



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

Die Schwierigsten - zwischen allen Stühlen?

Wer macht hier eigentlich was?

**Aufgaben der Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie**

25.03.2015 Bethel / Hannover



J. M. Fegert, Ulm





Offenlegung möglicher Interessenkonflikte

In den letzten 5 Jahren hatte der Autor (Arbeitsgruppenleiter)

ñ **Forschungsförderung** von EU, DFG, BMG, BMBF, BMFSFJ, Ländersozialministerien, Landesstiftung BaWü, Päpstliche Universität Gregoriana, Caritas, CJD

ñ **Reisebeihilfen, Vortragshonorare, Veranstaltungs- und Ausbildungs-Sponsoring** von DFG, AACAP, NIMH/NIH, EU, Goethe Institut, Pro Helvetia, **Shire**, Fachverbände und Universitäten sowie Ministerien

ñ **Keine industriegesponserten Vortragsreihen, Speakers bureau**

ñ **Klinische Prüfungen und Beratertätigkeit für Servier, BMBF, Lundbeck**

ñ **Mindestens jährliche Erklärung zu conflicts of interest gegenüber der DGKJP und AACAP wegen Kommissionsmitgliedschaft**

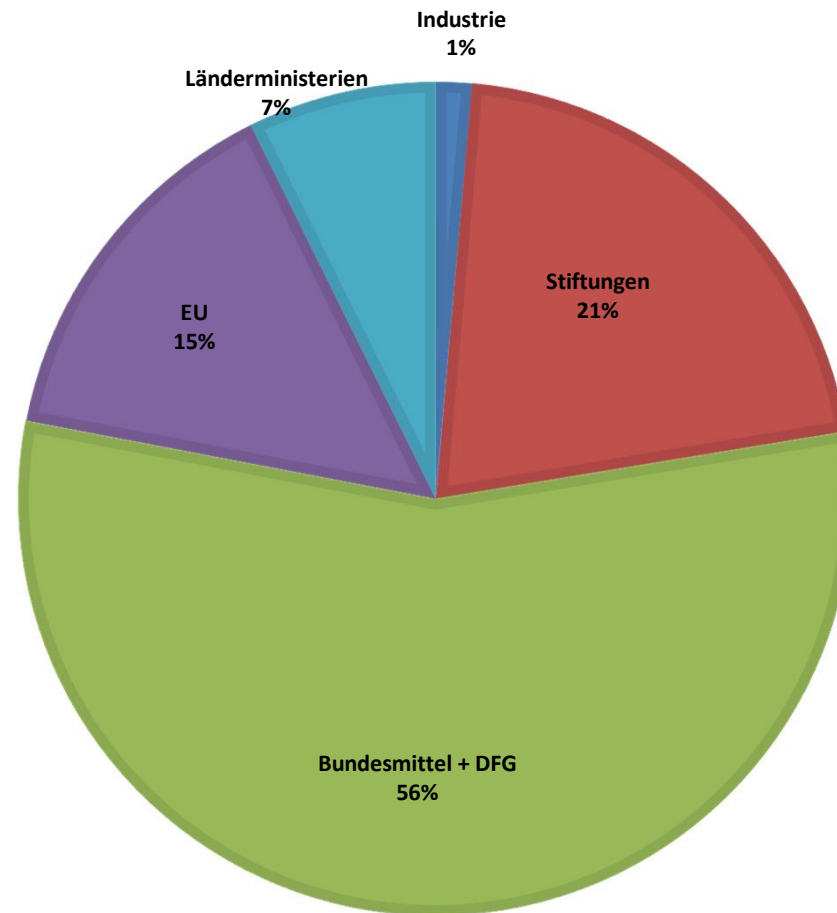
ñ **Kein Aktienbesitz, keine Beteiligungen an Pharmafirmen, Mehrheitseigner 3Li**





Proportionale Verteilung der Geldgeber

DRITTMITTELEINNAHMEN KJPP ULM 2013 NACH GELDGEBER





Gliederung

1. **Schnittstelle KJPP und Kinder- und Jugendhilfe**
2. Ausgangssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
3. ~~A~~ Große Lösung soll nun doch noch in dieser Legislatur kommen
4. Heimkinderforschung
5. Traumasensibilität der Jugendhilfe
6. Traumapädagogik
7. Fürsorge für sozialpädagogische Fachkräfte und Pflege- und Erziehungsdienst in Kliniken
8. Fazit
9. Dank





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 Kooperation zwischen beiden Bereichen erheblich. Zusätzlich unterscheiden sich beide Bereiche erheblich in ihren Forschungstraditionen und aktuellen Forschungsbemühungen. Die Bedeutung der Jugendhilfe wird durch die vielfältigen Vernetzungen mit den Bereichen „Schule“, „Justiz“, „Medizin“ etc. unterstrichen.

Schlüsselwörter: Heimkinder, Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychische Störungen, Kinderpsychotherapie.





Schnittstelle Jugendhilfe ñ Kinder- und Jugendpsychiatrie

Vor Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes **Streit um A/erhaltensauffälligkeitenó** Zuständigkeit der Jugendhilfe vs. Zuständigkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie

A/Drehtüreffekteó, 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





Aus dem Diskussionspapier des BVkE

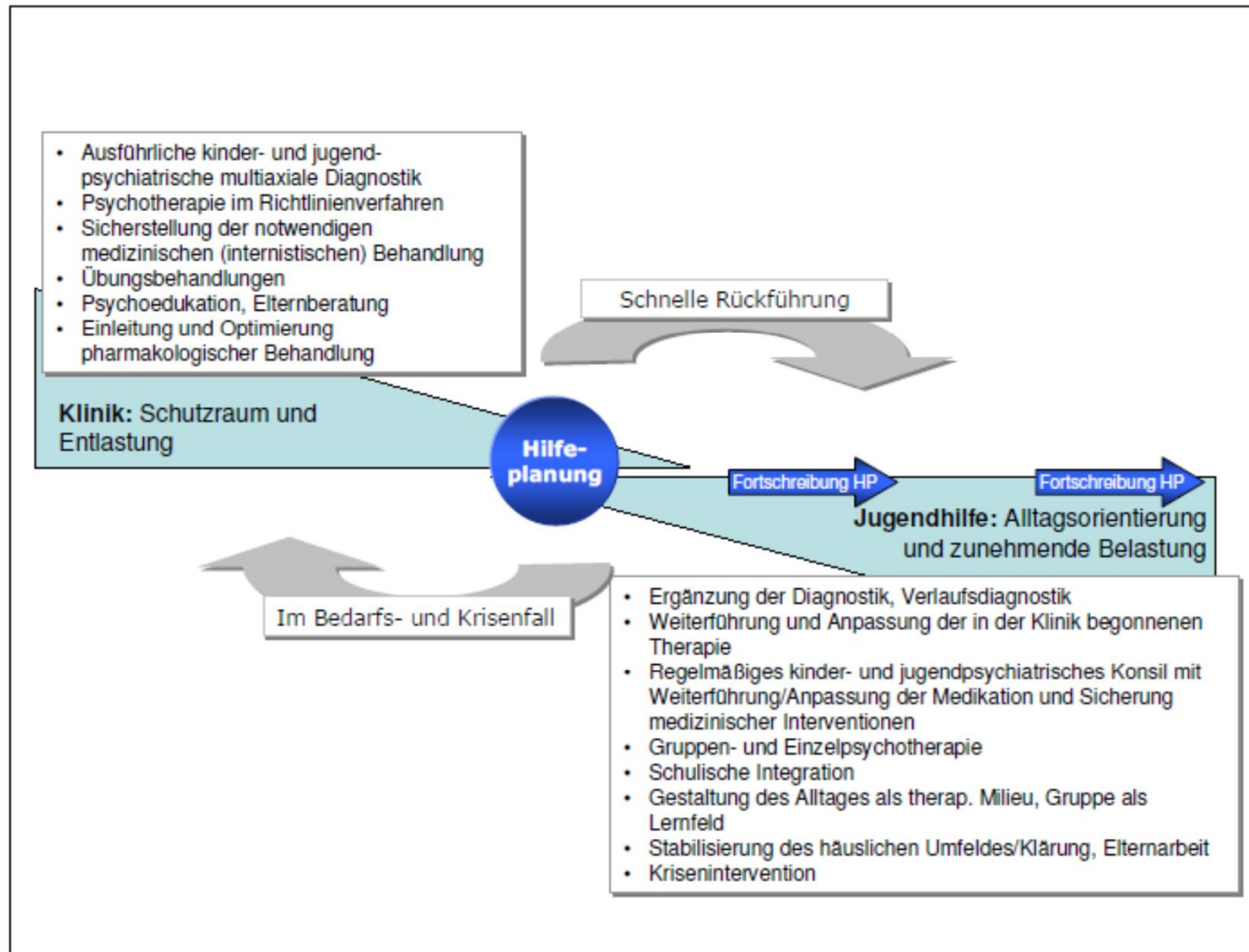


Abb. 3: Kooperation als gemeinsames Behandlungs- und Betreuungsprogramm



Bundesverband katholischer Einrichtungen
und Dienste der Erziehungshilfen e.V. (BVkE)



Diskussionspapier

Kooperation an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie – Zum Stand der Diskussion im BVkE

1 Bedarfsentwicklung und Schnittmenge

Epidemiologische Untersuchungen zur Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter weisen eine hohe Rate von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen aus. Es ist davon auszugehen, dass ca. 20 % aller Kinder und Jugendlichen im Alter bis 18 Jahre psychische Belastungen aufweisen, 5 % bis 7 % der Kinder und Jugendlichen in einem behandlungsbedürftigen Ausmaß. Dies hat dazu geführt, dass bei einem Rückgang des Anteils der unter 20-Jährigen an der Gesamtbevölkerung um 10 % in den Jahren von 2000 bis 2008 im gleichen Zeitraum die Zahl der stationären Behandlungsfälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie um 37 % gestiegen ist.

In den teilstationären und stationären Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung sammeln sich dabei Kinder und Jugendliche mit einem hohen Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln. Nationale und internationale Studien zeigen eine Prävalenzrate von 50 % bis 70 % psychischer Störungen in dieser Gruppe.

Durch den Ausbau der ambulanten, mobilen und flexiblen Hilfen hat sich innerhalb des Leistungskanons der Hilfen nach § 27ff. SGB VIII eine Verschiebung ergeben. Bei deutlich gestiegenen Fallzahlen in den erzieherischen Hilfen insgesamt ist das Segment der ambulanten Hilfen deutlich gestiegen (von 1991 bis 2007 von 61 % auf 81 %), während der Anteil an familienersetzenden Hilfen im gleichen Zeitraum gesunken ist (von 39 % auf 19 %). Dies bedeutet eine deutliche Akzentuierung der Problemlagen und psychischen Belastungen im Bereich der stationären Hilfen. Die dargestellten Entwicklungen führen zu einem erhöhten Bedarf an qualifizierten Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Jugendhilfe und zu kooperativen Behandlungs- und Betreuungsmodellen zwischen der Kinder- und





Gliederung

1. Schnittstelle KJPP und Kinder- und Jugendhilfe
- 2. Ausgangssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**
3. Große Lösung soll nun doch noch in dieser Legislatur kommen
4. Heimkinderforschung
5. Traumasensibilität der Jugendhilfe
6. Traumapädagogik
7. Fürsorge für sozialpädagogische Fachkräfte und Pflege- und Erziehungsdienst in Kliniken
8. Fazit
9. Dank





Ausgangssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

- Ç kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen umfassen im Mittel 40,7 Betten (Quelle: Statistisches Bundesamt und Gesundheitsbericht 2012 des BMG)
- Ç 143 Einrichtungen in der BRD mit 5.825 Betten
- Ç Versorgungsgebiete der Abteilungen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind im Durchschnitt dreimal so groß wie die Versorgungsgebiete der Erwachsenenpsychiatrie



Leistungsverdichtung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

- Ç **Verweildauer** in der stationären KJP, seit Einführung der Psych-PV **um 71 % verkürzt**
- Ç **Fallzahlen fast verdreifacht**
- Ç Zunahme von Notfall- und Krisenaufnahmen (Englert & Matkey 2004, 30 % der Gesamtaufnahmen)
- Ç Nach dem § 21 Datenfile zwischen 2011 und 2013 Werte bis zu 48 % Notaufnahmen außerhalb der Dienstzeiten zwischen 17.00 Uhr ñ 8.00 Uhr und am Wochenende
- Ç Krankenhausplanung Baden-Württemberg geht von 40 % ungeplante Aufnahmen bei knapp der Hälfte der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen aus. Bei einem Viertel sogar 50 % Quote
- Ç Vergleich: Zunahme von 50 % der Inobhutnahmequote in der Jugendhilfe zwischen 1995 und 2013 (Statistisches Bundesamt 2014)





www.nervenheilkunde-online.de
www.schattauer.de

Nervenheilkunde 2015; 34: 1-116 · ISSN 0722-1541 · E 1278

Nervenheilkunde

ZEITSCHRIFT FÜR INTERDISZIPLINÄRE FORTBILDUNG 1-2|2015



Trends bei Hilfen für Kinder

Biomarkeridentifizierung und
Anwendung bei der
Muskeldystrophie Typ Duchenne

 Schattauer

Nachlesen
Schmerz-Kongress
und ECNP





Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern

Analyse der Häufigkeiten der Jahre 2003 bis 2012

P. L. Plener; J. Straub; J. M. Fegert; F. Keller

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm

Schlüsselwörter

Stationäre Behandlungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Diagnosen, psychiatrische Erkrankungen, Deutschland

Keywords

Inpatient treatment, child and adolescent psychiatry, diagnoses, psychiatric disorders, Germany

Zusammenfassung

Die aktuellen Daten aus der KIGGS-Studie zeigen keine Zunahme an psychischen- und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter in der Allgemeinbevölkerung, während eine Zunahme von psychopharmakologischer Behandlung zu verzeichnen ist. Diese Arbeit analysiert die Häufigkeit der Vergabe von Diagnosen des Kapitels F der ICD-10 in der stationären Behandlung bei Kindern bis zum 15. Lebensjahr in den Jahren 2003 bis 2012. Eine signifikante Zunahme in fast allen Bereichen war nachweisbar. Lediglich in den Bereichen organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0), Schizophrenie, schizotyp und wahnhaft Störungen (F2), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) und Intelligenzstörung (F7) zeigte sich im untersuchten 10-Jahres-Zeitraum ein stabiles Niveau bzw. eine Abnahme der Diagnosehäufigkeit.

Summary

Recent data from the nationwide German KIGGS survey show a stable level of psychiatric and behavioural symptoms in a community sample. Nevertheless, rates of psychopharmacological treatment in childhood and adolescence are increasing. This study analyses the prevalence of ICD-10 chapter F diagnoses, from German hospitals in children up to the age of 15 in the years 2003 to 2012. There was a significant increase in most diagnostic groups with the exception of organic (F0), schizophrenic (F2), personality and behavioral disorders (F6) and mental retardation (F7), showing stable or even decreasing rates of hospital treatments in a 10 year time frame.

