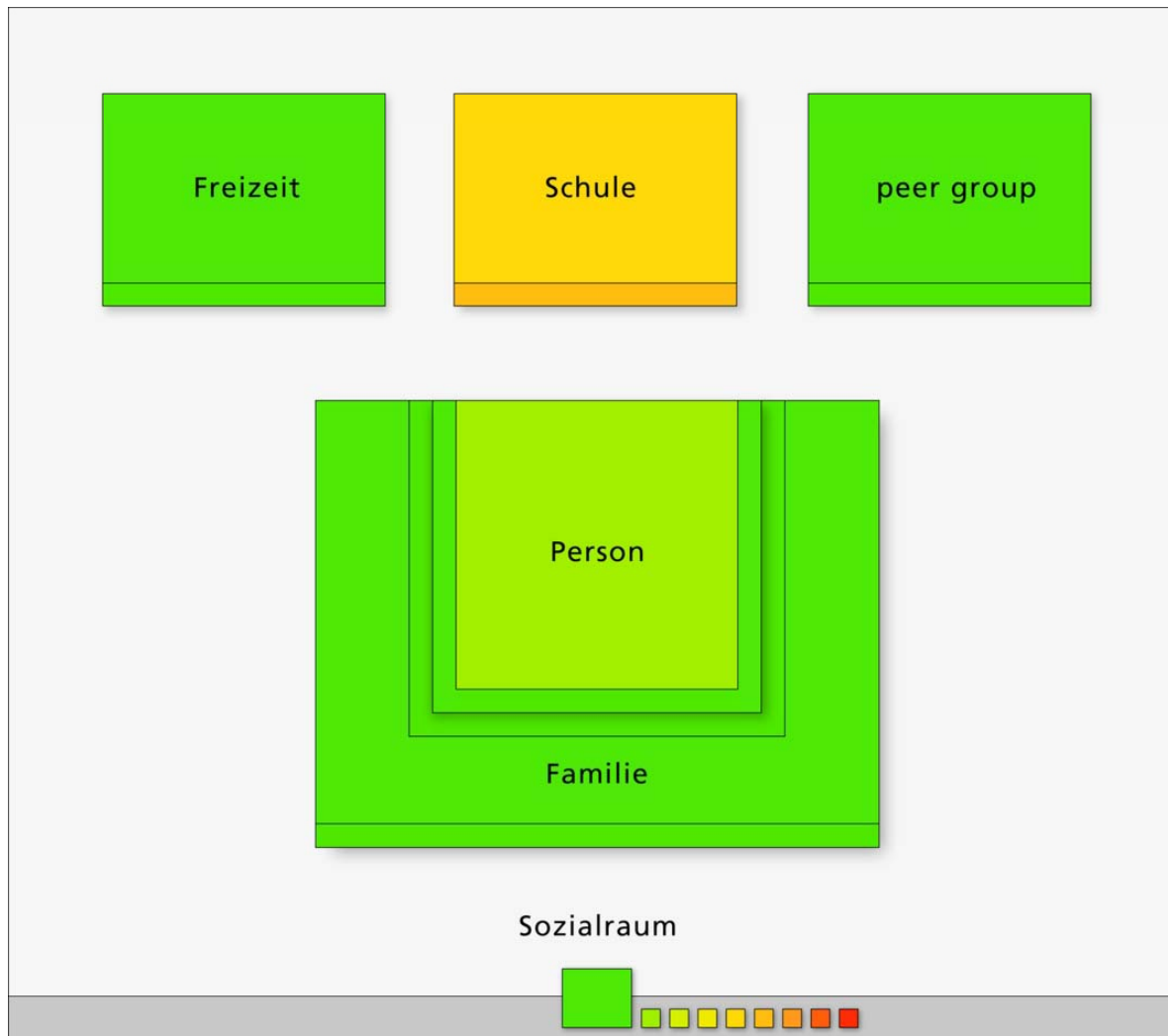


## Modell eines visualisierten Erfassungsrasters



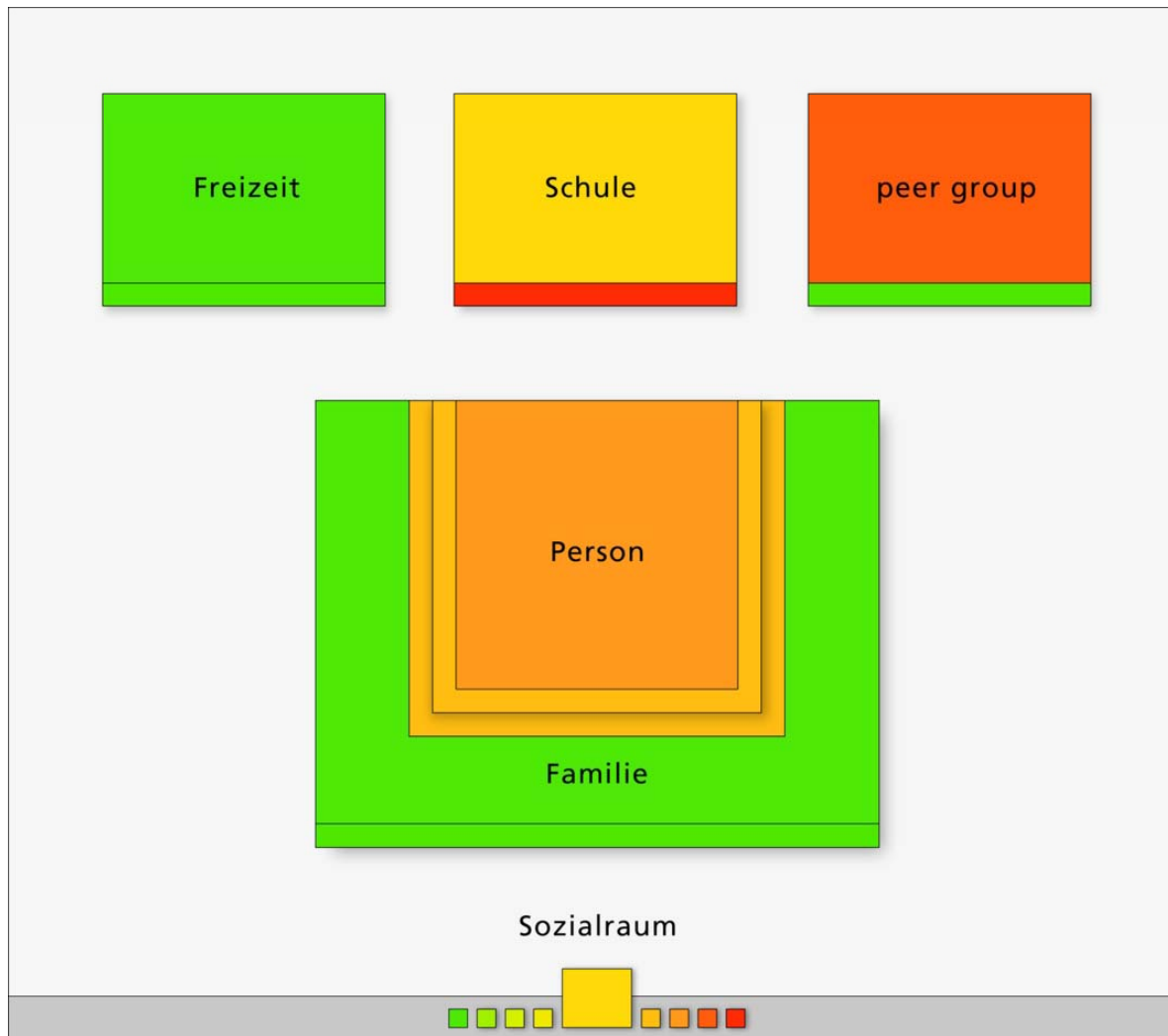


## Modell eines visualisierten Erfassungsrasters





## Modell eines visualisierten Erfassungsrasters





1. Ausgangslage und Ausgangsvoraussetzungen
2. Grundlegende Begriffe und Definitionen zur Teilhabe, dem §35a KJHG und der Teilhabebeeinträchtigung
3. International eingeführte Instrumente zur Erfassung von Aspekten der Teilhabebeeinträchtigung
4. Modulentwicklung
5. **Hilfsmöglichkeiten**
6. Generelle Schlussfolgerungen



Hilfen müssen an den spezifisch beeinträchtigten Funktionsbereichen ansetzen und dazu führen, dass eine Verbesserung der Teilhabemöglichkeit erreicht wird. Wichtig deshalb individuelle Zielplanung und Überprüfung der Zielerreichung (siehe PÄDZI-Instrument entwickelt für das CJD)

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?





