



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Geeignete Hilfen für schwerstbelastete Jugendliche

Gemeinsames Symposium AGJ und DGKJP

6.3.2015

J. M. Fegert, Ulm

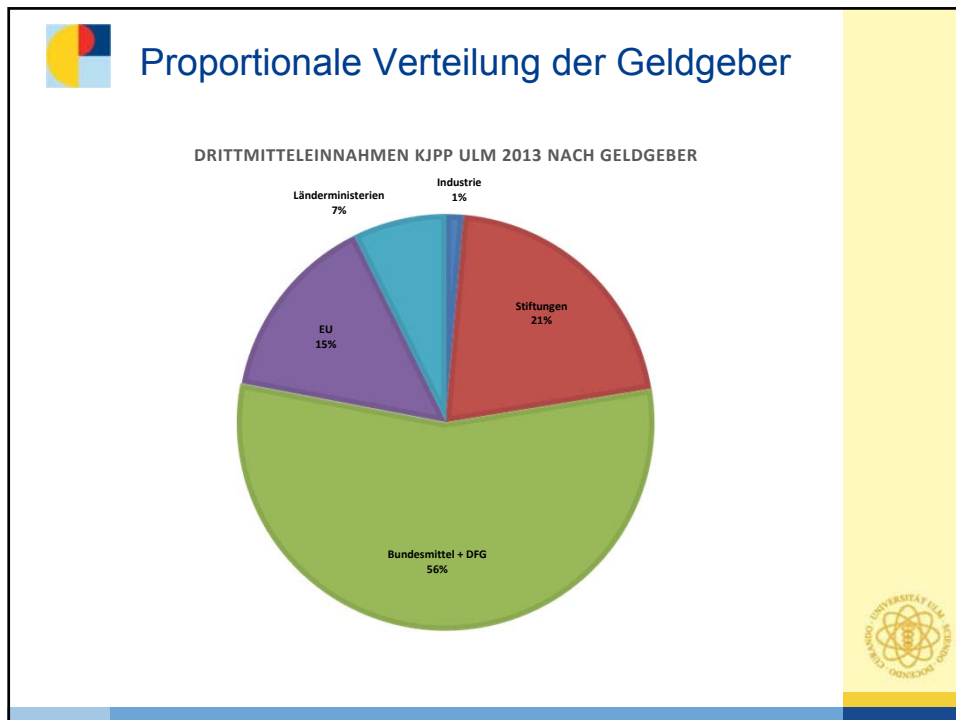


Offenlegung möglicher Interessenkonflikte

In den letzten 5 Jahren hatte der Autor (Arbeitsgruppenleiter)

- **Forschungsförderung** von EU, DFG, BMG, BMBF, BMFSFJ, Ländersozialministerien, Landesstiftung BaWü, Päpstliche Universität Gregoriana, Caritas, CJD
- **Reisebeihilfen, Vortragshonorare, Veranstaltungs- und Ausbildungs-Sponsoring** von DFG, AACAP, NIMH/NIH, EU, Goethe Institut, Pro Helvetia, **Shire**, Fachverbände und Universitäten sowie Ministerien
- **Keine industriegesponserten Vortragsreihen**, „speakers bureau“
- **Klinische Prüfungen und Beratertätigkeit** für **Servier, BMBF, Lundbeck**
- **Mindestens jährliche Erklärung zu conflicts of interest** gegenüber der DGKJP und AACAP wegen Kommissionsmitgliedschaft
- **Kein Aktienbesitz**, keine Beteiligungen an Pharmafirmen, **Mehrheitseigner 3Li**






Gliederung

Große Lösung ein Traum?
Vorgeschichte und §35a SGB VIII als Testfeld

Praxisfeld Heimerziehung als Beispiel

13. Kinder- und Jugendbericht

Fazit





Große Lösung

Thema „sozialrechtliche Zuordnung von Kindern mit Behinderung“ ist eine alte Diskussion:

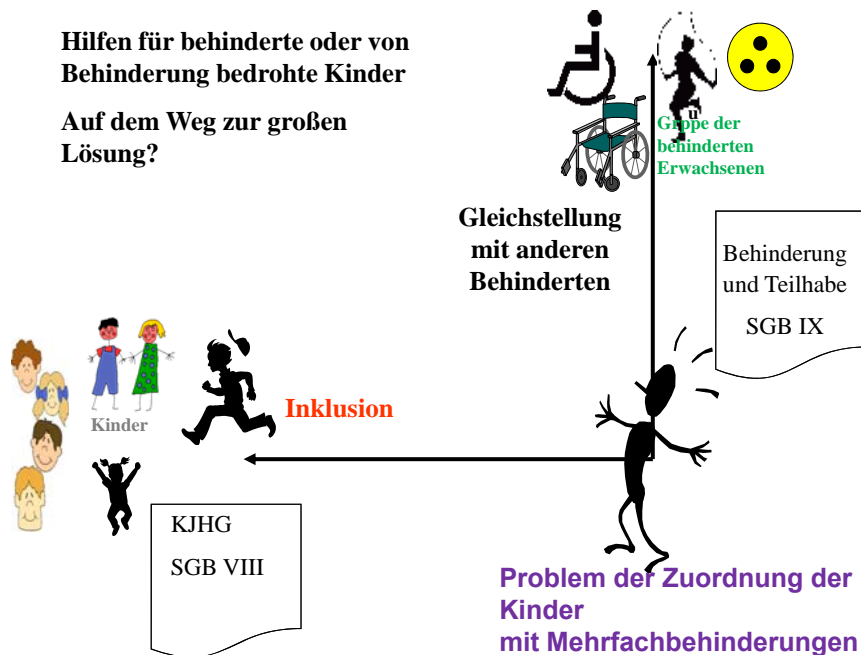
„Große Lösung“ (Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendliche) ist 1990 mit dem SGB VIII insbesondere an zwei Schwierigkeiten gescheitert: **Vorbehalte der Betroffenenverbände (Angst vor einer Leistungsverlechterung sowie einer Sozialpädagogisierung von Problemen) und die Aufteilung zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern**

- SGB VIII = Umsetzung der kleinen Lösung: Leistungen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII) ist **angesichts der Inklusionsdebatte nicht mehr zeitgemäß**



Hilfen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder

Auf dem Weg zur großen Lösung?





Verpasste Chancen „große Lösung“

- 1990 bei Einführung des KJHG
- Nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht und der Stellungnahme der Bundesregierung
- Nach den Ergebnissen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe
- Nach der Wahl 2013 – nichts konkretes zur Inklusion und „großer Lösung“ im Koalitionsvertrag
- Abkoppelung von der Entwicklung im Erwachsenenalter: Teilhabegeld, pers.Budget für Komplexeleistungen



Exklusion ist teuer (EU Grünbuch)

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

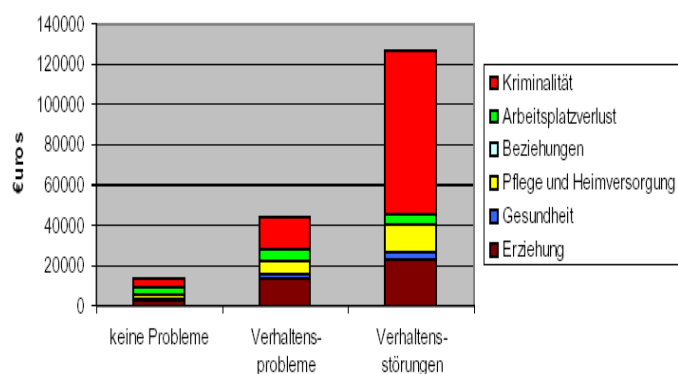



Abb.: Langzeitkosten psychischer Gesundheitsprobleme, umgerechnet auf Euro zum Preisniveau 2002 (Scott, Knapp, Henderson & Maughan, 2001. Umrechnung in Euro durch David McDaid, Mental Health Economics European Network).
 Quelle: Scott, S., Knapp, M., Henderson, J. & Maughan, J. (2001). Financial costs of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood. *British Medical Journal*, 323, 191-196.