Korrespondenzadresse

Dr. Paul Plener
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinik Ulm
Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm
Tel. 0731/50061765
Paul.Plener@uniklinik-ulm.de

Treatment of mental diseases in children in German hospitals: Analysis of frequencies in the years 2003 to 2012

Nervenheilkunde 2015; 34: 18–23

eingegangen: 28. August 2014

angenommen: 13. Oktober 2014



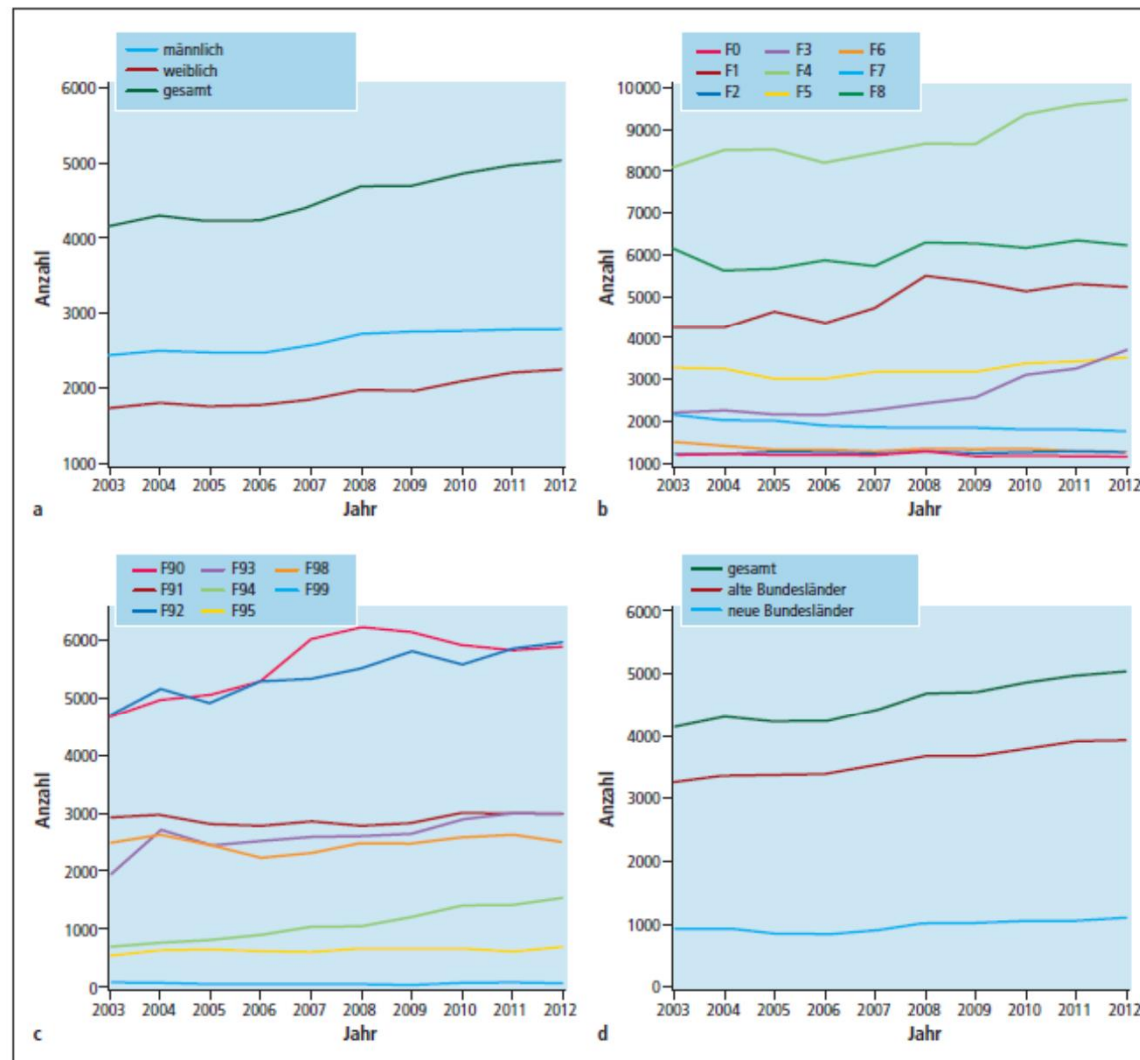


Abb. 1
Krankenhausdiagnosen der Jahre 2003 bis 2012 in der Altersgruppe 0 bis 15
a) Kategorie F (gesamt und nach Geschlecht)
b) Kategorien F0 bis F8
c) Kategorien F90.x bis F99.x
d) Kategorie F in alten und neuen Bundesländern





Tab. 2 Steigerung der F-Kategorie und F9-Subkategorien der Krankenhausdiagnosen bei 0- bis 15-Jährigen in den Jahren 2003 bis 2012

Kategorie	Steigungs- koeffizient	p
F0 Organische einschl. symptomatische psychische Störungen	-7,43	0,12
F1 Psych. u. Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	148,50	0,002
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	2,07	0,50
F3 Affektive Störungen	179,28	0,001
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	186,88	< 0,001
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	39,99	0,05
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	-18,42	0,02
F7 Intelligenzstörung	-42,20	< 0,001
F8 Entwicklungsstörungen	68,76	0,04
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	492,25	< 0,001
F90 Hyperkinetische Störungen	149,14	0,005
F91 Störungen des Sozialverhaltens	12,40	0,235
F92 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	15,75	< 0,001
F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	86,67	0,003
F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend	98,26	< 0,001
F95 Tic-Störungen	8,87	0,033
F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	10,64	0,485
F99 Psychische Störung ohne nähere Angabe	0,75	0,519





Zuspitzung der Entgelt Diskussion durch Ersatzvornahme durch das BMG:

massive Proteste praktisch aller Fachverbände, incl.
Angehörigen und Patientenvertreter

(abweichend: neutral vermittelnd: APK; dezent dafür: BPthK)

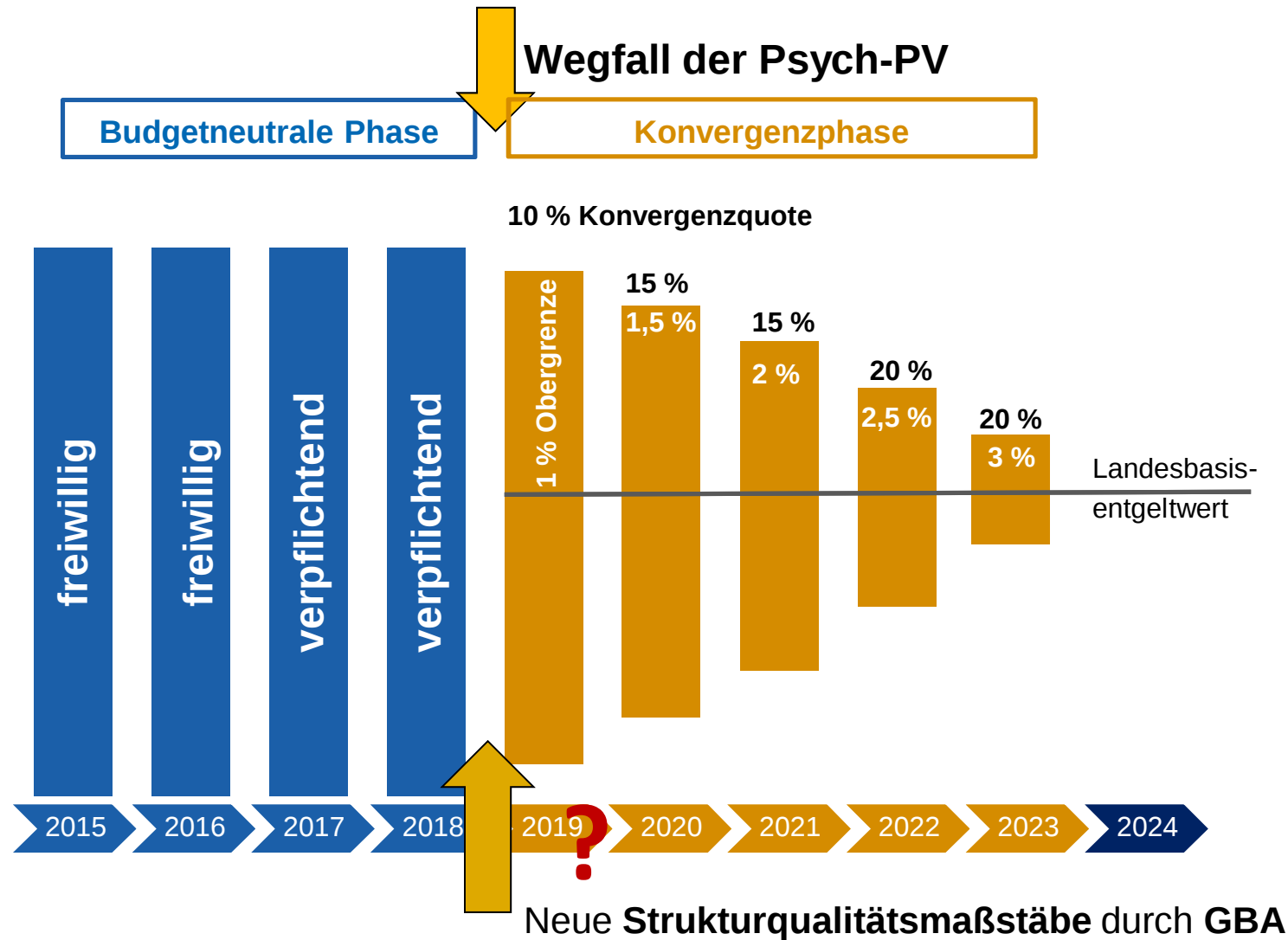


- Ç in 3 Tagen mehr als 32.000 Unterschriften gegen PEPP
- Ç dem BMG parallel zur letzten Anhörung am 12.11.2012 übergeben



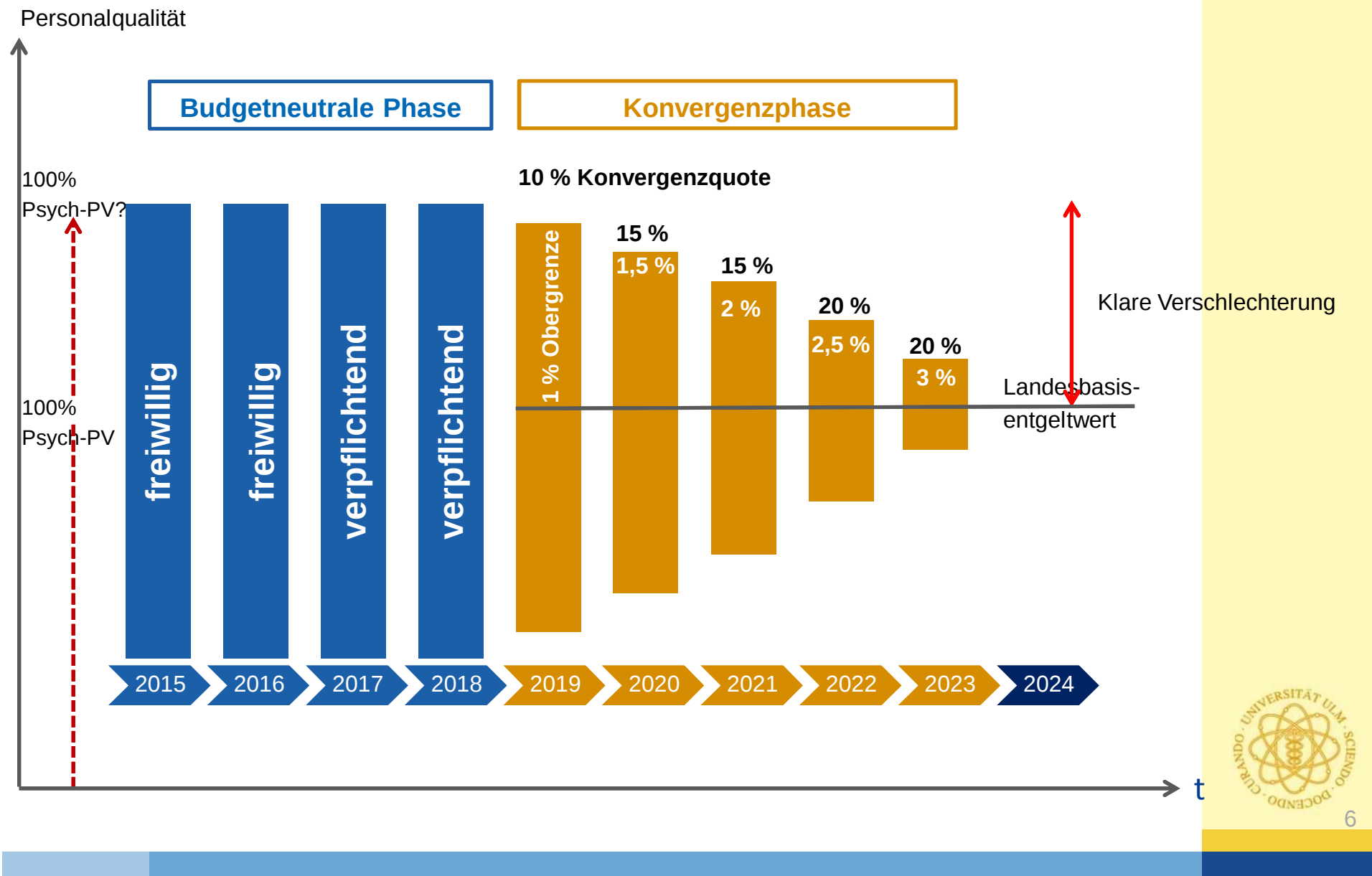


Einführung des neuen Entgeltsystems nach dem KHRG: Strukturqualität bewahren



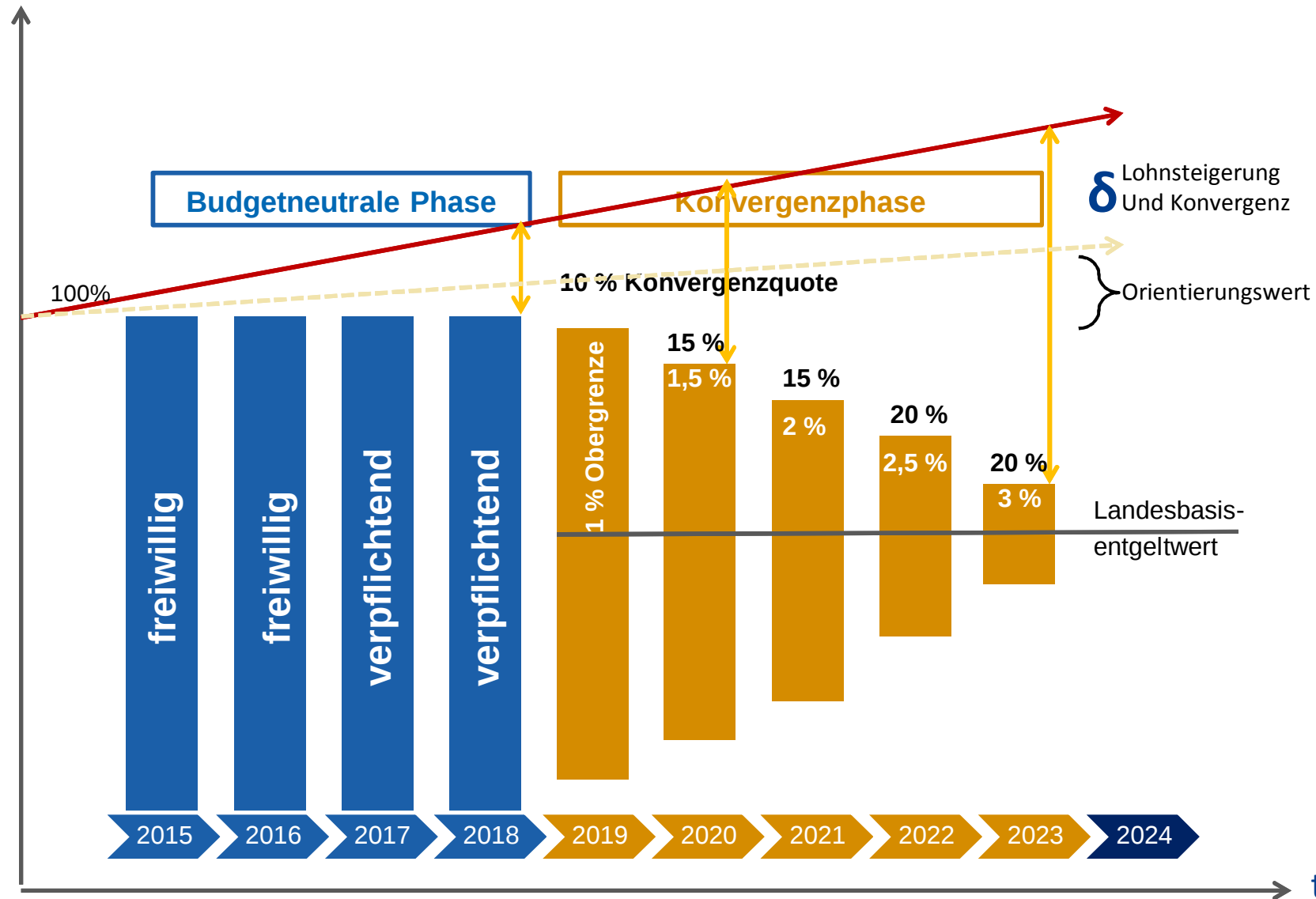


Einführung des neuen Entgeltsystems : Ausgangspunkt 100% Psych-PV





Einführung des neuen Entgeltsystems : Strukturqualität bewahren





Modellvorhaben sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besonders notwendig

Ç Im Ausland hat sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mittlerweile eine differenzierte Versorgungskette mit aufsuchenden Behandlungsansätzen etc. entwickelt. In Deutschland ist aufwendige intensive Behandlung immer noch an das um Mitternacht belegte Bett oder den Tagesklinikplatz gebunden.