## Zielverhalten

- 1 = ist nicht erreicht bzw. tritt so gut wie nie auf (es gibt noch massive Probleme beim Ausführen der Zielverhaltensweise)
- 2 = ist zu einem geringen Anteil erreicht, bzw. das Zielverhalten tritt selten auf (es gibt noch deutliche Probleme beim Ausführen der Zielverhaltensweise)
- 3 = ist ein wenig/ etwas erreicht, bzw. der/ die Jugendliche zeigte manchmal das Zielverhalten
- 4 = ist teilweise erreicht, bzw. der/ die Jugendliche zeigte öfter das Zielverhalten
- 5 = ist weitgehend erreicht, bzw. der/ die Jugendliche zeigt häufig das Zielverhalten
- 6 = ist fast vollständig erreicht, bzw. meistens zeigt der/ die Jugendliche das Zielverhalten
- 7 = das Zielverhalten wird vollständig erreicht bzw. der/ die Jugendliche zeigt immer das Zielverhalten





1 2 3 4 5 6 7

3 - 5 relevante, selbst formulierte Ziele

mindestens ein Ziel: Stärke/ Ressource





### *Unterschiede in PädZi IST-Scores zwischen t1 und t2*

<b>Pädagogische Ziele</b>	<b>M (t1)</b>	<b>M (t2)</b>	<b>r(t1,t2)</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>Effektstärke</b>
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*

<b>Skala</b>	<b>M (t1)</b>	<b>M (t2)</b>	<b>r(t1,t2)</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>Effektstärke</b>
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





***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





Pädzi - Netscape

File Edit View Go Bookmarks Extras Window Help

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

Suchen

Home eMail Anfang My Netscape.de Suche Lesezeichen

Pädzi

Auswahl

Info

- Pädzi
    - Teilnehmende**
    - Media
    - Berichte
      - Einzelauswertung
      - Gruppenauswertung
    - Instrumente
    - Forum
    - News

Teilnehmer bearbeiten



**Codename:**

**Geburts-Datum:**

**Geschlecht:**  M  W

**Leistungen:**

- Berufsausbildung
- Folkos
- Förderlehrgang
- noch ein
- ...

**Orte:**

- Haus B
- Haus C

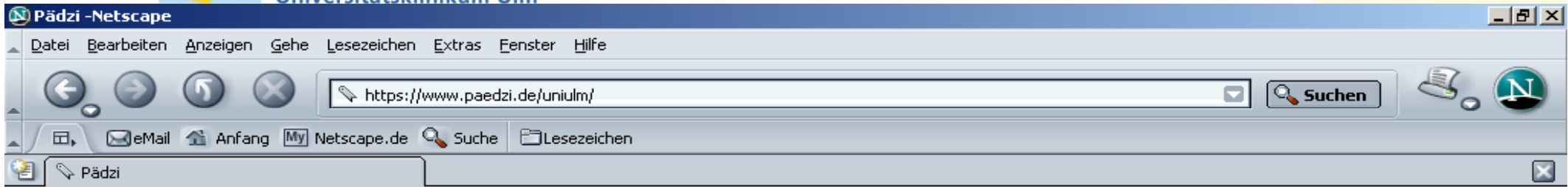




[Bild ändern](#)

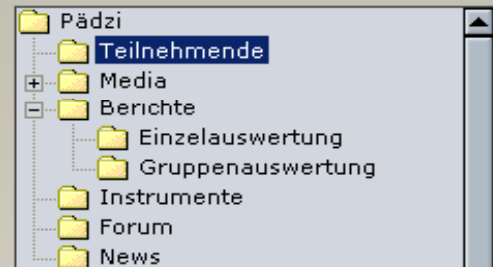
Status	Nr	Instrument	Art	Start/Ende	Aktion
<input checked="" type="checkbox"/>	1	BADO1	kooperativ	20.10.2006 20.10.2006	
<input type="checkbox"/>		CBCL	fremd		
<input type="checkbox"/>		YSR	selbst		
<input checked="" type="checkbox"/>	2	Soziale Kompetenzziele	kooperativ	20.10.2006 20.10.2006	

[Speichern](#) [Zurück](#)



## Auswahl

Info



## 1. Befragung MAS für Klaus

### Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

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

Beenden

OK weiter



**Fremdeinschätzung**

**Selbsteinschätzung**

5 = sehr schlecht	sehr gut = 1	<b>Zurechtkommen mit</b>	1 = sehr gut	sehr schlecht = 5
3		Alltagsaufgaben		3
2		Alleinbeschäftigung		2
1		Gleichaltrigen	1	
0		zuverl. z. Arbeit	0	
1		zuverl. z. Schule		3
2		Anford. Schule / Ausb.		3
5 = sehr schlecht	sehr gut = 1	<b>Beziehung zu</b>	1 = sehr gut	sehr schlecht = 5
0		Arbeitskollegen	0	
1		Mitschülern		2
1		Mitbewohnern		1
0		Ausbildern	0	
2		Lehrern		2
1		Pädagogen		1
1		Familienmitgl.		1
5 = sehr schlecht	sehr gut = 1	<b>Gesundheit</b>	1 = sehr gut	sehr schlecht = 5
2		seelisch		1
2		körperlich		1
5 = sehr schlecht	sehr gut = 1	<b>Lebensqualität</b>	1 = sehr gut	sehr schlecht = 5
2		Gesamt		2