Themenschwerpunkt Kindheit und Entwicklung zur
Schnittstelle KJPP und Kinder- und Jugendhilfe

Kindheit und Entwicklung, 23 (3), 135–139 © Hogrefe Verlag, Göttingen 2014



Themenschwerpunkt

Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie versus Kinder- und Jugendhilfe

Jörg M. Fegert¹ und Franz Petermann²

¹Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm
²Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Zusammenfassung. Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie besitzen eine unterschiedliche Tradition und werden durch unterschiedliche Berufsgruppen geprägt. Besonders deutlich zeigt sich dies im Verständnis und der Behandlungsbedürftigkeit von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. An dieser Unterschiedlichkeit der Professionen leidet die Kooperationsfähigkeit zwischen beiden Bereichen erheblich. Zusätzlich unterscheiden sich beide Bereiche erheblich in ihren Forschungsanliegen und aktuellen Forschungsbestrebungen. Die Bedeutung der Jugendhilfe wird durch die vielfältigen Verzweigungen mit den Bereichen „Schule“, „Justiz“, „Medizin“ etc. unterstrichen.
Schlüsselwörter: Heimkinder, Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychische Störungen, Kinderpsychotherapie.

Schnittstelle Jugendhilfe – Kinder- und Jugendpsychiatrie

Vor Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes **Streit um „Verhaltensauffälligkeiten“**. Zuständigkeit der Jugendhilfe vs. Zuständigkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie


„**Drehtüreffekte**“, insbesondere bei Heimkindern

Mit der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes 1990 zunächst Debatte um große Lösung, dann Realisierung der kleinen Lösung. Zuständigkeit der Jugendhilfe für die Kinder und Jugendlichen mit seelischer Behinderung.

Aktuell keine Debatte mehr um **Umsetzung der Inklusion im Kindes- und Jugendalter** (13. Kinder- und Jugendbericht und positive Stellungnahme der damaligen Bundesregierung). Verzögerung in der letzten Legislaturperiode.

Bereich Schule mit ganz unterschiedlichen Lösungen in einzelnen Bundesländern Treiber der Inklusionsdebatte

PEPP Entgeltreform in der Psychiatrie verhindert kreative sektorübergreifende Versorgungsmodelle im natürlichen Milieu





Gliederung

Große Lösung ein Traum?

Vorgeschichte und §35a SGB VIII als
Testfeld

Praxisfeld Heimerziehung als Beispiel

13. Kinder- und Jugendbericht

Fazit



Heimkinderforschung

- Ulmer Heimkinderstudie
- Pädzi (CJD)
- Heimkinderinterventionsstudie (BMBF)
- MAZ (Schweiz)
- Modellversuch Traumapädagogik
(Themenheft Trauma und Gewalt)
- Neuer Katamnese Modellversuch
beantragt
- Deutschland Zeit für eine neue
Jugendhilfe Effekte Studie?





Heimkinder

Kinder/Jugendliche in Heimen/Pflegefamilien haben häufig Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten: Armut, nichtintakte Familien, Vernachlässigung, sexuelle und körperliche Misshandlung, Beziehungsabbrüche (Burns et al., 2004; Ford et al., 2007; Lelliott, 2003; Meltzer et al., 2003; Richardson et al., 2002)

Kinder in Heimen haben viel häufiger Verhaltensprobleme und emotionale Probleme als Kinder aus der Normalbevölkerung (50% vs. 4% resp. 23% vs. 4%) (Sempik et al., 2008; Rutter, 2000)

Heimkinderstudie in Baden Württemberg (Schmid et al., 2008):

„Psychische Störungen (nach ICD) sind bei Heimkindern die Regel – nicht die Ausnahme“. Nur 42% haben keine Störung, 39% mindestens 2 Diagnosen:

- SSV: 26% (1♂:1♀)
- SSV+ADHS: 22% (4♂:1♀)
- ADHS: 2% (4♂:1♀)
- Depression/Dysthymie: 10% (1♂:2♀)
- Angst: 4% (1♂:3♀)
- Substanzabusus: 9% (4♂:1♀)
- Enuresis: 6% (1♂:1♀)



<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.