Nur 2 sog. Modelle entstehen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Modellparagraph § 64b SGB V sah die Entwicklung von Modellen in jedem Bundesland, unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor.

§ 64b SGB V Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

(1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. **In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden.** Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. § 63 Absatz 3 ist für Modellvorhaben nach Satz 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass von den Vorgaben der §§ 295, 300, 301 und 302 sowie des § 17d Absatz 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht abgewichen werden darf. § 63 Absatz 5 Satz 1 gilt nicht. Die Meldung nach Absatz 3 Satz 2 hat vor der Vereinbarung zu erfolgen.

Ç **konstruiert als Bestandswahrungsklausel**

Ç **Keine (hinreichende) Grundlage für die Entstehung und Evaluation von Modellen**





§ 64 b SGB V Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

- (1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf einer Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, **einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld**. In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden.





Intentionen von Modellvorhaben nach § 64 b SGB V

- Ç Verbesserung der Patientenversorgung
- Ç Sektorübergreifende Leistungserbringung
- Ç Komplexe psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld
- Ç Besondere Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1. Derzeit deutschlandweit nur 2 Modellvorhaben als Anhängsel in erwachsenenpsychiatrischen Einrichtungen



Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
(Leiter: Dr. H. MEITINGER) am Psychiatrischen Landeskrankenhaus in
Weinsberg (Direktor: Prof. Dr. F. REIMER)

Behandlung im natürlichen Milieu

MARLIS HEIL, MARIANNE KUNZE-TURMANN, J. FEGERT, H. MEITINGER

Die Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen im häuslichen Milieu hat eine Reihe von Vorteilen. Sie kann die stationäre Behandlung zwar nicht ersetzen, stellt aber eine wesentliche Ergänzung des Therapiespektrums für die Kinder- und Jugendpsychiater dar. Eine wesentliche Voraussetzung ist die Mitarbeit der Eltern.

Nach einer Literaturübersicht über die bisherigen Erfahrungen mit dem „Home treatment“ werden eigene Erfahrungen der Autoren anhand zweier Kasuistiken dargestellt.

Home treatment. Home treatment of emotionally disturbed children and adolescents has a number of advantages. Although it is not a substitute for residential treatment, it is an important addition to the treatment repertoire available to the child psychiatrist. Parental involvement in therapy is essential if home treatment is to be successful.

Following a review of the literature, the authors discuss their own experience with home treatment on the basis of two typical cases.

Therapie im Milieu – Erfahrungsbericht

home treatment – anecdotal report

1. Problemstellung

Es kann als allgemein gültige Erfahrung angesehen werden, dass psychische Erkrankungen und Störungen in engem Bezug zum sozialen Umfeld zu sehen sind. Daraus resultiert, dass in der Therapie die sozialen Gegebenheiten im notwendigen Umfang zu berücksichtigen sind. Deshalb erscheint es auch folgerichtig, dass neue Untersuchungen mehr und mehr der Frage nachgehen, wieweit Behandlungen ausserhalb des „natürlichen Milieus“ vermeidbar und stattdessen im gegebenen sozialen Umfeld durchführbar sind. Hierbei ist besonders zu prüfen, wieweit sich z. B. in der





Klinische
Psychologie
+ Psycho-
pathologie

Helmut Remschmidt
Martin H. Schmidt (Hrsg.)

Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung
und Home-treatment im Vergleich

 Enke





- Praxis oder Ambulanz (Institutsambulanz)
- Intensives Case Management (kombinierte psychiatrische, medizinische, rechtliche und soziale Hilfen) community based
- Home-based treatment services
- Family support services
- day treatment program
- Tagesklinik = partial hospitalisation
- Emergency/Crisis services
- Hospital treatment (Vollstationäre Behandlung)



Kontrahierungszwang im Kindes- und Jugendalter notwendig

- Ç Marktmechanismen einer Konkurrenz der Krankenkassen spielen nicht
- Ç Kinder und Jugendliche wählen nicht eigenständig ihre Versicherung sondern sind von den Eltern abhängig (Familienmitversicherte)
- Ç Empfänger von Sozial- und Transferleistungen sind ohne eigene Wahlmöglichkeit über Kommunen versichert (Anteil der Gruppe dieser Versicherten unter den Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie überrepräsentiert, auch KiGGS-Survey zeigt deutliche Unterschichtlastigkeit bei psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen)
- Ç Kleines Mengengerüst: Es ist unökonomisch und stark fehleranfällig zwei Abrechnungssysteme im Modell und im Regel-PEPP-Betrieb bei kleinen Gruppengrößen gleichzeitig vorzusehen: keine hinreichende statistische Power, Schwierigkeiten bei der Begleitevaluation
- Ç Differenzierte Leistungsdokumentation nach PEPP deshalb auch in Modellen notwendig. Evaluation darf nicht ins Belieben von Krankenkassen gestellt werden



Kontrahierungszwang im Kindes- und Jugendalter notwendig

- Ç Lösungsvorschlag für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und ñ psychotherapie:
 - Ç nur ~~A~~gemeinsam und einheitlichómit allen Kostenträgern sind hinreichend große Patientenzahlen erreichbar, ist ein sektorenübergreifendes Team groß genug, um die erforderliche Strukturqualität eines kompetenten Behandlungsteams für Kinder und Jugendliche zu bieten und sind aussagekräftige Datenmengen zu erzielen
- Ç Lösungsvorschlag Ausnahmeregelung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und ñpsychotherapie, Kontrahierungszwang:
 - Ç ~~A~~Für die Altersgruppe der unter 18 jährigen sind auf Grund der sonst so geringen Anzahl modellhaft zu versorgender Patienten gemeinsame Verträge aller beteiligten Kostenträger einheitlich abzuschließen.ó
 - Ç Gleichzeitig muss eine verpflichtende Begleitevaluation nach gleichen Standards angeordnet werden





Gliederung

1. Schnittstelle KJPP und Kinder- und Jugendhilfe
2. Ausgangssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
3. **A Große Lösungó soll nun doch noch in dieser Legislatur kommen**
4. Heimkinderforschung
5. Traumasensibilität der Jugendhilfe
6. Traumapädagogik
7. Fürsorge für sozialpädagogische Fachkräfte und Pflege- und Erziehungsdienst in Kliniken
8. Fazit
9. Dank





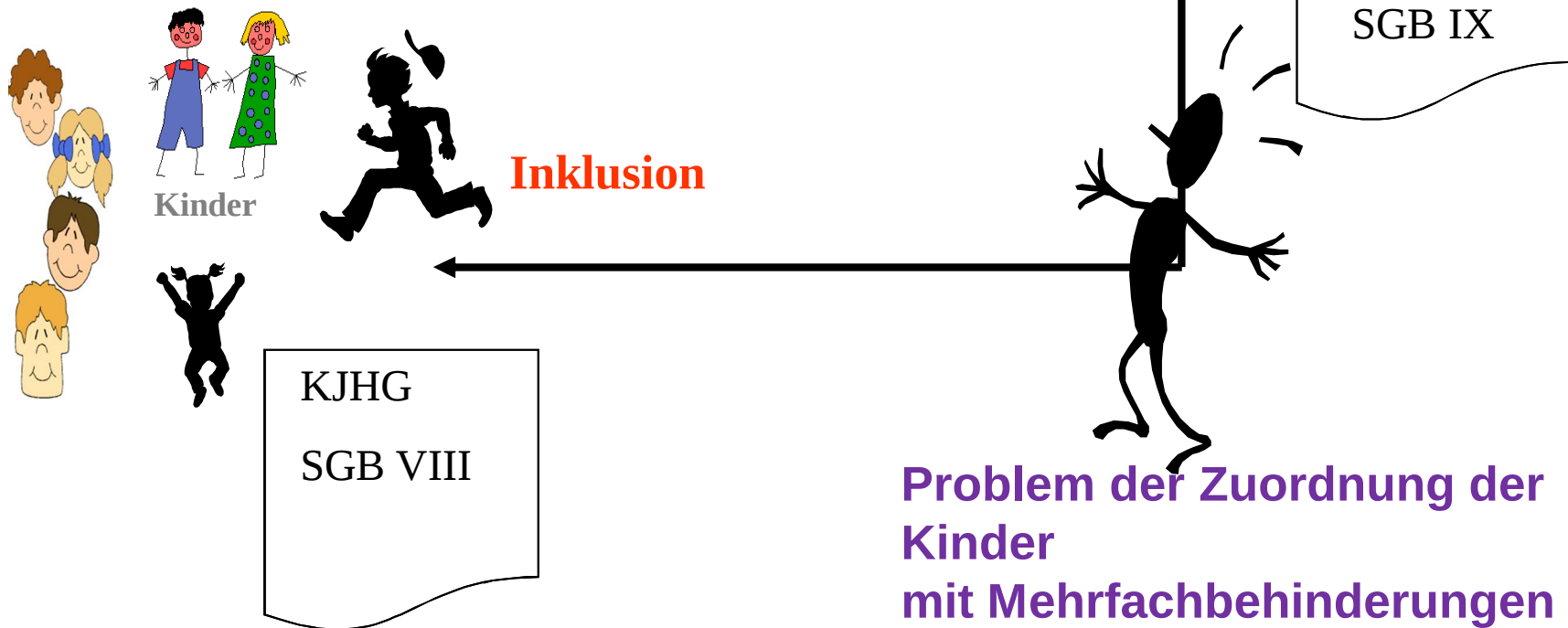
Perspektive in Sicht 2015? Bistlang verpasste Chancen Große Lösung

- Ç 1990 bei Einführung des KJHG
- Ç Nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht und der
Stellungnahme der Bundesregierung
- Ç Nach den Ergebnissen der Bund-Länder-
Arbeitsgruppe
- Ç Nach der Wahl 2013 ñ nichts konkretes zur
Inklusion und großer Lösung im
Koalitionsvertrag
- Ç Abkoppelung von der Entwicklung im
Erwachsenenalter: Teilhabegeld, pers. Budget für
Komplexleistungen
- Ç 2015 soll nun ein Gesetzentwurf des BMFSFJ
kommen: Recht auf Teilhabe für alle Kinder- und
Jugendlichen



Hilfen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder

Auf dem Weg zur großen Lösung?





Exklusion ist teuer (EU Grünbuch)

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

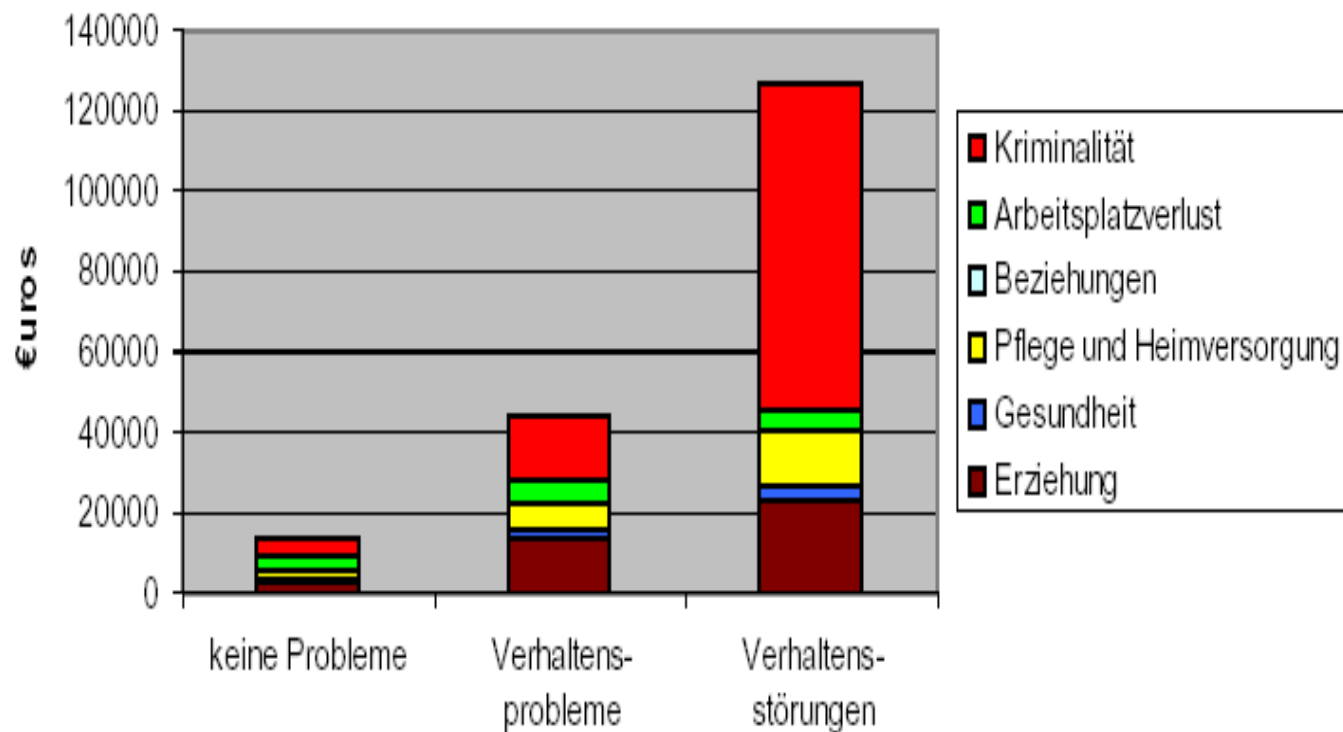


Abb.: Langzeitkosten psychischer Gesundheitsprobleme, umgerechnet auf Euro zum Preisniveau 2002 (Scott, Knapp, Henderson & Maughan, 2001. Umrechnung in Euro durch David McDaid, Mental Health Economics European Network).

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.





Gliederung

1. Schnittstelle KJPP und Kinder- und Jugendhilfe
2. Ausgangssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
3. ~~A~~ Große Lösung soll nun doch noch in dieser Legislatur kommen
- 4. Heimkinderforschung**
5. Traumasensibilität der Jugendhilfe
6. Traumapädagogik
7. Fürsorge für sozialpädagogische Fachkräfte und Pflege- und Erziehungsdienst in Kliniken
8. Fazit
9. Dank





Heimkinderforschung

- Ç Ulmer Heimkinderstudie
- Ç Pädzi (CJD)
- Ç Heimkinderinterventionsstudie (BMBF)
- Ç MAZ (Schweiz)
- Ç Modellversuch Traumapädagogik
(Themenheft Trauma und Gewalt)
- Ç Neuer Katamnese Modellversuch
beantragt
- Ç 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 ñ nicht die Ausnahme! Nur 42% haben keine Störung, 39% mindestens 2 Diagnosen:

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





<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

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

Accepted: 28 January 2008

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.