Pädzi - Netscape

File Bearbeiten Anzeigen Gehe Lesezeichen Extras Fenster Hilfe

https://www.paedzi.de/uniulm/index.php Suchen

eMail Anfang My Netscape.de Suche Lesezeichen

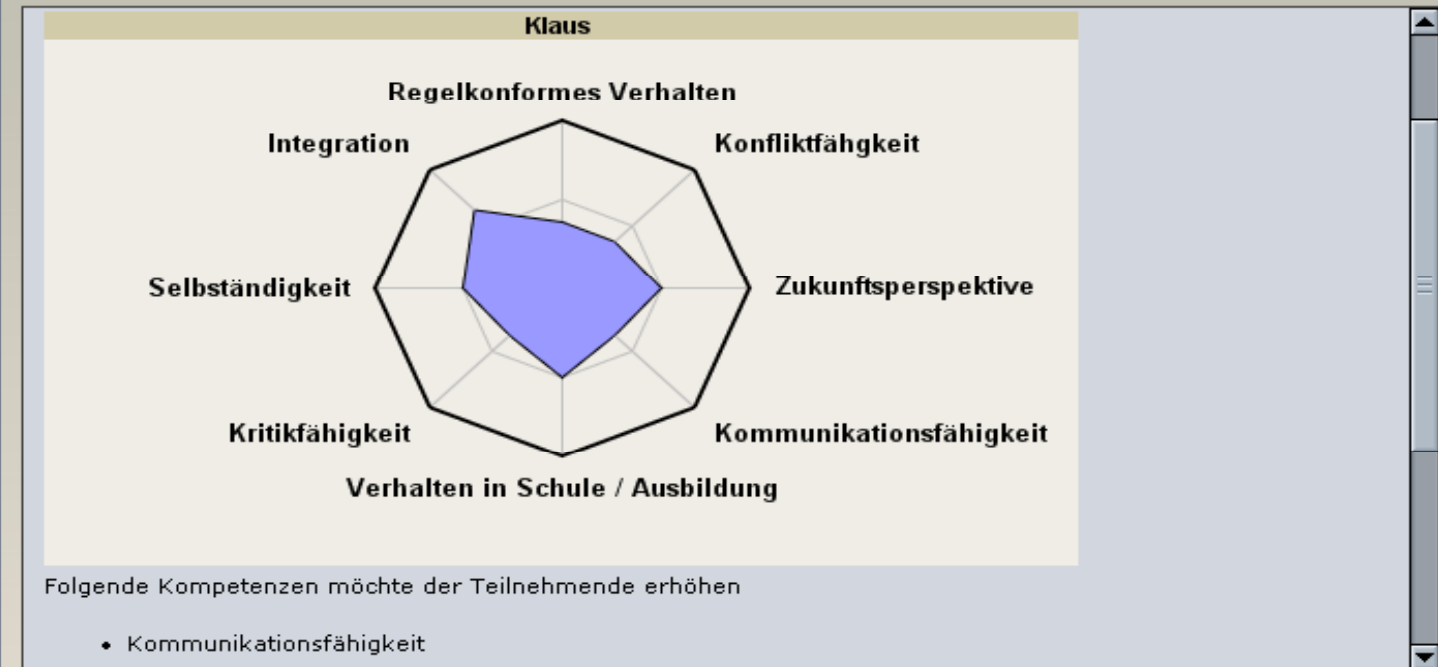
Pädzi

## Auswahl

Info

- Pädzi
  - **Teilnehmende**
  - Media
  - Berichte
    - Einzelauswertung
    - Gruppenauswertung
  - Instrumente
  - Forum
  - News

## ▼ Soziale Kompetenzziele Ergebnis für Klaus



Zurück



Pädzi - Netscape

File Edit View Go Bookmarks Extras Window Help

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

Suchen

Home eMail Anfang My Netscape.de Suche Lesezeichen

Pädzi

Auswahl

Info

- Pädzi
    - Teilnehmende
    - Media
    - Berichte
      - Einzelauswertung
      - Gruppenauswertung
    - Instrumente
    - Forum
    - News

Teilnehmer bearbeiten

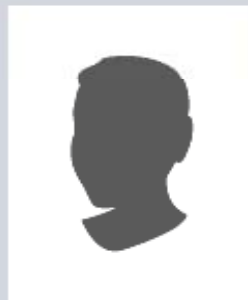


Bild ändern

Codename: Geburts-Datum: Geschlecht:

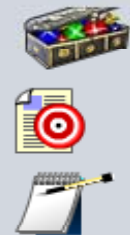
Klaus 21.05.1990  M  W

Leistungen:

- Berufsausbildung
- Folkos
- Förderlehrgang
- noch ein
- ...

Orte:

- Haus B
- Haus C



Status	Nr	Instrument	Art	Start/Ende	Aktion
<input checked="" type="checkbox"/>	1	BADO1	kooperativ	20.10.2006 20.10.2006	▶ 🔍 ⓘ
<input type="checkbox"/>		CBCL	fremd		▶ ⓘ
<input type="checkbox"/>		YSR	selbst		▶ ⓘ
<input checked="" type="checkbox"/>	2	Soziale Kompetenzziele	kooperativ	20.10.2006 20.10.2006	▶ 🔍 ⓘ

Speichern Zurück



in Deutschland ca. 62.000 Kinder und Jugendliche  
in stationärer Jugendhilfe

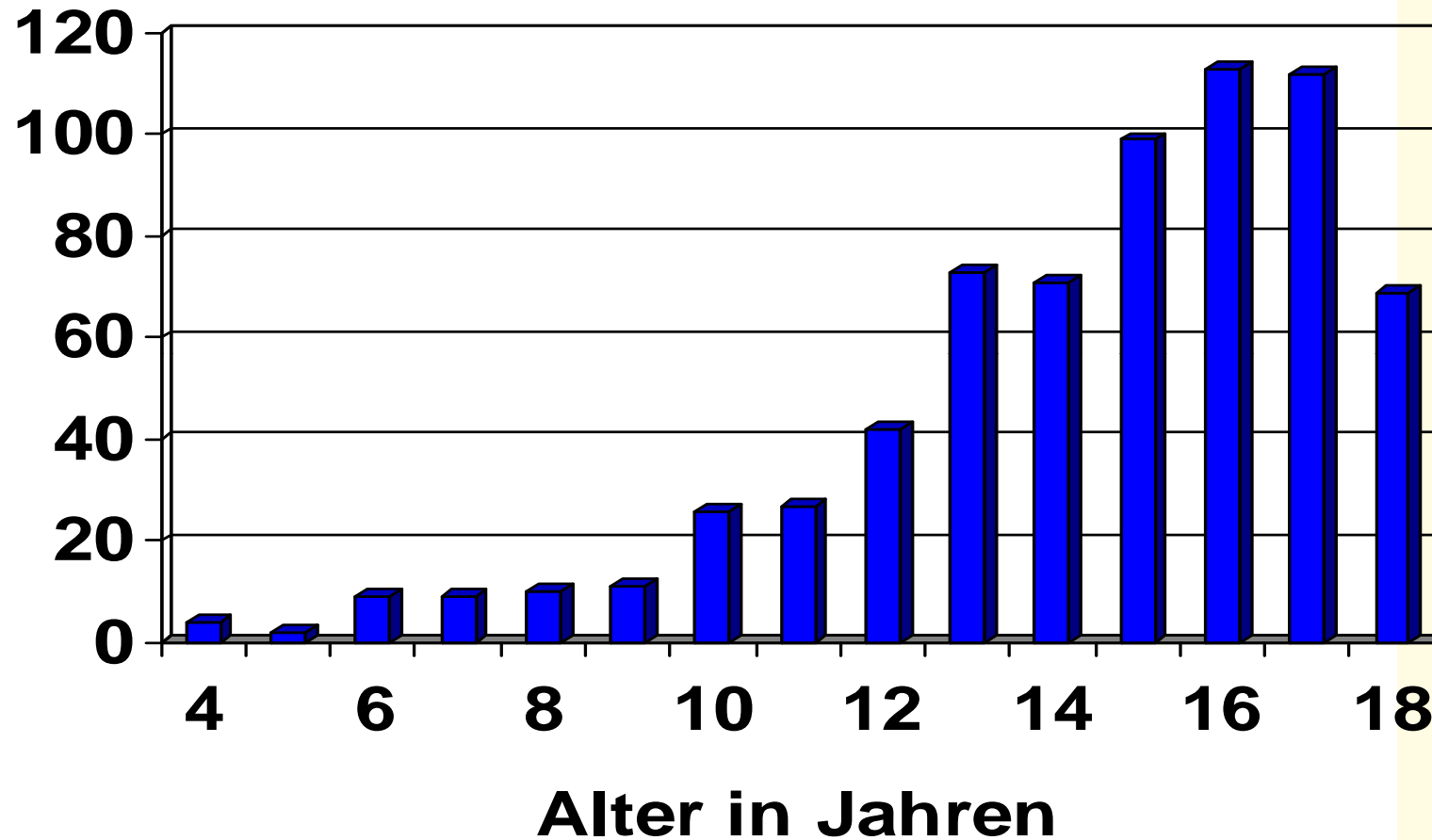
Hochrisikogruppe: Prävalenz psychischer  
Störungen  $\geq 60\%$

- externalisierende Störungen, Multimorbidität  
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