Traumatische Erfahrungen bei institutionalisierten Kindern

Prävalenzen	Jugendstrafsystem	Jugendhilfe
Mind. 1 traum. Erlebnis	40 % ^a 92,5 % ^b (DSM IV A1 Kriterium erfüllt)	75 % ^c 60 % ^d
2 und > traum. Erl.	84 % ^a	51 % ^c
Vollbild PTBS erfüllt	0 % ^a 11,2 % ^b	1,7 % ^e 8 % ^f

- ^a Möller et al. 2001: 18-25 j. inhaftierte Straftäter (Schweiz)
- ^b Abram et al. 2004: 10-18 j. Jugendliche in Haft/Arrest (USA)
- ^c Jaritz et al. 2008: 10-17 j. Heimkinder (Deutschland)
- ^d Richardson et al. 2003: bis 18 j. in Jugendhilfesystem (Großbritannien)
- ^e Garland et al. 2001: 6-18 j. Heimkinder (USA)
- ^f McMillen et al. 2005: 17 j. Pflegekinder (USA)



Sexuell missbrauchte Kinder erhalten keine spezifischen Hilfen Mikado Teilprojekt BMFSFJ



Trends bei Hilfen für Kinder

Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexualisierte Kinder und Jugendliche

A. Witzler, J. M. Fegert, A. Wetzl, L. Gerdner

Schlüsselfaktoren: Sexuelle Misshandlung, Kindes- und Jugendmisshandlung, psychische Belastung, psychopathologische Begünstigung

Zusammenfassung: Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexualisierte Kinder und Jugendliche ist ein komplexes Phänomen, das von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Die vorliegende Studie untersucht die Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexualisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Die Ergebnisse zeigen, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexualisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland gering ist. Dies ist auf verschiedene Gründe zurückzuführen, darunter die geringe Kenntnis der Betroffenen über die verfügbaren Hilfen, die geringe Bereitschaft, Hilfe zu suchen, und die geringe Bereitschaft der Hilfesysteme, Hilfe zu leisten.

Keywords: Sexual abuse, child welfare, mental health services, service utilization

Summary: Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexualisierte Kinder und Jugendliche ist ein komplexes Phänomen, das von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Die vorliegende Studie untersucht die Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexualisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Die Ergebnisse zeigen, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexualisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland gering ist. Dies ist auf verschiedene Gründe zurückzuführen, darunter die geringe Kenntnis der Betroffenen über die verfügbaren Hilfen, die geringe Bereitschaft, Hilfe zu suchen, und die geringe Bereitschaft der Hilfesysteme, Hilfe zu leisten.

© Schattauer 2015





Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexuell viktimisierte Kinder und Jugendliche

Untersuchung: 70 sexuell viktimisierte Kinder/Jugendliche zwischen 6-18 Jahren wurden zu ihrer aktuellen psychischen Gesundheit und der Inanspruchnahme psychiatrischer/psychotherapeutischer Hilfen sowie der Kinder- und Jugendhilfe befragt.

Beteiligte Projekte:

„CANMANAGE: Implementierung und Evaluation einer bedarfsgerechten, gemeindenahen Hilfsprozess-Koordination für Kinder und Jugendliche nach Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung“

„Missbrauch von Kindern: Aetiologie, Dunkelfeld, Opfer“ (MiKADO):

Teilprojekt *Missbrauchsfolgenstudie*



Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexuell viktimisierte Kinder und Jugendliche

Ergebnisse:

- 60% der Teilnehmer erfüllen zum Zeitpunkt der Studienteilnahme die Kriterien einer psychischen Störung nach ICD-10
- 74,3% der Untersuchungsgruppe weisen im Selbst und/oder im Fremdbereich (UCLA PTSD-Reaktion-Index) eine klinisch relevante posttraumatische Stresssymptomatik auf.
- Inanspruchnahme von Hilfen ist unabhängig vom Vorliegen einer gegenwärtigen psychischen Störung (nach ICD10).

Über 60% der psychisch auffälligen Teilnehmer nahm **keine missbrauchsbezogene** therapeutische Hilfe in Anspruch.

→ Allein 11 von 18 Betroffenen mit dem Vollbild einer PTBS waren unversorgt.





Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexuell viktimisierte Kinder und Jugendliche

Warum bleibt eine positive Misshandlungsanamnese im Hilfesystem unberücksichtigt?

→ Hinweis auf fehlenden systematische Erfassung durch Institutionen.

Verbesserung der Versorgung ist notwendig:

→ Minderjährigen Missbrauchsoffern mit klinisch relevanter posttraumatischer Stresssymptomatik sollte der Zugang zu traumafokussierter Psychotherapie dringend erleichtert werden.