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/Familietherapie, 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

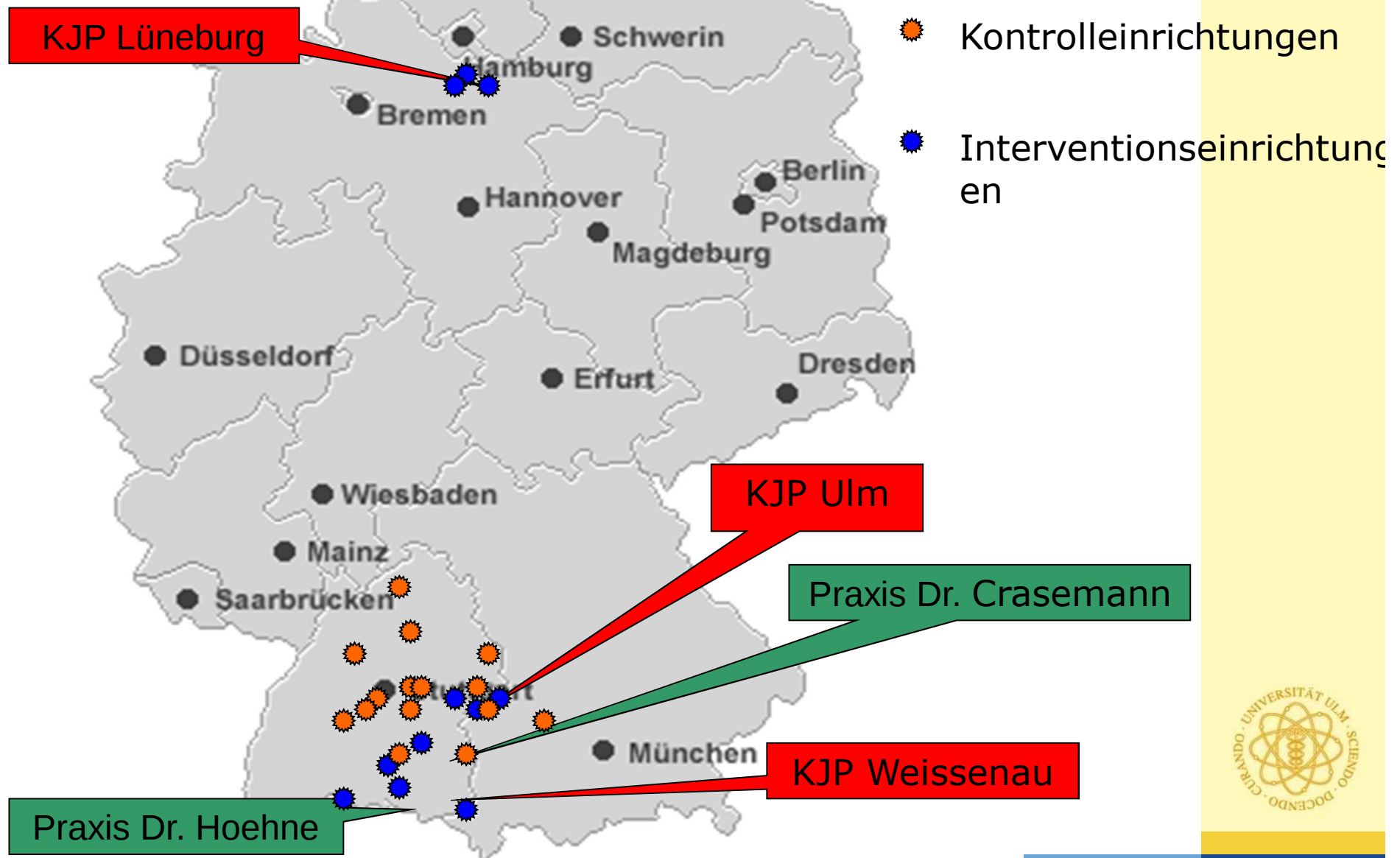
5.) Mehrstufige Kriseninterventionsvereinbarungen

(siehe folgende Folie)

6.) Fortbildungsmodule für die Einrichtungen über bedeutsame Störungsbilder

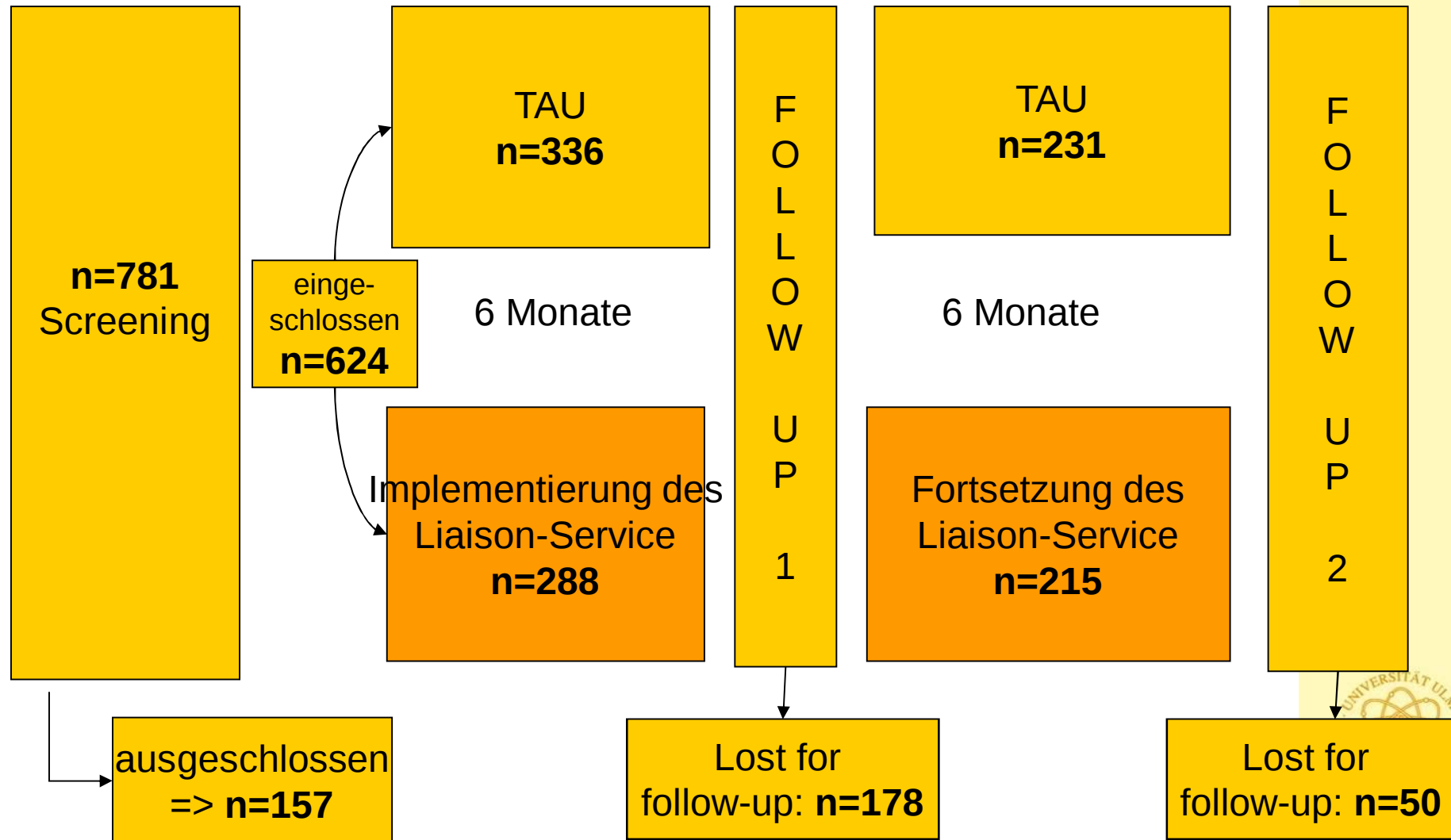
- ñ Hyperkinetische Störungen
- ñ Einsatz von Psychopharmaka
- ñ Aggressive Verhaltensstörungen
- ñ Suchtprävention
- ñ Selbstverletzung und Suizidalität

Heimkinderinterventionsstudie BMBF und Krankenkassen gefördert



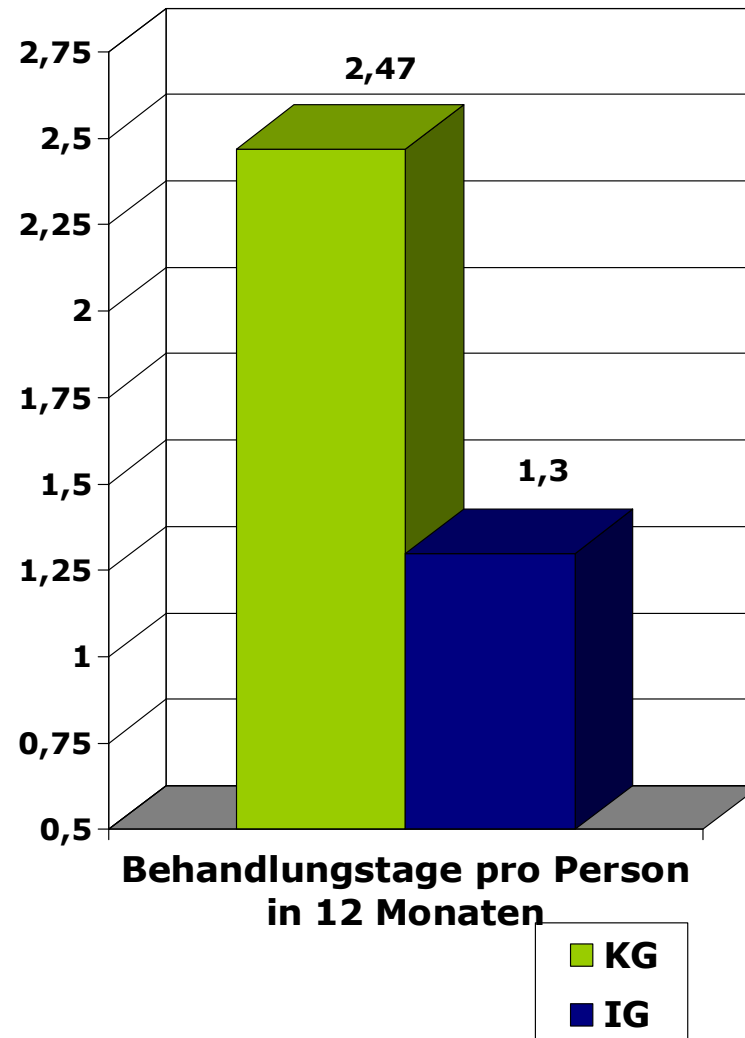


Design: case-flow





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

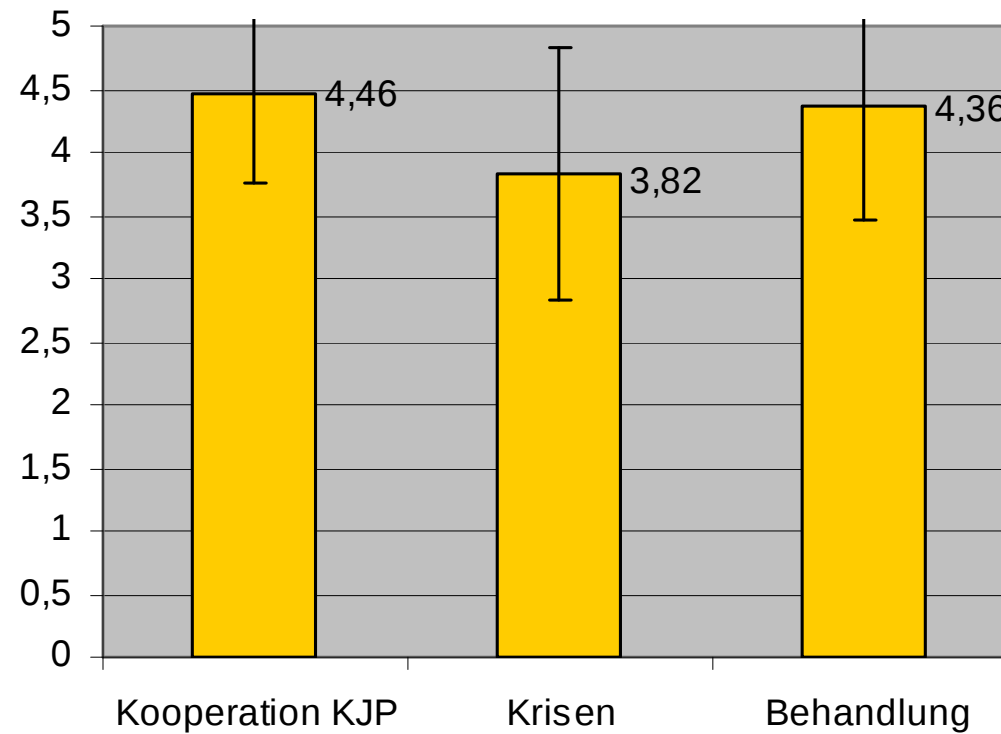




Zufriedenheit der Jugendhilfe

sehr zufrieden

unzufrieden



■ Zufriedenheit (n=11)





Exkurs: Behandlung gegen den Willen und mit Zwangsmassnahmen im Rahmen der Behandlung der ~~A~~Schwierigstenó

BGH 7. 8.2013 XII ZB 559/11 § 1631b BGB:
Fixierung mdj. Kinder ist keine Unterbringung

1. Die nächtliche Fixierung eines Kindes in einer offenen heilpädagogischen Einrichtung ist keine genehmigungsbedürftige Unterbringungsmaßnahme im Sinne des § 1631b BGB.

2. Die Vorschrift des § 1906 IV BGB gilt nur für volljährige Betreute und kann im Kindschaftsrecht nicht analog angewendet werden.