# Ulmer Heimkinderstudie



N = 689

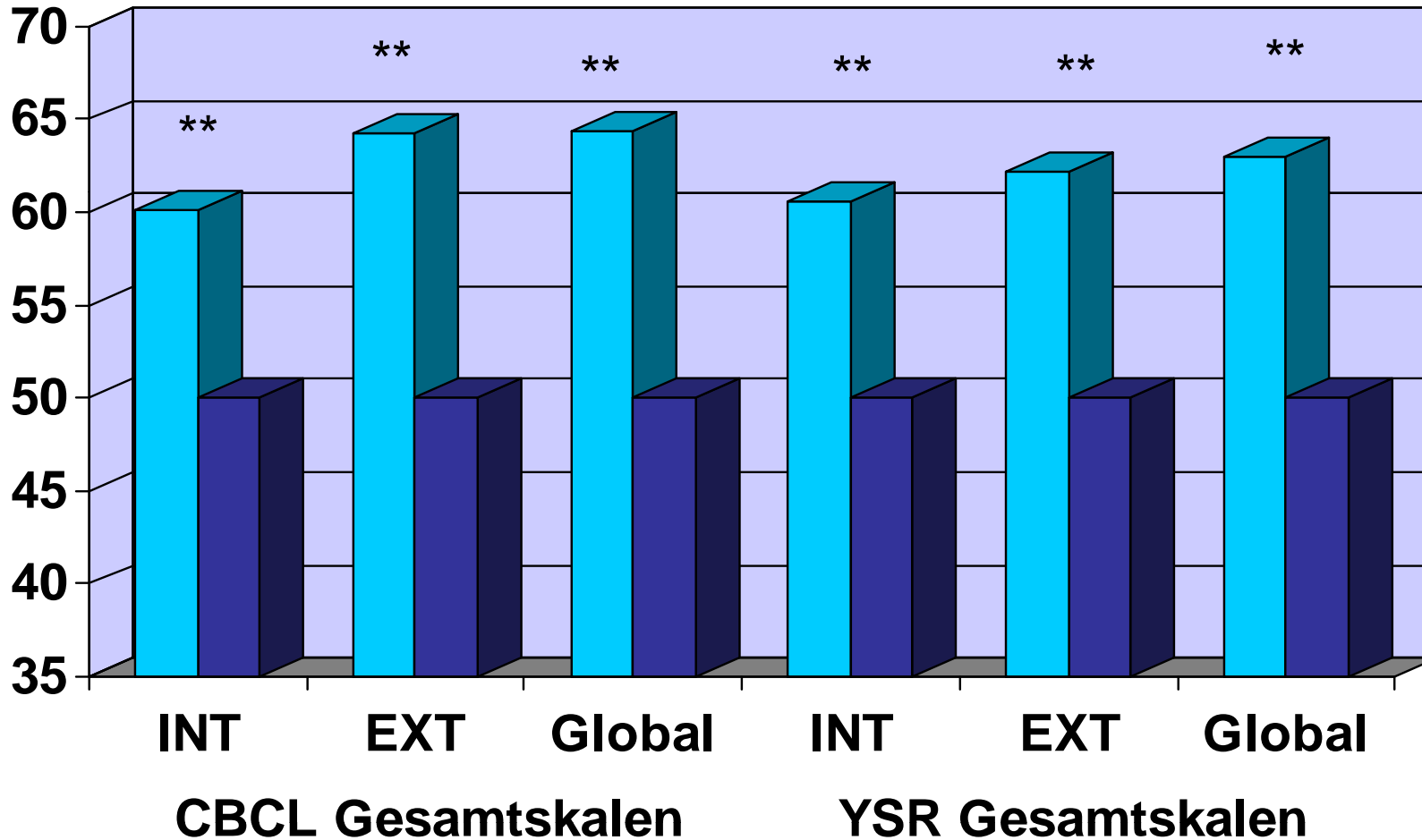
■ Häufigkeit (Fälle)