→ **Traumabezogene Interventionen müssen auf- und ausgebaut werden.**

Cave: Selektivität der Stichprobe, d.h. Generalisierung der Ergebnisse ist eingeschränkt



Die tatsächliche therapeutische Unterversorgung in der Gesamtpopulation sexuell viktimisierter Kinder und Jugendlicher einschließlich des Dunkelfeldes dürfte erheblich höher sein.



Kinder- und Jugend-
psychiatrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Ziele der Ulmer Heimkinderinterventionsstudie

- 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 und Institutionswechseln



Intervention (1)

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)



Intervention (2)

4.) Spezielle Gruppenpsychotherapieangebote

(Soziale Kompetenz, Emotionsregulation).

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

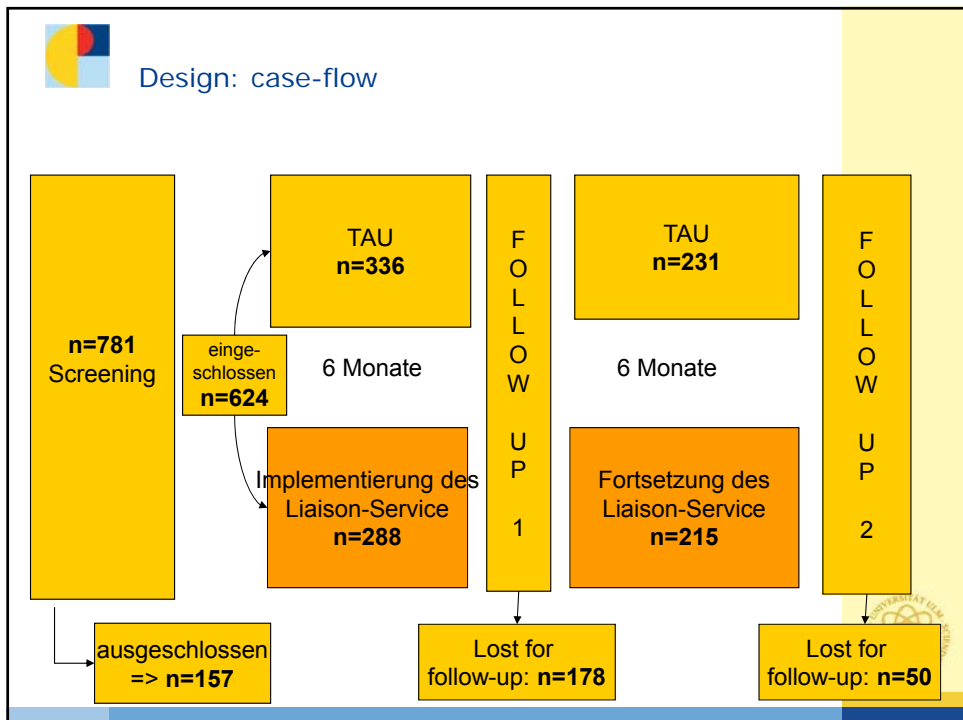
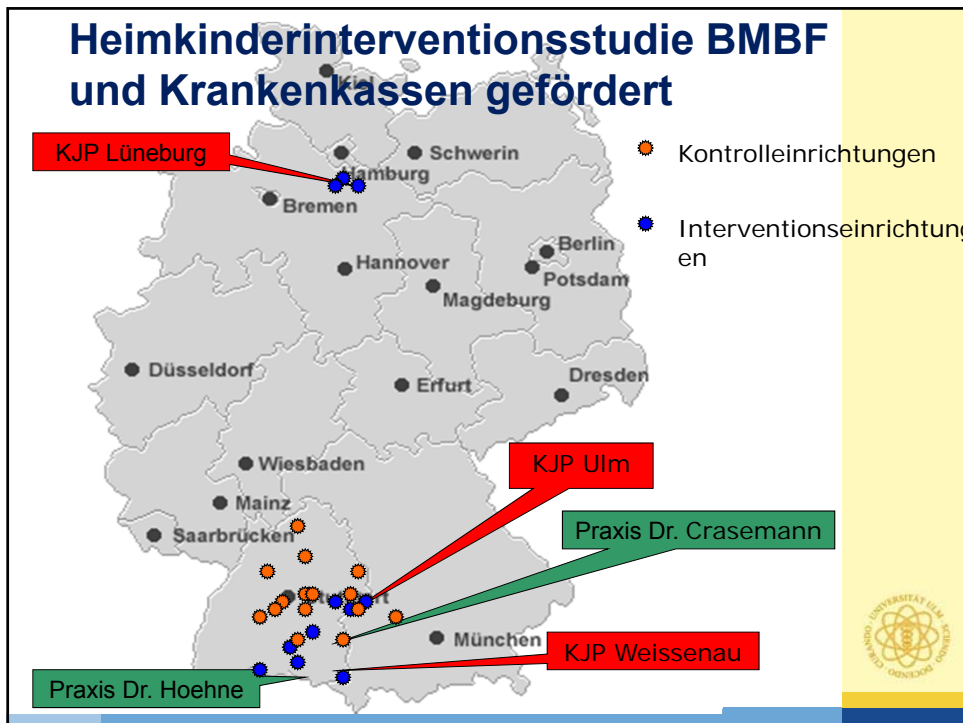
5.) Mehrstufige Kriseninterventionsvereinbarungen