(Anm. *Salgo* folgt in FamRZ 2013, Heft 21)





Statistik zu § 1631 b BGB im Jahr 2012

Ç **13.024** familiengerichtliche
Entscheidungen,

Ç davon

Ç Baden-Württemberg **1.323**

Ç OLG Bezirk Stuttgart **593**

Ç OLG Bezirk Karlsruhe **726**





Andere Bundesländer

- Ç Bayern **2.619**
- Ç Bremen **51**
- Ç Hamburg **306**
- Ç Mecklenburg-Vorpommern **119**
- Ç Niedersachsen **1.829**
- Ç NRW **2.951**
- Ç Rheinland-Pfalz **599**
- Ç Saarland **131**
- Ç Sachsen **586**
- Ç Sachsen-Anhalt **384**
- Ç Schleswig-Holstein **335**
- Ç Thüringen **282**
- Ç Hessen **1.042**
- Ç Brandenburg **210**
- Ç Berlin **257**





Handlungsrepertoire im Grenzbereich

Freiheitseinschränkung:

- nur Station, Bettruhe, nur in Begleitung
- Isolierung:
 - Zelle, Time Out
- Fixierung

Körperliche Gewaltanwendung:

- Festhalten
- Gabe einer Spritze bei gleichzeitigem Festhalten

Medikamentöse „Ruhigstellung“

Gratifikationsentzug

Kontaktsperre

Zwangsernährung, Sondierung

Diagnostische Zwangsmaßnahmen





Aufklärung und Partizipation

Sonja Rothärmel / Ines Dippold / Katja Wiethoff
Gabriele Wolfslast / Jörg M. Fegert

Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugend- psychiatrie und Psycho- therapie

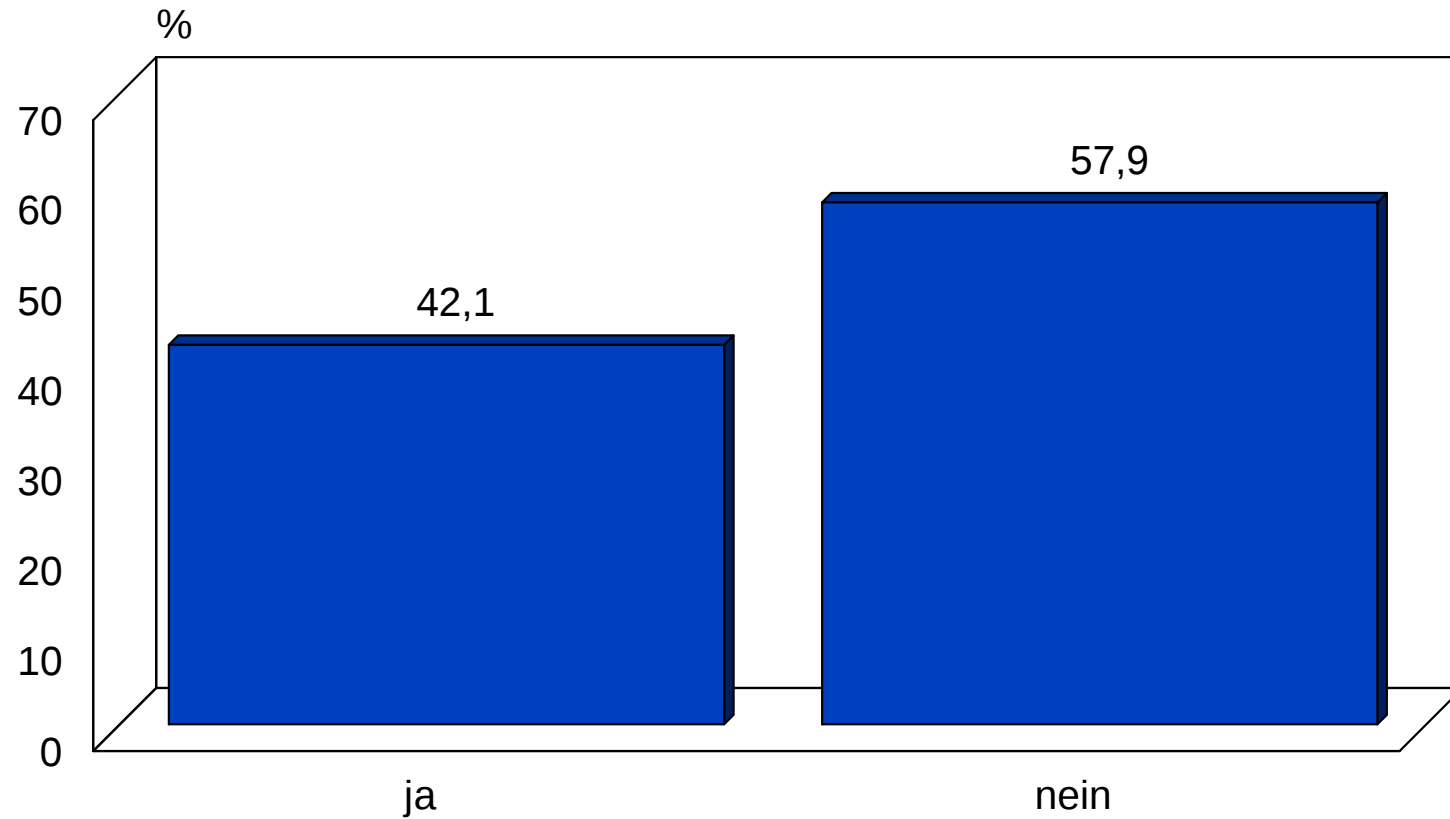
Vandenhoeck & Ruprecht





Hat Dich jemand über Deine Rechte aufgeklärt?

N = 107

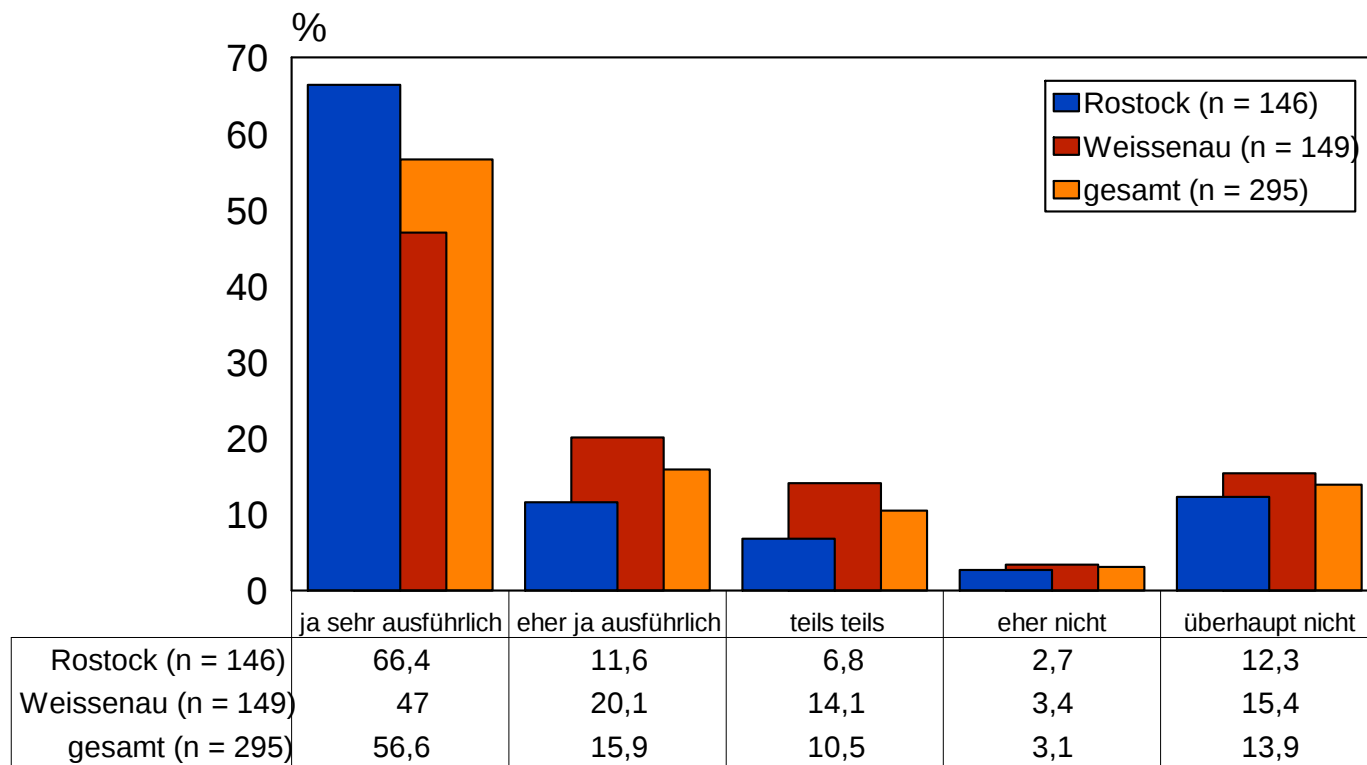


keine Angaben = 1 weiß nicht = 3





Wurdest Du informiert über die Stationsregeln?



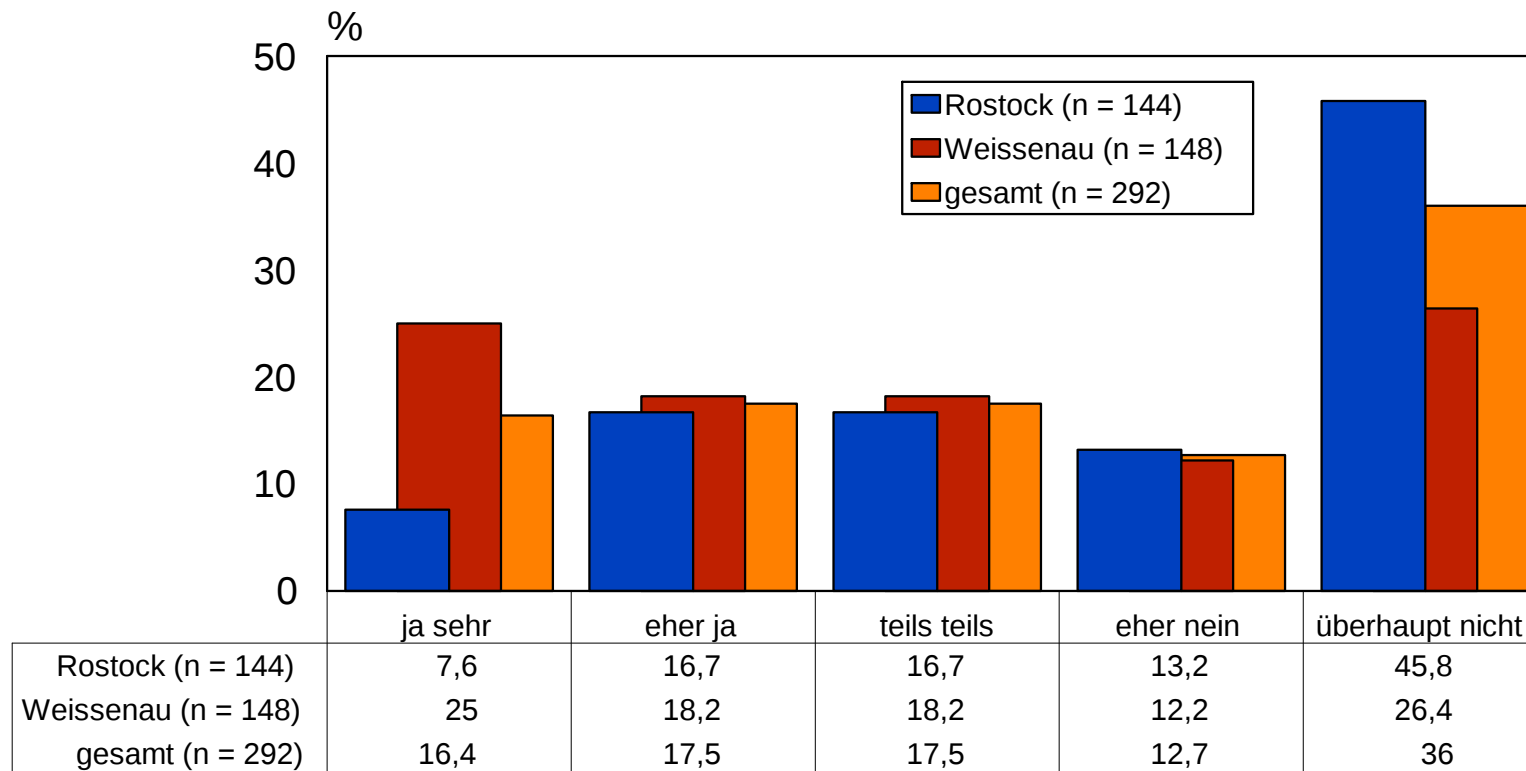
Rostock: keine Angaben = 1

Weissenau: keine Angaben = 2





Wurdest Du informiert über Deine Behandlung?



Rostock: keine Angaben = 2 weiß nicht = 1
Weissenau: keine Angaben = 3





Niederschwellige Beschwerdesysteme für Kinder



Freisprechanlage zum Patientenfürsprecher und zu den umliegenden Jugendämtern in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Ulm





Fast alle Staaten der Erde haben die
Kinderrechtskonvention
unterschrieben, die allen Kindern
und Jugendlichen ein Leben in
Freiheit, Frieden und Gerechtigkeit
sichern soll.



Entsprechend der UN-
Kinderrechtskonvention
sind die Rechte von
Mädchen und Jungen
auf institutioneller
Ebene verankert

Ohne Möglichkeit diese
einzufordern, bleiben
Regeln und Rechte
wirkungslos





Information





Jugendhilfestatistik

Begonnene Hilfen, mit richterlicher Genehmigung für eine Unterbringung mit Freiheitsentzug 2012

Ç unter 18 = 736

davon

401 männlich

335 weiblich

Richterliche Genehmigung für eine Unterbringung mit Freiheitsentzug am 31.12. Stichtagserhebung

Ç Unter 18 = 1.273

davon

707 männlich

566 weiblich





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

*Qn 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.ó





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. Strafersatzcharakter hat.





Band 258

Schriften zum
deutschen,
europäischen und
vergleichenden
Zivil-, Handels-
und Prozessrecht

Harald Vogel

Die familiengerichtliche
Genehmigung der
Unterbringung mit
Freiheitsentziehung
bei Kindern und
Jugendlichen nach
§ 1631b BGB

GIESE
KING





Stellungnahme Jugendhilfekommission



www.kinderpsychiater.org



www.dgkjp.de

Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG KJPP, BKJPP

erarbeitet durch die Gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit,
Soziales und Inklusion

Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfeeinrichtungen –
Empfehlungen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie für das
Verfahren nach § 1631b BGB und die Gestaltung der Maßnahmen

Autoren: Michael Kölch, Veit Roessner, Hubertus Adam

Ausgangslage

Die Begrenzung der Freiheit einer Person, unabhängig vom Alter, stellt einen erheblichen Eingriff in die Rechte eines Menschen dar. In der jüngsten Vergangenheit sind freiheitsentziehende Maßnahmen in Krankenhäusern und in Einrichtungen der Jugendhilfe öffentlich diskutiert worden. In psychiatrischen Kliniken ging es dabei um die Behandlung psychisch Kranker gegen ihren Willen im Rahmen der Unterbringungsgesetze der Länder, in Einrichtungen der Jugendhilfe um geschlossene Unterbringung.

Die Kommission für Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (DGKJP, BAG KJPP, BKJPP) nimmt mit dem vorliegenden Papier zu der Problematik freiheitsentziehender Maßnahmen in der Jugendhilfe Stellung. Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich aus den unmittelbaren Schnittstellen der Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und der Kinder- und Jugendhilfe: Kinder- und Jugendliche in Einrichtungen der Jugendhilfe weisen zu einem hohen Grad behandlungsbedürftige psychische Störungen auf (Schmid,



Bundesarbeitsgemeinschaft
der Leitenden
Kinder- und Jugendpsychiatrischen
Kliniken für Kinder- und
Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e. V. (BAG)
Dr. med. Ingo Spitznack von
Brisinski
Vorsitzender
LVR-Kliniken Viersen
Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie des
Kinder- und Jugendalters
Mönsterstr. 14
41749 Viersen
Tel.: 0 21 62 - 96-5000 oder -31
Fax: 0 21 62 - 96-5647
E-Mail: ingo.spitznack@lvr.de
brisinski@lvr.de



Berufsverband für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psycho-
somatik und Psychotherapie
in Deutschland e. V. (BKJPP)
Dr. med. Maik Herberhold
Vorsitzender
Hauptstr. 207
44092 Bochum
Tel.: 02 34 - 2 96 96 20
Fax: 02 34 - 2 96 96 21
E-Mail: herberhold@bkjpp.de



Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie (DGKJP)
Prof. Dr. med. Jörg Fegert
Präsident
Direktor der Klinik für
Kinder- und
Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm
☎ 0731 / 5006-1600; ☎ 0731 /
5006-1602
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-
ulm.de

http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2014/gemeinsame%20Stellungnahme%20Freiheitsentziehende%20Maßnahmen%20in%20Jugendhilfeeinrichtungen_final%20mit%20Unterschriften2014-10-23.pdf





Gliederung

1. Schnittstelle KJPP und Kinder- und Jugendhilfe
2. Ausgangssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
3. Große Lösung soll nun doch noch in dieser Legislatur kommen
4. Heimkinderforschung
- 5. Traumasensibilität der Jugendhilfe**
6. Traumapädagogik
7. Fürsorge für sozialpädagogische Fachkräfte und Pflege- und Erziehungsdienst in Kliniken
8. Fazit
9. Dank





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 ~~A~~verschiebebahnhöfe und bisweilen ~~A~~schwarze Löcher





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

1	Einleitung	989
1.1	Vorbemerkung.....	989
1.2	Einführung in den Themenbereich der (drohenden) seelischen Behinderung	991
2	Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Kinder mit psychischen Störungen und traumatischen Belastungen in der stationären Jugendhilfe.....	998
3	§ 35a SGB VII Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung – Präzisierung der ärztlichen Rolle und Bedeutung der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung ..	1010
3.1	Ärztliche Rolle im Verfahren.....	1010
3.2	Teilhabebeeinträchtigung.....	1014
3.3	Begriffsdefinitionen von Teilhabe nach der WHO	1015
3.4	Instrumente zur Erfassung von Aspekten der Teilhabebeeinträchtigung.....	1019
3.5	Praxis der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung	1020
3.6	Anforderungen an eine vereinheitlichte Feststellung.....	1022





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





Heimkinder Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht

Fegert & Besier (2009):

Heimkinder und ñjugendliche mit psychischen Störungen waren meist kumulierenden psychosozialen Belastungen ausgesetzt.