## Mittelwertsvergleich Heimstichprobe vs. Norm

T-Wert



\* =  $p < 0,05$

\*\* =  $p < 0,01$

■ Heim

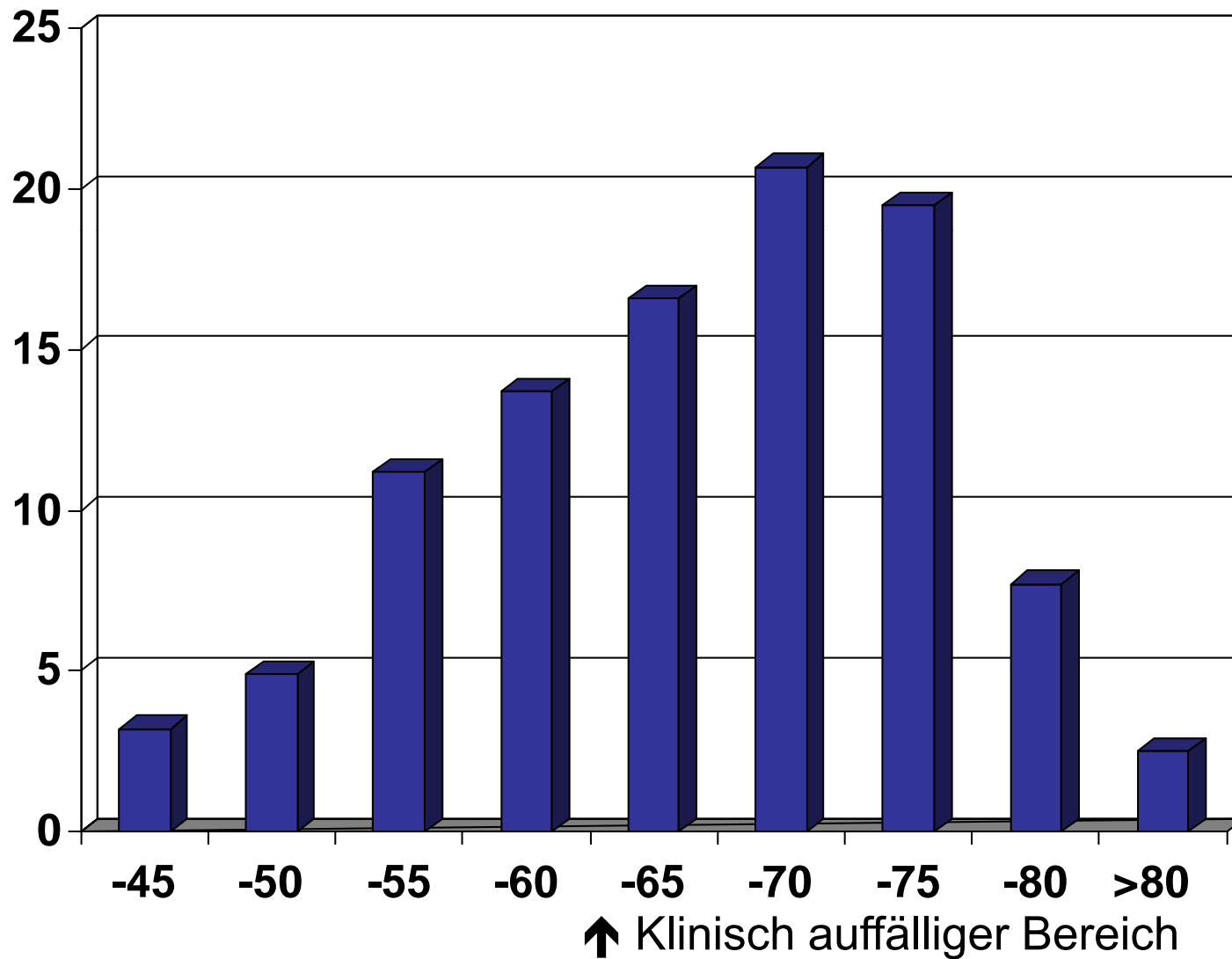
■ Normpopulation





## Häufigkeiten (%)

## Ergebnisse in den Globalskalen

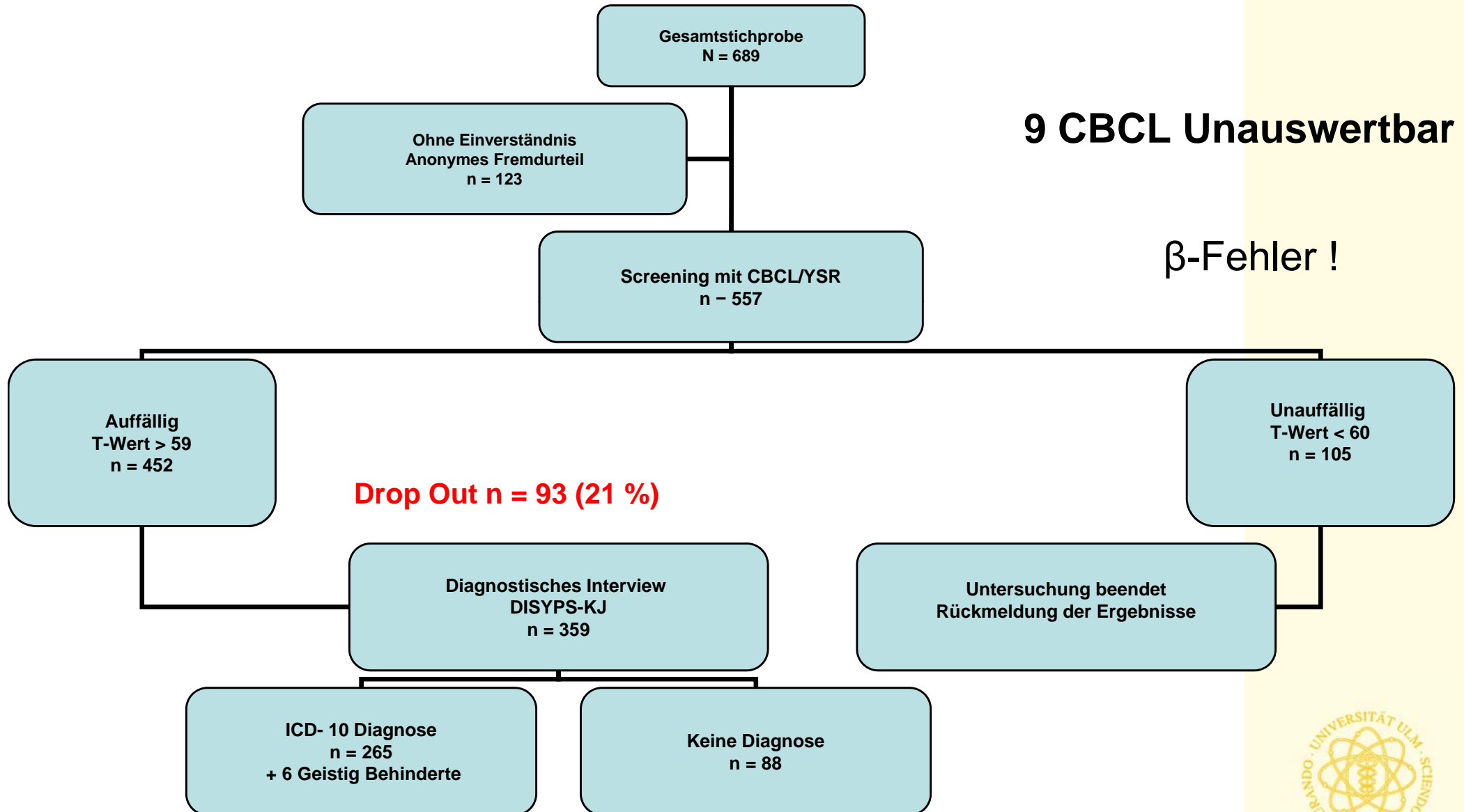


CBCL n = 667

■ CBCL



T-Wert



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

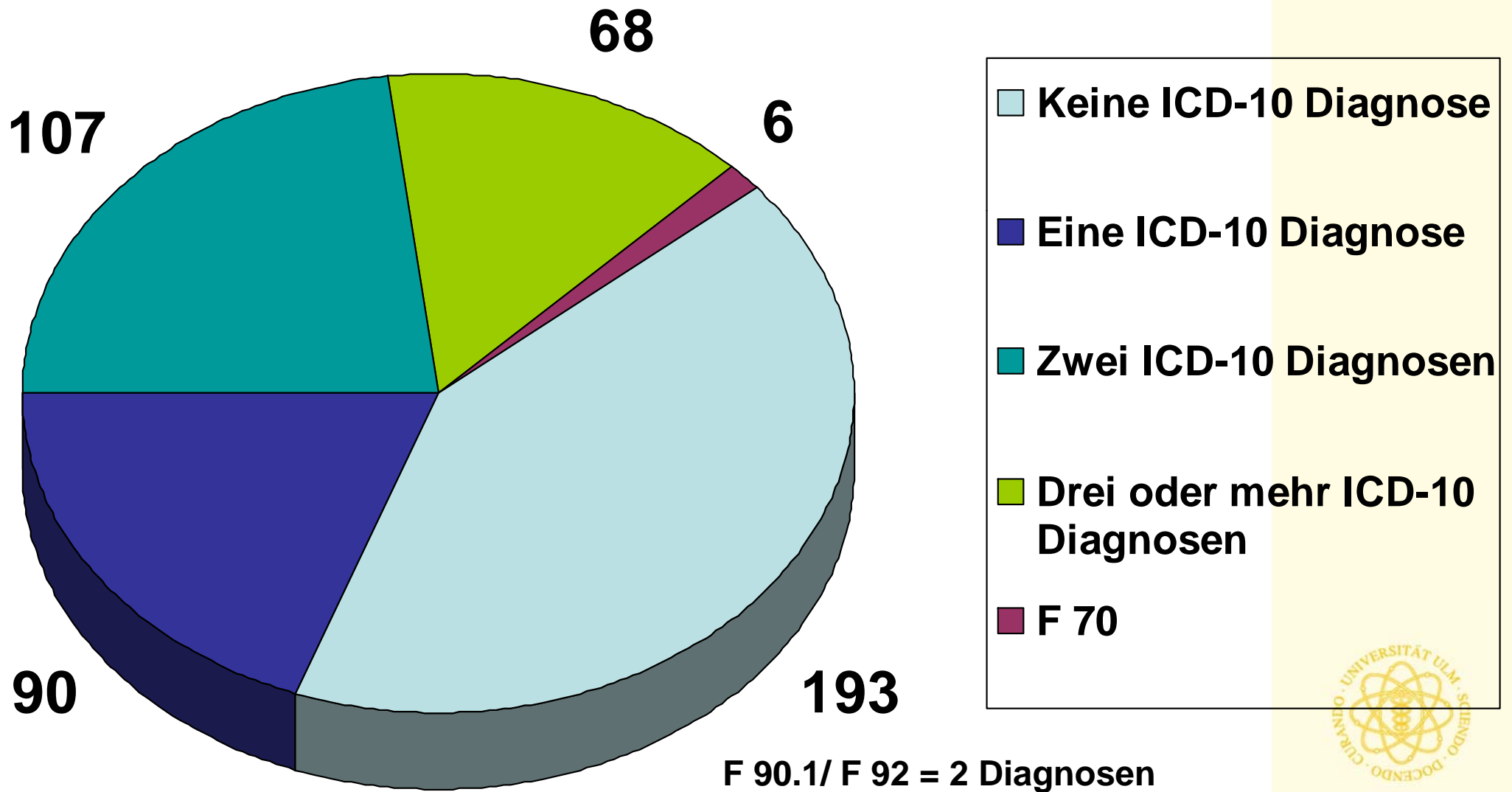


Diagnose	Prävalenz Heim	Prävalenz Bevölkerung
SSV (F 91, F 92)	26 % (+ 22 % F 90.1)	6 %
HKS (F 90.0 + F 90.1)	24 %	3-6 %
Depression (F 32, F 34)	10,4 %	1-5 %
Angst	4 %	1,8 – 5,3 %
Enuresis	6 % (14 Jahre)	2 %
Substanzmissbrauch	8,8 % (14 Jahre)	4 % (Alkohol) ab 16 LJ 1 % Cannabis ab 14LJ