(siehe folgende Folie)

6.) Fortbildungsmodule für die Einrichtungen über bedeutsame Störungsbilder

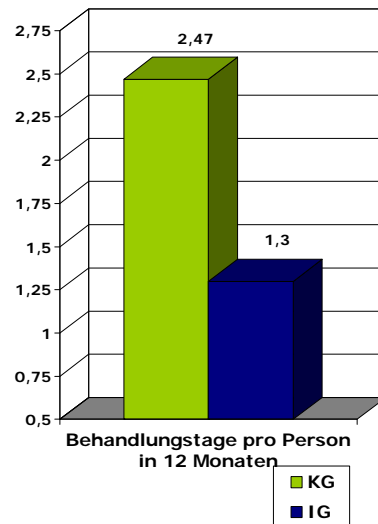
- Hyperkinetische Störungen
- Einsatz von Psychopharmaka
- Aggressive Verhaltensstörungen
- Suchtprävention
- Selbstverletzung und Suizidalität







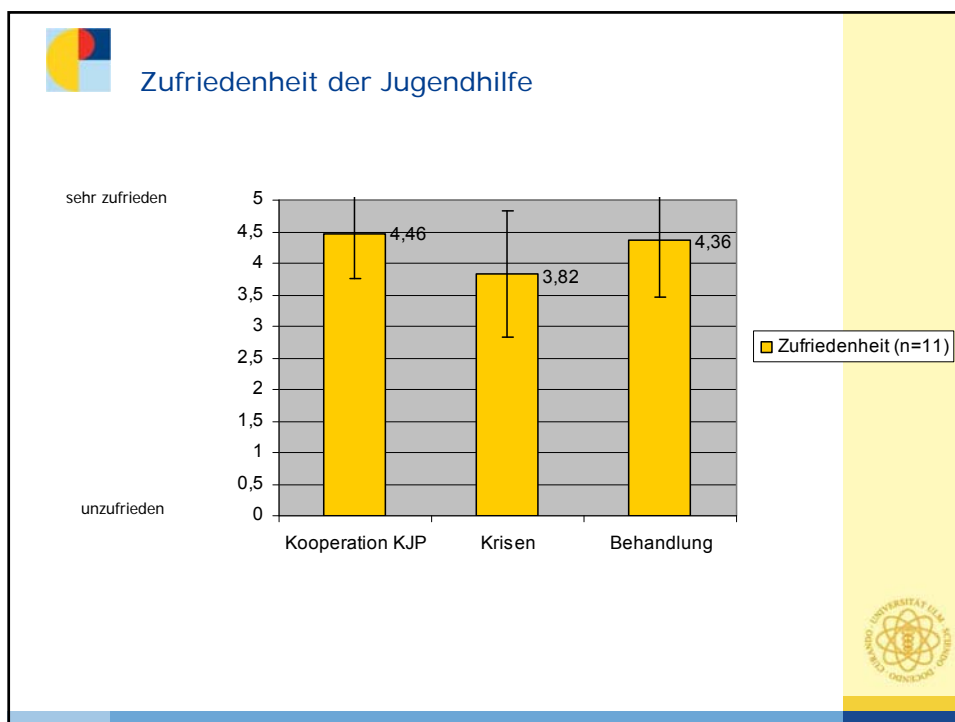
Stationäre Behandlungstage




Praktische Erfahrungen

- Umsetzung eines Kontrollgruppendesigns im naturalistischen Setting war erfolgreich
- überregionale Umsetzung des Modellprojekts, unterschiedliche Versorgungsregionen und -strukturen eingeschlossen
- großes Interesse und hohe Akzeptanz des Projekts
- Durch das Angebot von Hilfen im natürlichen Milieu konnten sehr viel mehr Kinder und Jugendliche frühzeitig erreicht werden
- hohe Zufriedenheit mit der Kooperation und den Behandlungsmodalitäten
- Selbst Krisensituationen wurden besser geklärt





 **Gliederung**

Große Lösung ein Traum?


Vorgeschichte und §35a SGB VIII als Testfeld

Praxisfeld Heimerziehung als Beispiel

Fazit

Problem seit langem erkannt (11. und 13. Jugendbericht)

Gefahr aber nicht gebannt: z.B. Haasenburg (vgl. Stellungnahme der 3 KJP Fachverbände)





13. Kinder- und Jugendbericht

... ausgewählte zentrale Erkenntnisse:

- Der Hilfebedarf wird häufig aus einer Angebots- und Institutionenlogik heraus formuliert und nicht vom Bedarf des Kindes oder Jugendlichen.
- Die Praxis der Leistungsträger ist durch Abgrenzungen und Zuständigkeitsverweis zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe (und auch Krankenkassen) geprägt. Komplexleistungen und Mischfinanzierungen spielen kaum eine Rolle.
- Es entstehen an den Schnittstellen der Systeme „Verschiebebahnhöfe“ und bisweilen „schwarze Löcher“.



Sachverständigenkommission des 11. Jugendberichts zur geschlossenen Unterbringung (S. 240 f.)

- *In der Praxis haben sich fließende Übergänge zwischen offenen, halboffenen, individuell geschlossenen und geschlossenen Formen der Betreuung herausgebildet.*
- *Quantitativ macht die geschlossene Unterbringung bezogen auf alle Heimplätze wohl nicht mehr als 1 Promill aus.*