Vor allem Aufmerksamkeitsstörungen und externalisierende Probleme führen zu einer schlechten Prognose und häufig einer delinquenten Karriere.

Trotz des hohen Behandlungsbedarfs ist eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychotherapeutische Unterversorgung zu verzeichnen. Insbesondere für traumatisierte Kinder gibt es in unserem kulturellen Kontext kaum gut abgesicherte, empirisch fundierte Psychotherapie- oder traumapädagogische Ansätze.

**Jugendhilfe sollte traumasensibler werden
(Forderung der Bundesregierung)**





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)





Traumasensible Jugendhilfe? Sexuell missbrauchte Kinder erhalten keine spezifischen Hilfen

Mikado Teilprojekt BMFSFJ



Trends bei Hilfen für Kinder

26

Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexuell viktimisierte Kinder und Jugendliche

A. Münzer, J. M. Fegert, A. Witt, L. Goldbeck

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm

Schlüsselwörter

Sexuelle Viktimisierung, Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen, psychiatrische Versorgung, psychotherapeutische Versorgung

Zusammenfassung

Gegenstand und Ziel: Sexuelle Viktimisierung kann zu massiven Belastungen führen, der die Kinder- und Jugendhilfe sowie Angebote therapeutischer Versorgung zu begegnen versuchen. Die vorliegende Studie untersucht die aktuelle psychische Gesundheit sexuell viktimisierter Kinder und Jugendlicher sowie ihre Inanspruchnahme von Hilfen. **Material und Methode:** Von 70 Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen wurden die genaue Misshandlungsanamnese, aktuelle psychische Belastungen sowie die Inanspruchnahme von Hilfen erfasst. **Ergebnisse:** Die Inanspruchnahme von Hilfen war in der Untersuchungsgruppe unabhängig vom Vorliegen einer gegenwärtigen psychischen Störung. Über 60% der psychisch auffälligen Teilnehmer nahmen keine misbrauchsbezogene therapeutische Hilfe in Anspruch. Genutzte Angebote wurden als überwiegend hilfreich bewertet. **Schlussfolgerungen:** Viele psychisch erkrankte Betroffene bleiben unversorgt. **Klinische Relevanz:** Es ergibt sich die Herausforderung einer misbrauchsbezogenen Interventionsplanung und traumaklassierten therapeutischen Versorgung.

Keywords

Sexual victimization, child welfare, mental health services, service utilization

Summary

Objective: As the impact of sexual victimization can be devastating, mental healthcare as well as child and youth welfare services aim to promote the wellbeing of sexually victimized children and adolescents. The present study explores the maltreatment history of sexually victimized youth as well as their current mental health and service utilization. **Material and methods:** 70 youth and their primary caregivers were assessed for their history of victimization, current psychopathology including posttraumatic stress symptoms, and prior service utilization. **Results:** The utilization of services was independent of the present mental health state according to ICD-10 diagnostic criteria. More than 60% in current need of treatment did not use maltreatment-related mental health services. Services were evaluated predominantly positive. **Conclusion:** Many sexually victimized youth with mental health problems remain untreated. **Clinical relevance:** Mental health and child welfare services are in need of maltreatment-related interventions and trauma-focused treatment in particular.

Korrespondenzadresse

Andreas Münzer
Universitätsklinikum Ulm
Schubertstraße 1, 89075 Ulm
Tel.: 0714/3062627
Andreas.Muenzer@uklinik-ulm.de

Service utilization by sexually victimized children and adolescents

Nervenheilkunde 2015; 34: 26-32
eingegangen am: 2. September 2014
angenommen am: 22. September 2014

Sexuelle Gewalt kann für Betroffene weitreichende Belastungen wie z. B. eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Depression und Suizidversuche zur Folge haben (1). Mehrere für Deutschland repräsentative Studien, welche retrospektiv die Misshandlungsanamnese aus der Kindheit und Jugend erhoben, weisen auf hohe Prävalenzen sexueller Viktimisierung im Kindes- und Jugendalter hin: So ergab eine Befragung von 2.504 Personen > 14 Jahre eine Prävalenz sexuellen Misbrauchs von 12,6% (2). Eine weitere Untersuchung (3) ermittelte retrospektiv für Kinder und Jugendliche < 16 Jahre eine Prävalenz von 3,7% für sexuellen Misbrauch ohne Körperkontakt (z. B. Entblößen des Intims zur sexuellen Manipulation), 4,6% für Misbrauch mit Körperkontakt sowie 1% für sonstige sexuelle Handlungen (z. B. die Konfrontation mit Pornografie). Zunehmend findet auch sexuelle Gewalt unter Kindern und Jugendlichen Beachtung. So betonen Allen et al. (4), dass sexuelle Gewalt unter Kindern und Jugendlichen ähnliche Konsequenzen haben kann wie Übergriffe erwachsener Täter. Das oft jahrelange Schweigen über sexuelle Viktimisierung verhindert, dass Betroffene Hilfen erhalten. Dass aber auch diejenigen, die Hilfen suchen, münster nicht gehört und nicht ausreichend versorgt werden, zeigte nicht zuletzt die wissenschaftliche Begleitforschung zur telefonischen Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) (5). In den Jahren 2010 bis 2011 erarbeitete der Runde Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ Empfehlungen für die bessere gesundheitliche Versorgung von Betroffenen, deren Umsetzung durch die 2012 vereinbarten „Rahmenempfehlungen zur Verbesserung des Informationsangebots, der Zusammenarbeit in der Versorgung von Opfern sexueller Gewalt“ (6) gesichert werden soll.

© Schattauer 2015

Nervenheilkunde 1-2/2015

Downloaded from <http://nhe.elsevier.com> at 11:01 11/11/15
For personal or internal use only. All rights reserved.





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:

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

ÄMissbrauch von Kindern: Aetiologie, Dunkelfeld, Opferó (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.

Ž 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?

ż Hinweis auf fehlenden systematische Erfassung durch Institutionen.

Verbesserung der Versorgung ist notwendig:

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

ż Traumabezogene Interventionen müssen auf- und ausgebaut werden.

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

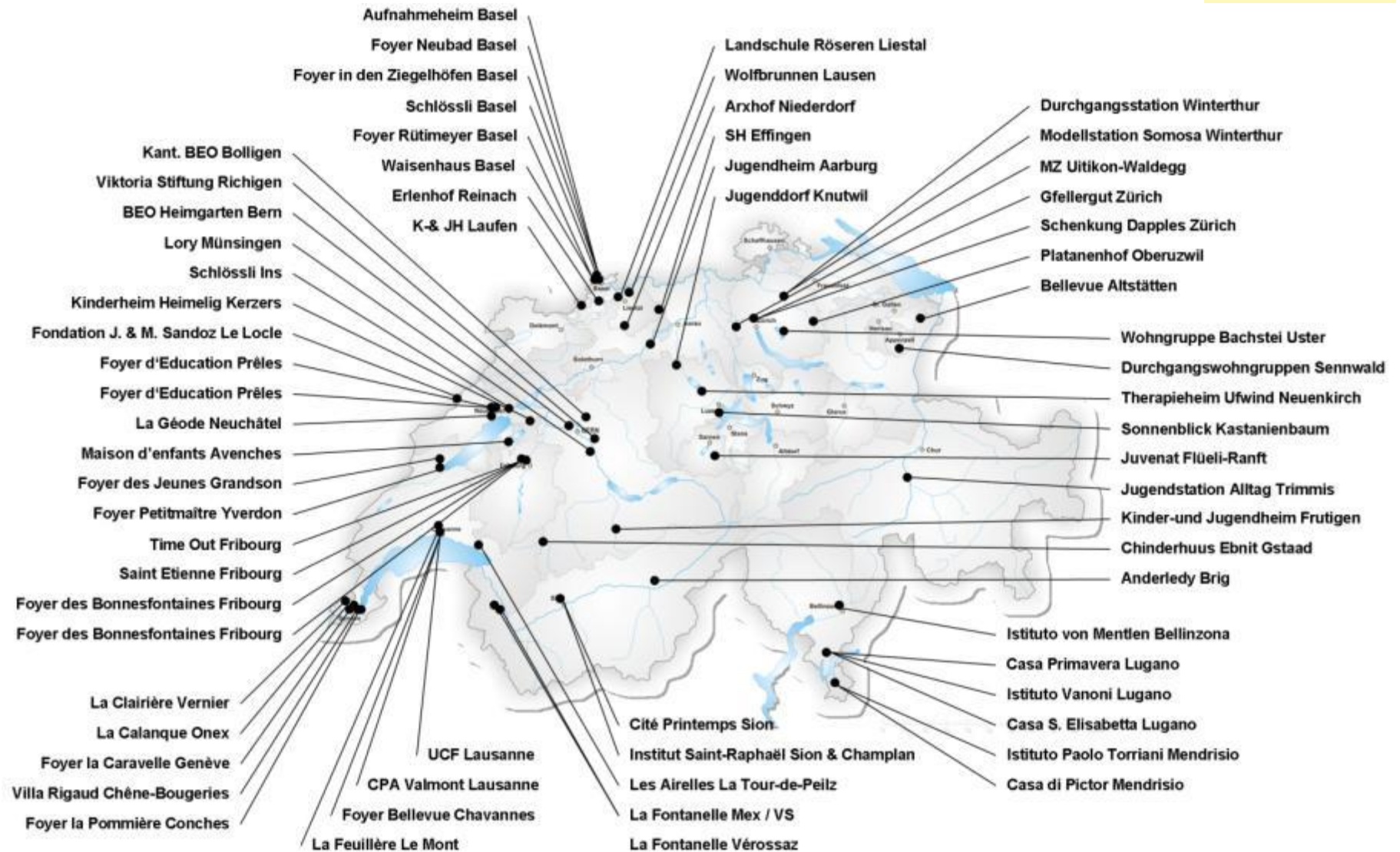


Die tatsächliche therapeutische Unterversorgung in der Gesamtpopulation sexuell viktimisierter Kinder und Jugendlicher einschließlich des Dunkelfeldes dürfte erheblich höher sein.





Modellversuch zur Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen der Schweiz

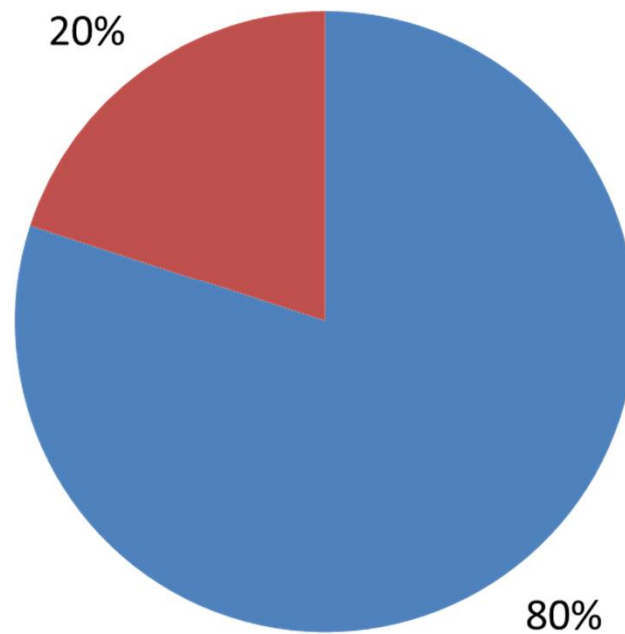




Ergebnisse der Schweizer Heimkinderstudie (MAZ)

Traumatisierung im ETI (Essener Traumainventar):