## Anzahl der ICD-10 Diagnosen





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





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

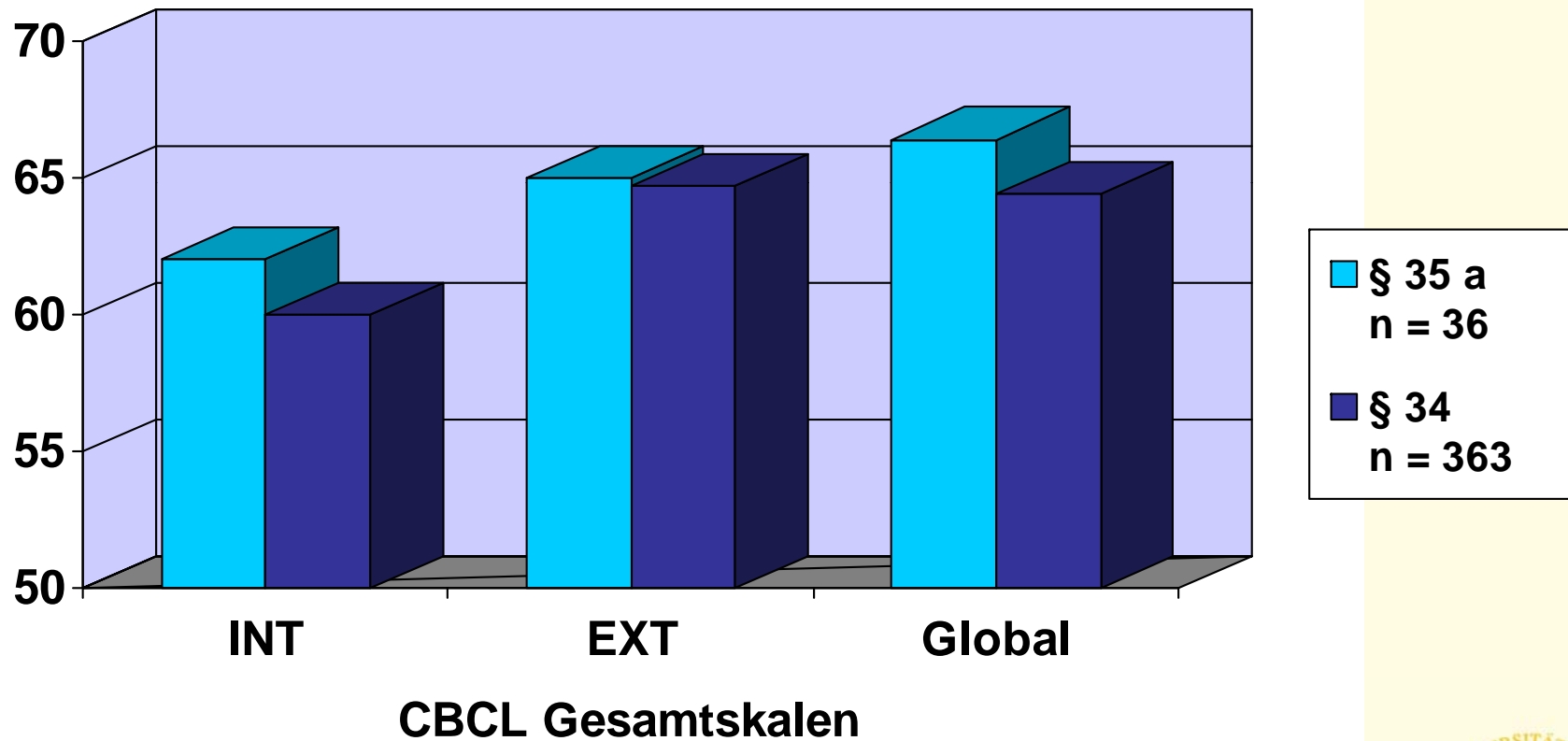
Die nach § 35 a unterbrachten Jugendlichen unterscheiden sich in ihren CBCL Gesamtergebnissen nicht von den anderen Jugendlichen.





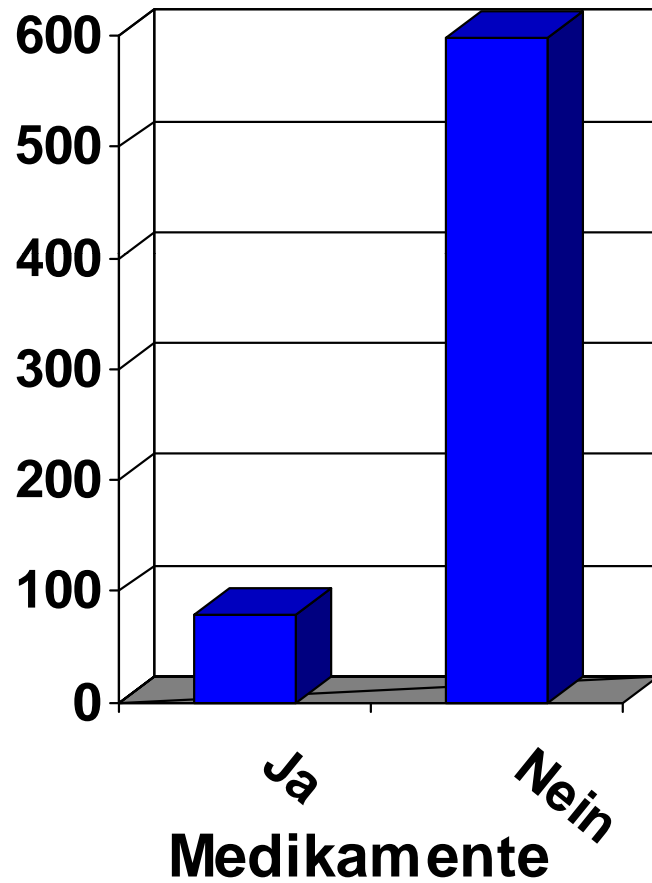
## Mittelwerte § 35 a vs. § 34

T-Wert





■ 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.



Ambulante Liaisondienste: niedrigschwellig, milieuorientiert

multimodale Behandlung: leitlinienorientiert, evidenzbasiert

Behandlungskontinuität: Screening bei Aufnahme, fortlaufende  
Behandlung bei Bedarf

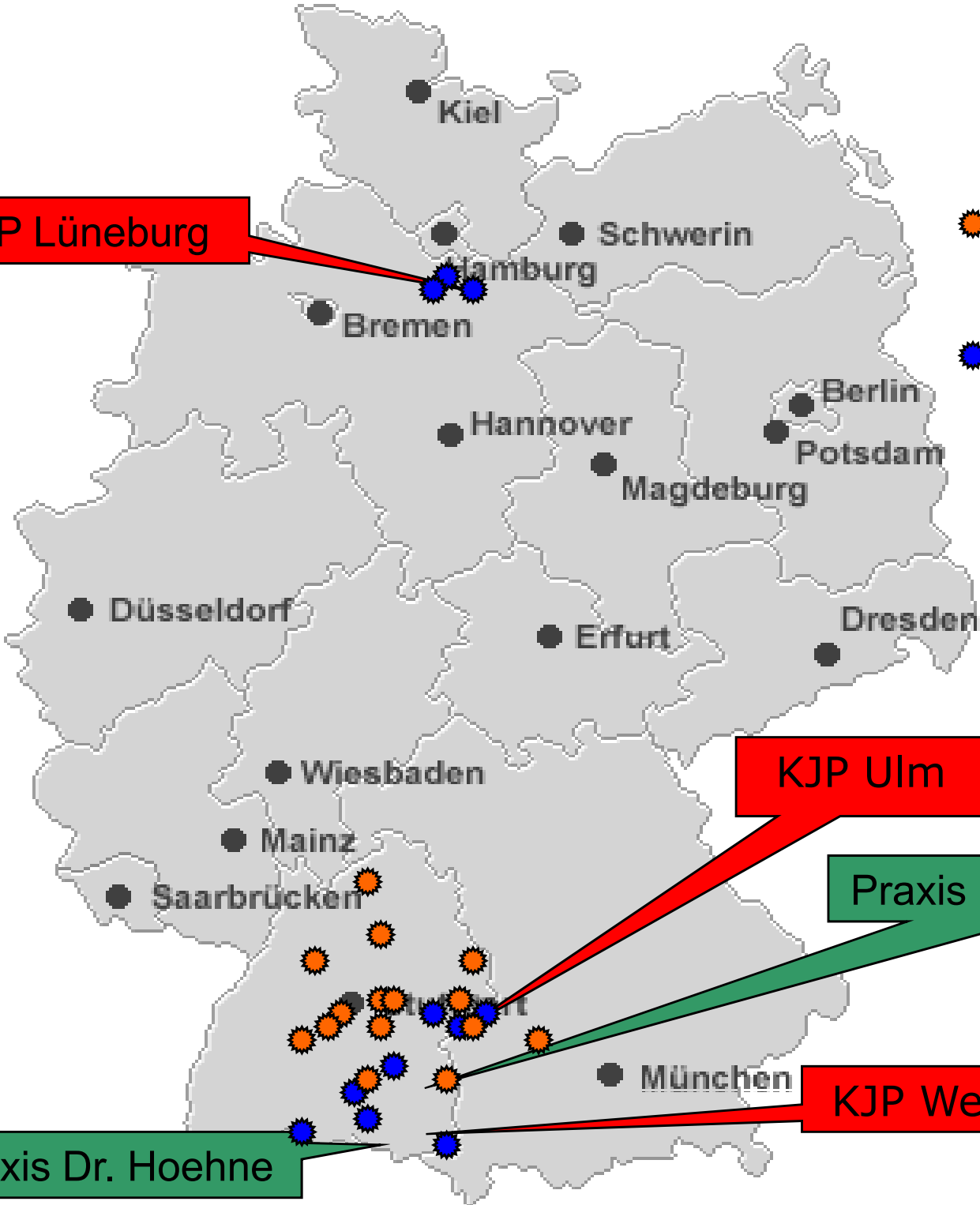
Interdisziplinarität: Kooperation KJP, Fachdienste, Betreuer und  
zuständige Jugendämter