„Es ist doppelbödig, sich einerseits gegen geschlossene Unterbringung und für Lebensweltnähe auszusprechen, und gleichzeitig bereit zu sein, im Zweifelsfall schwierige Jugendliche in ein anderes Bundesland zu verschicken, nur weil in diesem Bundesland Plätze in einer Einrichtung mit einer geschlossenen Abteilung vorgehalten werden. Nicht minder gravierend ist, dass sich aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Stimmen mehren, die darauf hinweisen, dass dort zunehmend Kinder und Jugendliche anzutreffen sind, die eher in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe gehören.“



Stellungnahme der Bundesregierung

- „Die Bundesregierung teilt die Position der Sachverständigenkommission zur geschlossenen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der Jugendhilfe. Sie weist darauf hin, dass geschlossene Unterbringung auf der Rechtsgrundlage des SGB VIII in Verbindung mit § 1631 b BGB keinen Straf- bzw. Strafer-satzcharakter hat.“





DJI
Deutsches
Jugendinstitut



Forschung über Kinder, Jugendliche und Familien
an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis

Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Tanja Besier

**Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle
zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem**
Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform

Herausgeber: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts
Juni 2009



Fazit


Die „Schwierigsten“ brauchen komplexe Hilfen aus unterschiedlichen Systemen

Aufsuchende Ambulanzmodelle sind ermutigend und gewährleisten die störungsspezifische Versorgung von mehr Jugendlichen

Häufig eigener traumatischer Hintergrund bei den „Schwierigsten“

Rigide unflexible Ansätze, wie sie z.B. aus Boot camps übernommen werden häufig gefährlich

Intensivere sektorenübergreifende Behandlungsformen erforderlich auch zur Vermeidung von Fehlplatzierungen und Eskalationsspiralen mit freiheitsentziehenden Massnahmen





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

Albert Einstein

* 1889 Ulm



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie /
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm

Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

www.uniklinik-ulm.de/kjpp



Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