■ Trauma erlebt (ETI) ja ■ Trauma erlebt (ETI) nein



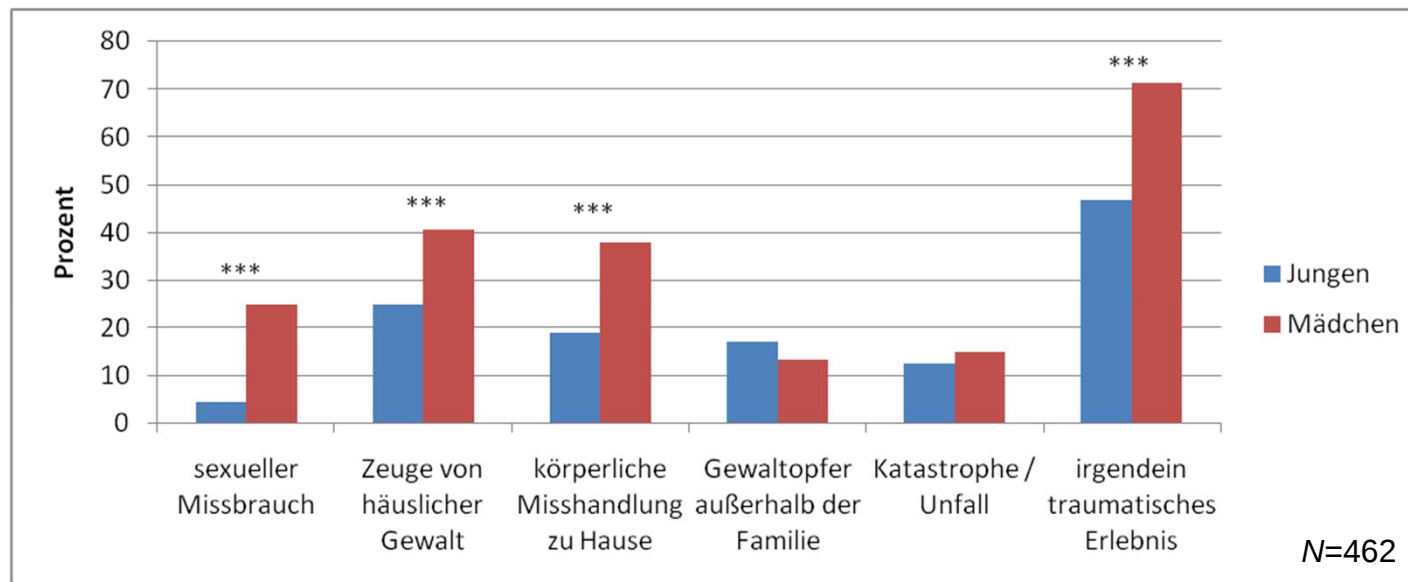
N=414





Trauma

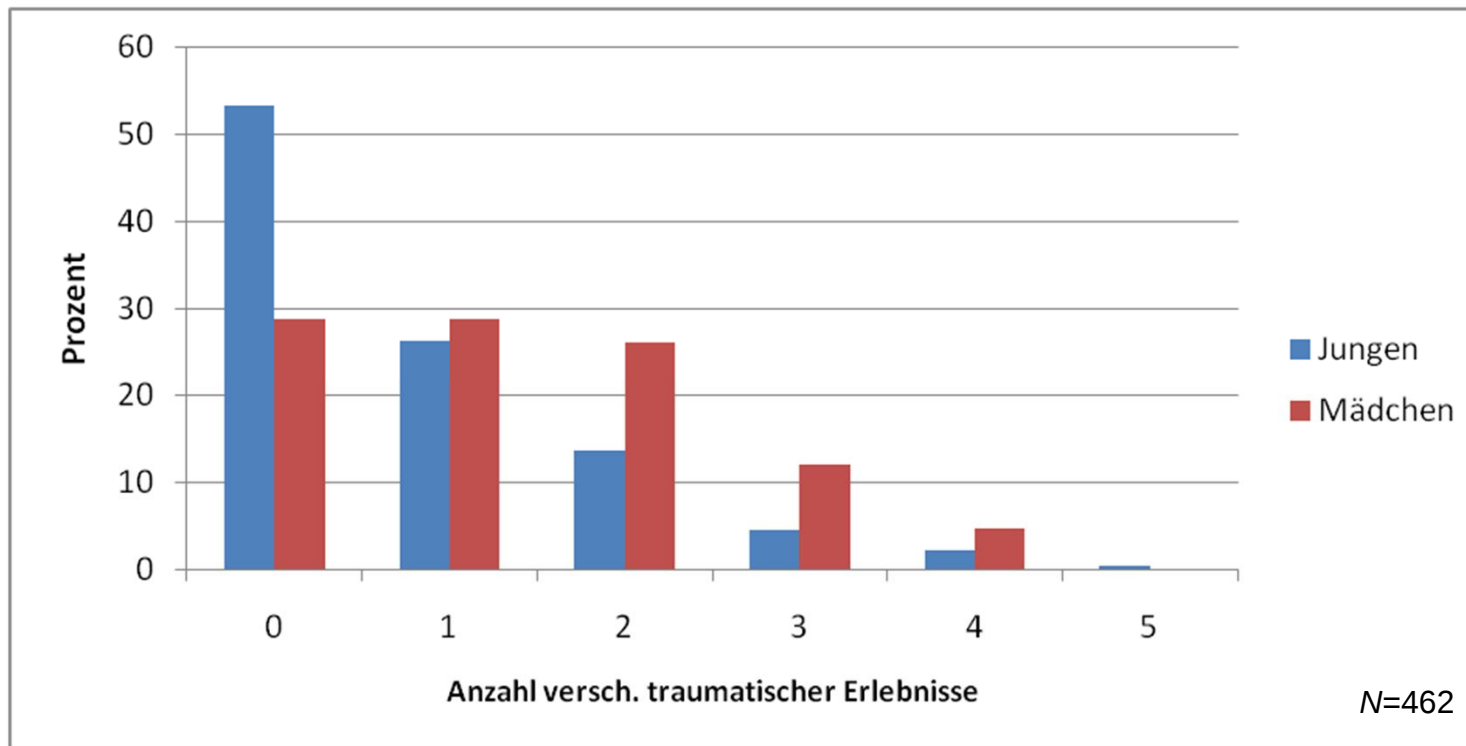
47% der Jungen und 71% der Mädchen erlebten bereits ein traumatisches Ereignis.





Trauma

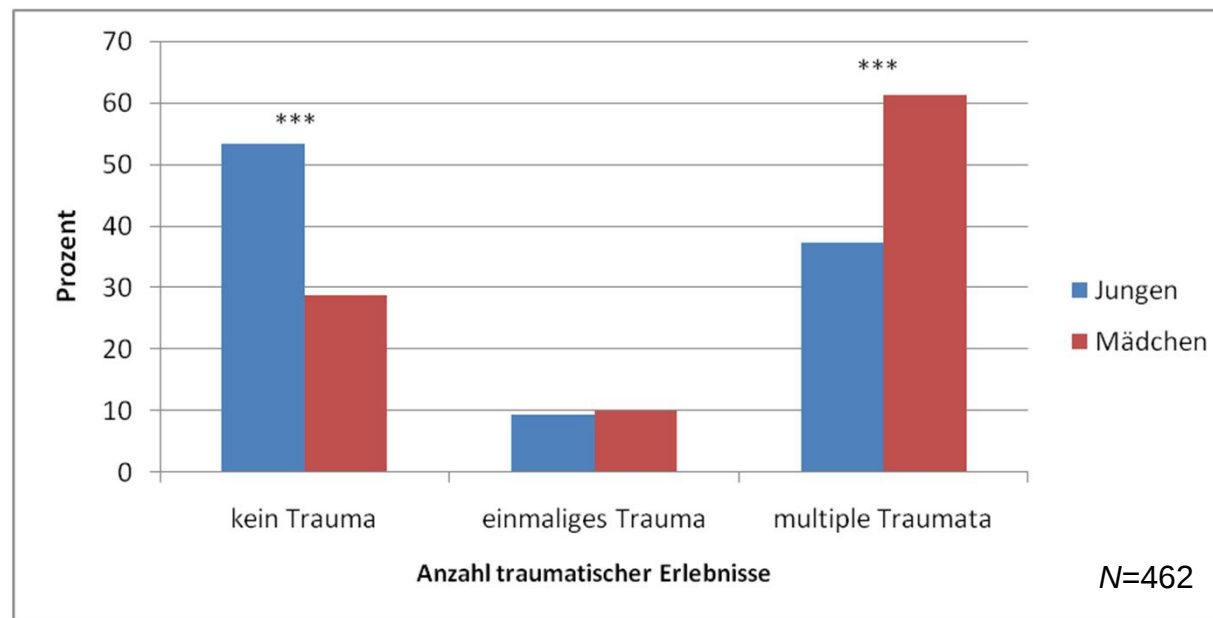
28% erlebten mehrere verschiedene traumatische Ereignisse
(z.B. Zeuge häuslicher Gewalt *und* Naturkatastrophe erlebt)





Trauma

60% der Mädchen und 39% der Jungen erlebten multiple Traumatisierungen (z.B. mehrmaliger sexueller Missbrauch, auch durch eine Person)





Gliederung

1. Schnittstelle KJPP und Kinder- und Jugendhilfe
2. Ausgangssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
3. Große Lösung soll nun doch noch in dieser Legislatur kommen
4. Heimkinderforschung
5. Traumasensibilität der Jugendhilfe
- 6. Traumpädagogik**
7. Fürsorge für sozialpädagogische Fachkräfte und Pflege- und Erziehungsdienst in Kliniken
8. Fazit
9. Dank





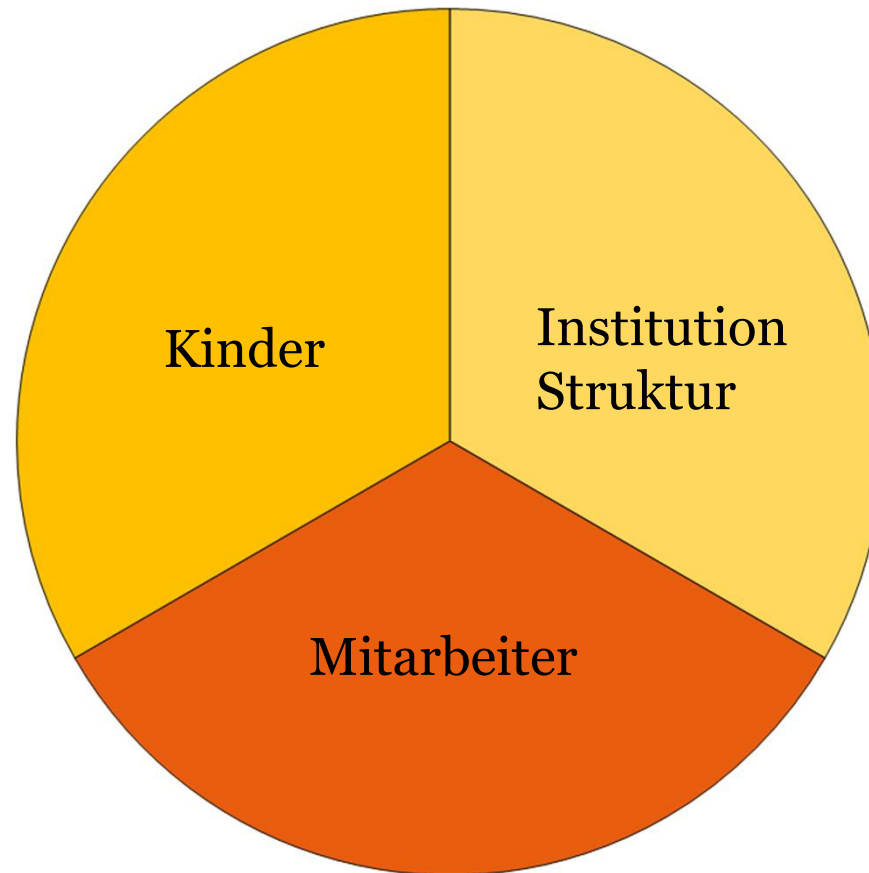
Traumapädagogische Förderung nach Schmid und Fegert 2011

- Ç Verbesserung der Sinnes- und Körperwahrnehmung
- Ç Förderung der Emotionsregulation
- Ç Erlebbarmachen der eigenen Selbstwirksamkeit
- Ç Verbesserung der Stresstoleranz und Fertigkeiten zum Umgang mit Problemverhalten
- Ç Erweiterung sozialer Fertigkeiten, adäquater Selbstbehauptung
- Ç Entwicklung einer Selbstfürsorge
- Ç Vermittlung und Verstärkung von Resilienzfaktoren
- Ç Vermittlung von hoffnungsvollen Bindungen





Was ist Traumapädagogik?





Implikationen

Dazu gehört die traumapädagogische Haltung:

Traumatisierendes Umfeld

- Unberechenbarkeit
- Einsamkeit
- Nicht gesehen/- gehört werden
- Geringschätzung
- Bedürfnisse missachtet
- Ausgeliefert sein – andere bestimmen über mich
- Leid

Traumapädagogisches Milieu

- Transparenz/Berechenbarkeit
- Beziehungsangebote
- Beachtet werden/wichtig sein
- Wertschätzung (Besonderheit)
- Bedürfnisorientierung
- Mitbestimmen können - Partizipation
- Freude

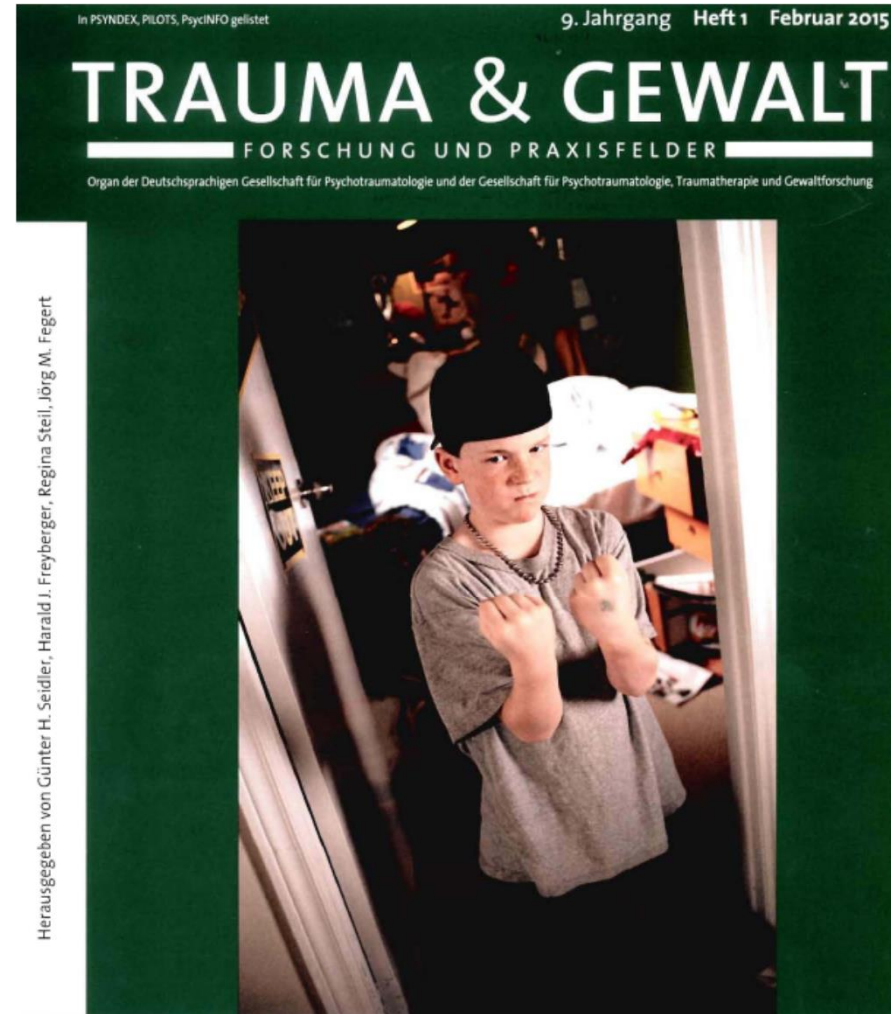




Gliederung

1. Schnittstelle KJPP und Kinder- und Jugendhilfe
2. Ausgangssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
3. ~~A~~ Große Lösung soll nun doch noch in dieser Legislatur kommen
4. Heimkinderforschung
5. Traumasensibilität der Jugendhilfe
6. Traumapädagogik
- 7. Fürsorge für sozialpädagogische Fachkräfte und Pflege- und Erziehungsdienst in Kliniken**
8. Fazit
9. Dank





Themenheft
Grenzverletzungen an sozialpädagogischen Fachkräften
Herausgegeben von Marc Schmid & Jörg M. Fegert





CÉLIA STEINLIN
CLAUDIA DÖLITZSCH
SOPHIA FISCHER
JANINE LÜDTKE
JÖRG M. FEGERT
MARC SCHMID

Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung und Sekundärtraumatisierung

Belastungsreaktionen bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen der Schweiz

Zusammenfassung

In Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen stellen Grenzverletzungen gegenüber den Mitarbeitenden ein häufiges Problem dar. Die Prävalenz möglicher Belastungsreaktionen wurde bei 319 pädagogischen Fachkräften aus Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz erfasst. Die Stichprobe zeigte deutliche Symptome in den Bereichen Burnout (18 % mit Burnout-Verdacht), Posttraumatische Belastungsstörung (2 % mit Symptomatik nach eigenem belastendem Erlebnis) und Sekundärtraumatisierung (7 % mit Symptomatik nach gehörtem/gelesenem Erlebnis der Kinder und Jugendlichen). Es wird die Wichtigkeit einer adäquaten Versorgung der Mitarbeitenden und die Anwendung von traumapädagogischen Konzepten diskutiert.

Schlüsselbegriffe

Kinder- und Jugendhilfe, pädagogische Fachkräfte, Burnout, sekundäre Traumatisierung, PTBS

Belastete Kinder – belastete Betreuer?