Psychoedukation/Training der Mitarbeiter

Kriseninterventionen: zweistufiges Modell, nach Möglichkeit ambulante  
Krisenintervention

spezielle störungsspezifische Gruppeninterventionen (z.B. soziales  
Kompetenztraining)

KJP Lüneburg



● Kontrolleinrichtungen

● Interventionseinrichtungen

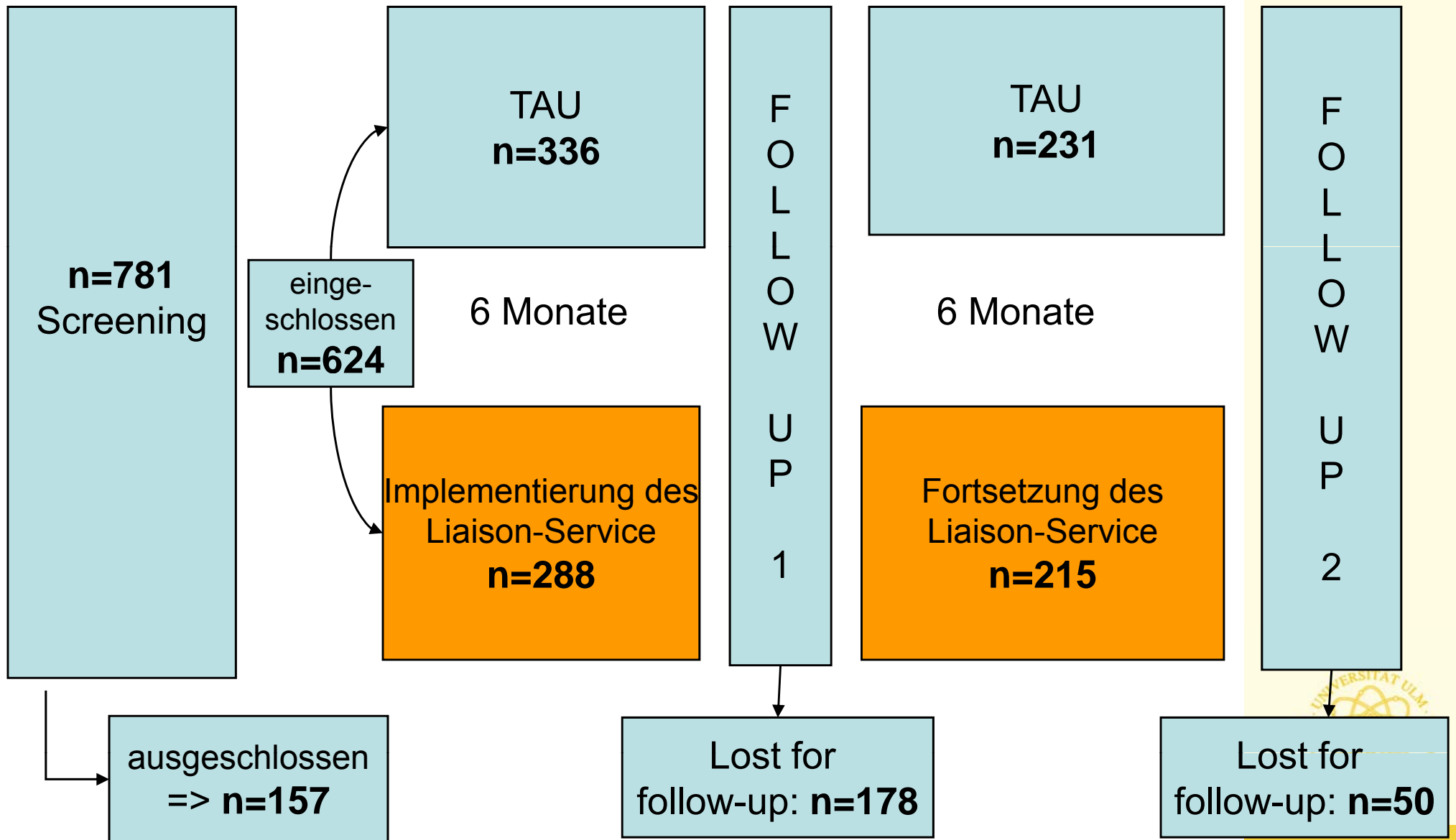
KJP Ulm

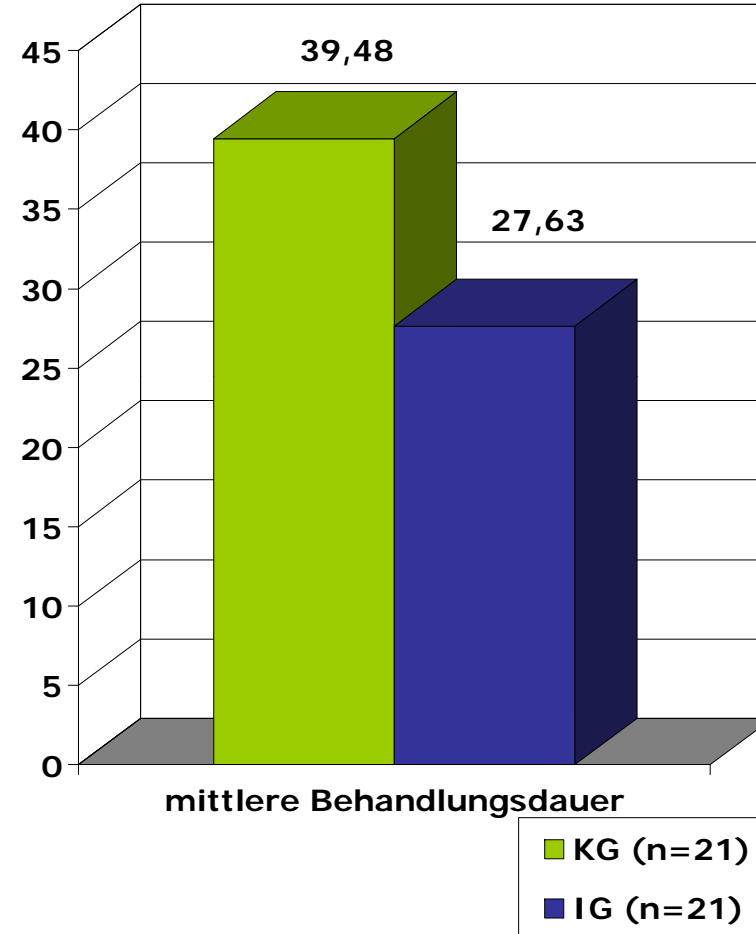
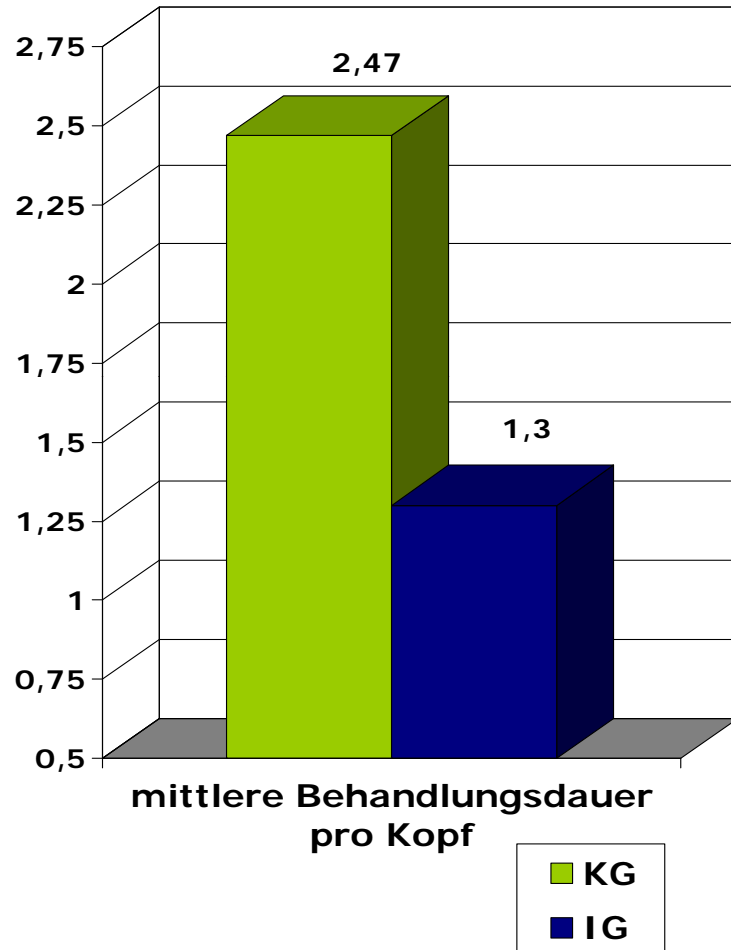
Praxis Dr. Crasemann

KJP Weissenau

Praxis Dr. Hoehne







**KG:** 2-142 Tage;  $M=39.48$  Tage; ( $SD=38.07$ )

**IG:** 2-114 Tage;  $M=27.63$  Tage; ( $SD=17.86$ )

$t(40)=2.11, p=.042$

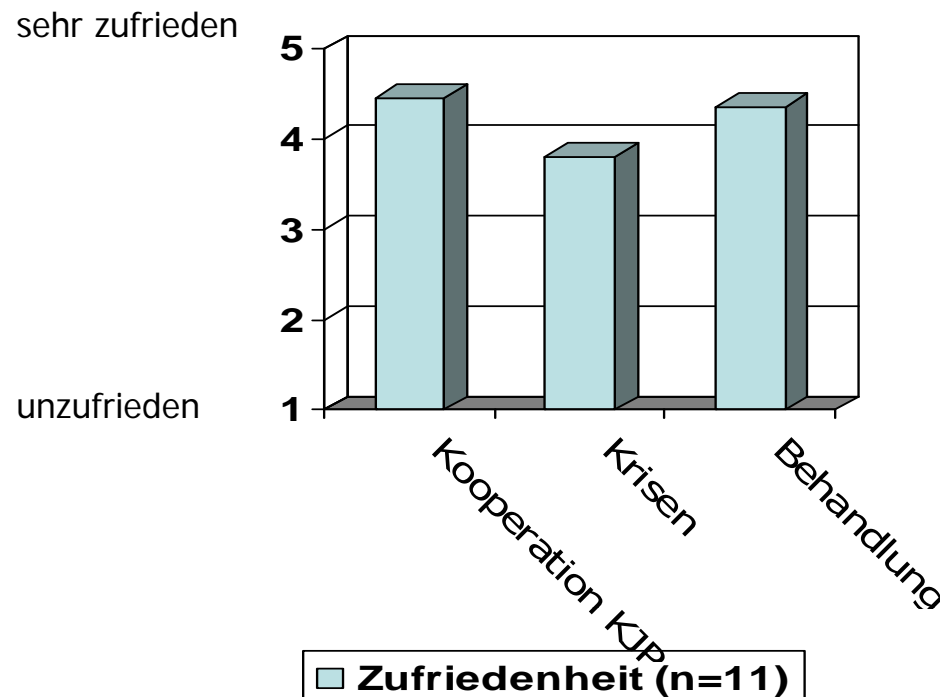




**Umsetzung eines Kontrollgruppendesigns im  
naturalistischen Setting war erfolgreich**

**überregionale Umsetzung des Modellprojekts,  
unterschiedliche Versorgungsregionen und –strukturen  
eingeschlossen**

**großes Interesse und hohe Akzeptanz des Projekts**



- **hohe Zufriedenheit mit der Kooperation und den Behandlungsmodalitäten**
- **Krisen als große Herausforderung für alle Beteiligten**

80% der psychisch kranken Eltern sehen ihre Kinder als belastet durch die eigene Behandlung an

## 2. Integrierte Versorgung:

Eltern empfinden, dass Kinder nicht ausreichend bei Behandlung berücksichtigt werden, sie nicht genügend nach den Kindern befragt werden; 35% werden nicht von Kindern besucht (vs. 7% ohne Kontakt außerhalb der Klinik)

## 3. Auswirkungen auf Behandlung der Eltern:

50% der Eltern hat bereits Klinikaufenthalte/Behandlung wegen der Kinder nicht wahrgenommen

## 4. Versorgungssituation:

Im ländlichen Bereich werden die Kinder während der Behandlung zu 90% durch Partner oder Familie betreut

▶ aber 40 % sind mit der Betreuungssituation unzufrieden;

## 5. Hilfen durch öffentliche Jugendhilfe:

Vermeidung des Kontakts und starke Ängste vor Jugendämtern: soziales Stigma, Ängste vor familienrechtlichen Folgen, Kontrolle (50,6% lehnen Kontakt komplett ab).

**aber:** selbst wahrgenommenem Unterstützungsbedarf und Wunsch nach Beratung, kurzfristiger Betreuung, Elternteraining, konsiliarische Behandlung der Kinder



viele Hilfen

setzen erst ein, wenn klinisch relevante  
**Verhaltensprobleme** deutlich werden

beruhen auf **wenig systematischer / nicht  
hinreichender diagnostischer Abklärung**

beruhen auf unzureichender, **unspezifischer  
Entwicklungsprognose / Hilfeplanung**

haben „**Risiken und Nebenwirkungen**“  
(Beziehungsabbrüche rasche Wechsel von  
Beziehungen, entwicklungsinadäquate  
Verzögerungen)



1. Ausgangslage und Ausgangsvoraussetzungen
2. Grundlegende Begriffe und Definitionen zur Teilhabe, dem §35a KJHG und der Teilhabebeeinträchtigung
3. International eingeführte Instrumente zur Erfassung von Aspekten der Teilhabebeeinträchtigung
4. Modulentwicklung
5. Hilfsmöglichkeiten
6. **Generelle Schlussfolgerungen**



Mehr Forschung und Praxisbegleitung für  
evaluierte Innovationen

Verbesserung der interdisziplinären  
Zusammenarbeit angesichts ohnehin  
großer Überschneidungsbereiche

Verbesserung bei der Zusammenarbeit  
insbesondere mit Blick auf frühe Kindheit

Berücksichtigung unterschiedlicher  
Gesichtspunkte aus verschiedenen  
Sichtweisen



- In UK 45 „child abuse inquiry reports“ veröffentlicht zwischen 1973 und 1994
- Eileen Munro Child Abuse and Neglect 23, 1999
  - Risikobeurteilung beruht auf schmaler Datenbasis
  - Wichtige Informationsquellen werden vernachlässigt
  - Starke emotionale Beteiligung und Unfähigkeit Fehler und Irrtümer einzuräumen führt zu Problemen
  - Fehler in der Fallarbeit sind keine unvorhersehbaren Katastrophen sondern sind aufgrund von Haltungen und Arbeitsmängeln erwartbar





Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.**

**Diesen Vortrag finden Sie auch auf  
unserer Homepage**

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





**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