In stationären Jugendhilfeeinrichtungen stellen Grenzverletzungen gegen das Personal und unter den Jugendlichen ein häufiges Problem dar. Steinlin, Fischer, Dölitzsch, Fegert und Schmid (2015, in diesem Heft) berichten, dass 91 % der pädagogischen Fachkräfte in den vergangenen drei Monaten grenzverletzendes Verhalten erlebt hatten. Über die Auswirkungen von grenzverletzendem Verhalten gegenüber dem Betreuungspersonal von Patienten und Häftlingen ist einiges bekannt. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass gezielte negative interpersonelle Verhaltensweisen und interpersonelle Gewalt nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen haben, mit Burnout und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) assoziiert sind sowie das Risiko für die Entwicklung von Depressionen ($OR=4.28$), somatoformen Störungen ($OR=3.6$), Angststörungen

($OR=2.56$) und Schlafstörungen ($OR=2.4$) erhöhen (Hogh et al., 2011; Mathisen et al., 2008; Kostev et al., 2014; Nolf et al., 2007). In einer dänischen Studie erwiesen sich verbale Aggressionen und körperliche Gewalt am Arbeitsplatz als signifikantes Risiko für die stationäre Behandlung von depressiven und stressassoziierten Störungen (Wieclaw et al., 2006). Infolge gewalttätiger Interaktionen mit Häftlingen war mehr als die Hälfte des Personals im Strafvollzug, basierend auf ihren Ausprägungen in den Symptomen Vermeidung, Wiedererleben und Hyperarousal, von einem moderaten bis hohen Risiko für die Entwicklung einer PTBS betroffen (Boudoukha et al., 2013) und 15.5 % der Angestellten zeigten das Vollbild einer PTBS (Stadnyk, 2004).

Die in Jugendhilfeeinrichtungen untergebrachten Kinder und Jugendlichen sind oftmals massiv belastet und weisen eine hohe Prävalenz an psychischen Störungen, Entwicklungsauffälligkeiten und traumati-





CÉLIA STEINLIN
SOPHIA FISCHER
CLAUDIA DÖLITZSCH
JÖRG M. FEGERT
MARC SCHMID

Pädagogische Arbeit in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, eine gefahrgeneigte Tätigkeit

Ergebnisse einer epidemiologischen Studie

Zusammenfassung

Die Jugendhilfe leidet unter Fachkräftemangel und verzeichnet viele Arbeitsausfälle sowie eine hohe Personalfuktuation. Bisher gibt es wenig Forschung zu konkreten Belastungen und persönlichen Grenzverletzungen, denen pädagogische Fachkräfte in ihrem Arbeitsalltag ausgesetzt sind. Um diese Belastungen zu erfassen, wurden 319 pädagogische Mitarbeitende in Schweizerischen Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen mittels Fragebögen befragt. Es zeigte sich, dass 91 % aller Mitarbeitenden in den vergangenen drei Monaten Grenzverletzungen und andere berufliche Belastungen erlebt hatten. Am häufigsten wurden Beschimpfungen (79 %), verbale Drohungen (53 %) und tätliche Angriffe (24 %) berichtet. Es wird diskutiert, welchen Einfluss die Psychopathologie der teilweise schwer traumatisierten Kinder und Jugendlichen hat, und es werden Überlegungen zum Einfluss von traumapädagogischen Ansätzen und zur besseren Versorgung der Mitarbeitenden angestellt.

Schlüsselbegriffe

Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, Pädagogische Fachkräfte, Grenzverletzungen, Sicherer Ort, Arbeitssicherheit, Traumapädagogik

Der sichere Ort als Voraussetzung für traumapädagogisches Arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe

Kaum eine Fallsupervision in sozialpädagogischen Teams verläuft, ohne dass ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin von einer persönlichen Grenzverletzung durch die betreuten Kinder und Jugendlichen berichtet. Es scheint, dass Grenzverletzungen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen an der Tagesordnung sind. Leider gibt es bisher kaum empirische Untersuchungen, die das Ausmaß von Grenzverletzungen gegenüber sozialpädagogischen Fachkräften systematisch erheben. Gerade in Zeiten, in denen die Jugendhilfe einen Fachkräftemangel beklagt, wäre ein offensiver, lösungsorientierter Umgang mit den Belastungen und Herausforderungen des Berufsfeldes angezeigt. Vielleicht sind die aus der Psychotraumatologie abgeleiteten





MARC SCHMID
CÉLIA STEINLIN
JÖRG M. FEGERT

Die Rekonstruktion des »sicheren Ortes«

Überlegungen zum Umgang mit grenzverletzendem Verhalten gegenüber pädagogischen Mitarbeitenden

Zusammenfassung

Grenzverletzungen gegenüber Mitarbeitenden sind in der stationären Jugendhilfe weit verbreitet. Über 90 % der Mitarbeitenden berichteten über mindestens eine Grenzverletzung während der letzten drei Arbeitsmonate. Auch auf (kinder- und jugend-)psychiatrischen Stationen werden Mitarbeitende häufig mit der Verletzung ihrer persönlichen Grenzen konfrontiert. Der folgende Beitrag reflektiert den Umgang mit Grenzverletzungen in stationären Settings und den Prozess, den »sicheren Ort« für alle Beteiligten wieder zu rekonstruieren. Neben der Bedeutung der emotionalen Versorgung aller Beteiligten, wird in diesem Beitrag aufgezeigt, wie wichtig es ist, auf schwere Grenzverletzungen vorbereitet zu sein und haltgebende und versorgende Strukturen für den Ernstfall zu implementieren, um den Fachkräften die notwendige Sicherheit zu geben und eine zielführende Aufarbeitung auf Ebene des Kindes, der Mitarbeitenden und der Institution einzuleiten.

Schlüsselbegriffe

Sicherer Ort, Grenzverletzung, Traumapädagogik, Burn-Out-Prävention, institutionelle Leitungsstrukturen

Einleitung

In Anbetracht der weiten Verbreitung von Grenzverletzungen gegenüber sozialpädagogischen Fachkräften in der stationären Jugendhilfe (siehe den Beitrag von Steinlin et al. in diesem Heft) wird deutlich wie wichtig es ist, als Institution eine Balance zwischen der Vorbereitung auf etwaige Grenzverletzungen und der Gestaltung eines »sicheren Ortes« zu finden, der es den Mitarbeitenden ermöglicht, ihren Dienst tun zu können und betreuten Kindern und Jugendlichen ohne Angst zu begegnen. Keine sich selbstkritisch reflektierende sozialpädagogische oder kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Institution kann die Hand dafür ins Feuer legen, dass bei ihnen schwere Grenzverletzungen gänzlich auszuschließen sind. Deshalb darf keinesfalls allein die Frage, ob in einer Einrichtung Grenzverletzungen bekannt geworden sind, als Merkmal zur Beurteilung der pädagogischen Qualität herangezogen werden. Viel entscheidender ist die Frage, wie bewusst sich eine Einrichtung dem Risiko von

Grenzverletzungen stellt und als Institution mit diesen umgeht.

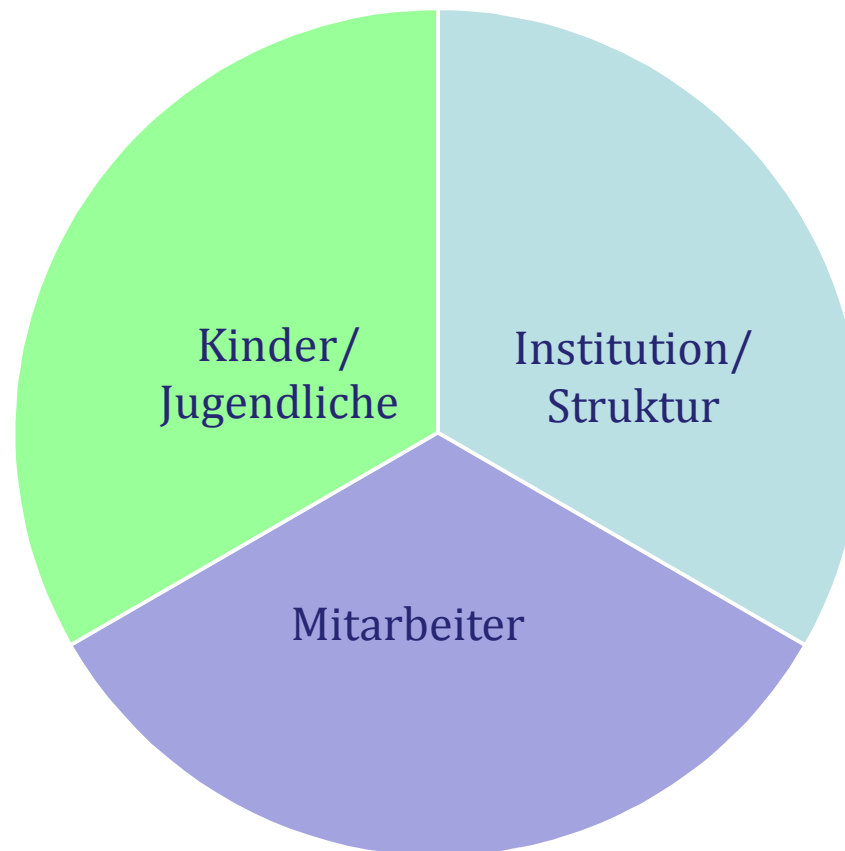
Für sozialpädagogische Institutionen ist es aus moralischer und arbeitsrechtlicher Verpflichtung sowie ethischer Verantwortung für ihre anvertrauten Klienten und ihre Mitarbeitenden eine Notwendigkeit, sich mit der Prävention von Grenzverletzungen und deren Aufarbeitung zu beschäftigen. Jede schwere Grenzverletzung und deren adäquate Aufarbeitung ist mit einem enormen Ressourcenaufwand für alle auch nur entfernt beteiligten Personen verbunden. Dies verursacht zwangsläufig hohe Kosten, so dass es – auch um personelle und finanzielle Ressourcen zu schonen – sinnvoll ist, sich als Institution mit dem Thema kontinuierlich zu beschäftigen. Kaum etwas kann Mitarbeitende so stark belasten und die Mitarbeiterzufriedenheit und die fachliche Reputation der Einrichtung in der Fachöffentlichkeit derart schnell und vehement untergraben wie Grenzverletzungen, die nicht ausreichend gut aufbereitet werden. Nicht selten





Implikationen

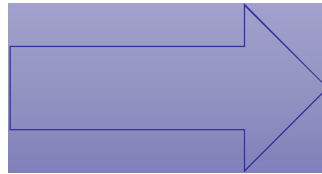
Ansatz Traumapädagogik: Schaffung
eines sicheren Ortes auf allen Ebenen





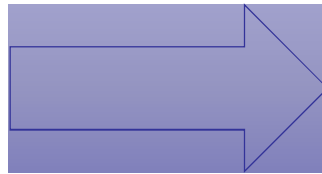
Risiken für (sozialpädagogische) Betreuer in der stationären Jugendhilfe

Erleben von
Grenzverletzungen



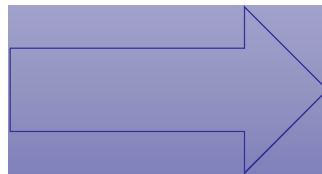
Risiko einer PTBS

Hören/Lesen
traumatisierender
Erlebnisse der
Klienten



Risiko einer
Sekundär-
traumatisierung

psychische/
emotionale
Belastung und Stress



Risiko eines Burnout





Grenzverletzungen in der stationären Jugendhilfe

Daten aus der Patientenversorgung:

20 – 90% des Pflegepersonals in somatischen und psychiatrischen Kliniken berichten von physischer und verbaler Gewalt durch Patienten in den letzten 12 Monaten
(Franz et al., 2013; Hahn et al., 2010; Estryn-Behar et al., 2008)

Bisher keine empirische Erhebung der Häufigkeiten von Grenzverletzungen durch Kinder und Jugendliche gegenüber sozialpädagogischen Teams

Grenzverletzungen sind jedoch regelmäßig Thema in Fallsupervisionen

Aktuelle Debatten betonen fast ausschließlich den Schutz der Kinder und Jugendlichen, unter Vernachlässigung der Fachkräfte und deren Reaktionen (Aggression, Arbeitsplatzwechsel)





Prävalenz der PTBS

1 – 9 % Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung
(z.B. Breslau et al., 1991; Davidson et al., 1991; Kessler et al., 1995; Perkonigg et al., 2000; de Vries & Olff, 2009)

10.5% nach körperlicher Gewalt
(Maercker et al., 2008)

10-17% der Angestellten in psychiatrischen
Einrichtungen nach gewalttätigen Übergriffen;
30-61% einzelne PTBS-Symptome
(Caldwell, 1992; Chen et al., 2008; Richter &
Berger, 2006)

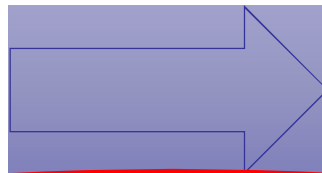
3% noch nach 1,5 Jahren
(Richter & Berger, 2009)





Risiken für (sozialpädagogische) Betreuer in der stationären Jugendhilfe

Erleben von
Grenzverletzungen



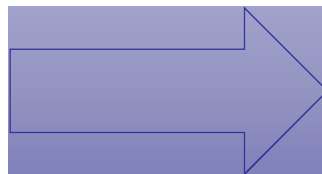
Risiko einer PTBS

Hören/Lesen
traumatisierender
Erlebnisse der
Klienten



Risiko einer
Sekundär-
traumatisierung

psychische/
emotionale
Belastung und Stress



Risiko eines Burnout



Prävalenz der Sekundärtraumatisierung

25-38% bei Krankenschwestern (Forensik, Hospiz, Notfallstation, Onkologie)

(Review von Beck, 2011)

15% bei Sozialarbeitern in den USA (mit 3 Kernsymptomen von PTSD; 55% mit mind. 1 Kernsymptom)

(Bride, 2007)

Mehrere Studien berichten niedrige (z.B. 8-15%), andere Studien mittlere bis hohe Prävalenzen (z.B. 50%) bei Traumatherapeuten

(Review von Elwood et al., 2011)

29% (20% moderat + 9% schwer) bei Online-Befragung in Deutschland (82% Psychotherapeuten)

(Daniels, 2006)

→ Variation zwischen Berufsgruppen, aber auch aufgrund unterschiedlicher Methodik





Modellversuch Traumapädagogik

Implementierung, Verstetigung und Evaluation von traumapädagogischen Konzepten in sozialpädagogischen Institutionen des stationären Maßnahmevollzugs in der Schweiz

Ziel: Reduktion der psychischen Belastung sowohl bei den Mitarbeitern der Einrichtungen als auch bei den Kindern und Jugendlichen

Gefördert durch das Bundesamt für Justiz in der Schweiz

Beteiligte Studienzentren: Basel und Ulm





Stichprobe N = 319 SozialpädagogInnen

Bereich	Ergebnis
Alter	$M=38,6$ Jahre ($SD=10,0$; 23-65)
Geschlecht	39% männlich 61% weiblich
Familiäre Situation	77% in fester Partnerschaft, 23% alleinstehend 36% eigene Kinder
Berufsgruppe	86% Sozialpädagogen oder Sozialpädagogen in Ausbildung 13% Sozialarbeiter, Psychologen, Ärzte, Lehrer, sonstige soziale Berufe 2% keine soziale Ausbildung
Berufserfahrung	$M=10,0$ Jahre ($SD=8,2$; 0-38)
Dauer der Betriebszugehörigkeit	$M=5,1$ Jahre ($SD=5,9$; 0-34)





Instrumente

Titel	Beschreibung
Fragebogen zur Erfassung der Belastungen im Privatleben sowie zur Erfassung der Belastungen im Arbeitsalltag Fischer, Dölitzsch, Steinlin, Breymaier, Schmid (2012)	Grenzverletzendes Verhalten zwischen Kindern/Jugendlichen und gegenüber Mitarbeitern sowie andere belastende Erfahrungen im Arbeitsalltag und Privatleben in den letzten 3 Monaten
Impact of Event Skala – revidierte Version (IES-R) Maercker & Schützwohl (1998)	Belastung infolge <u>selbst</u> erlebter Bedrohungssituationen im Rahmen der Arbeit
Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung Daniels (2006)	Belastung infolge des <u>Anhörens oder Lesens</u> traumatisierender Erlebnisse der Klienten





Instrumente

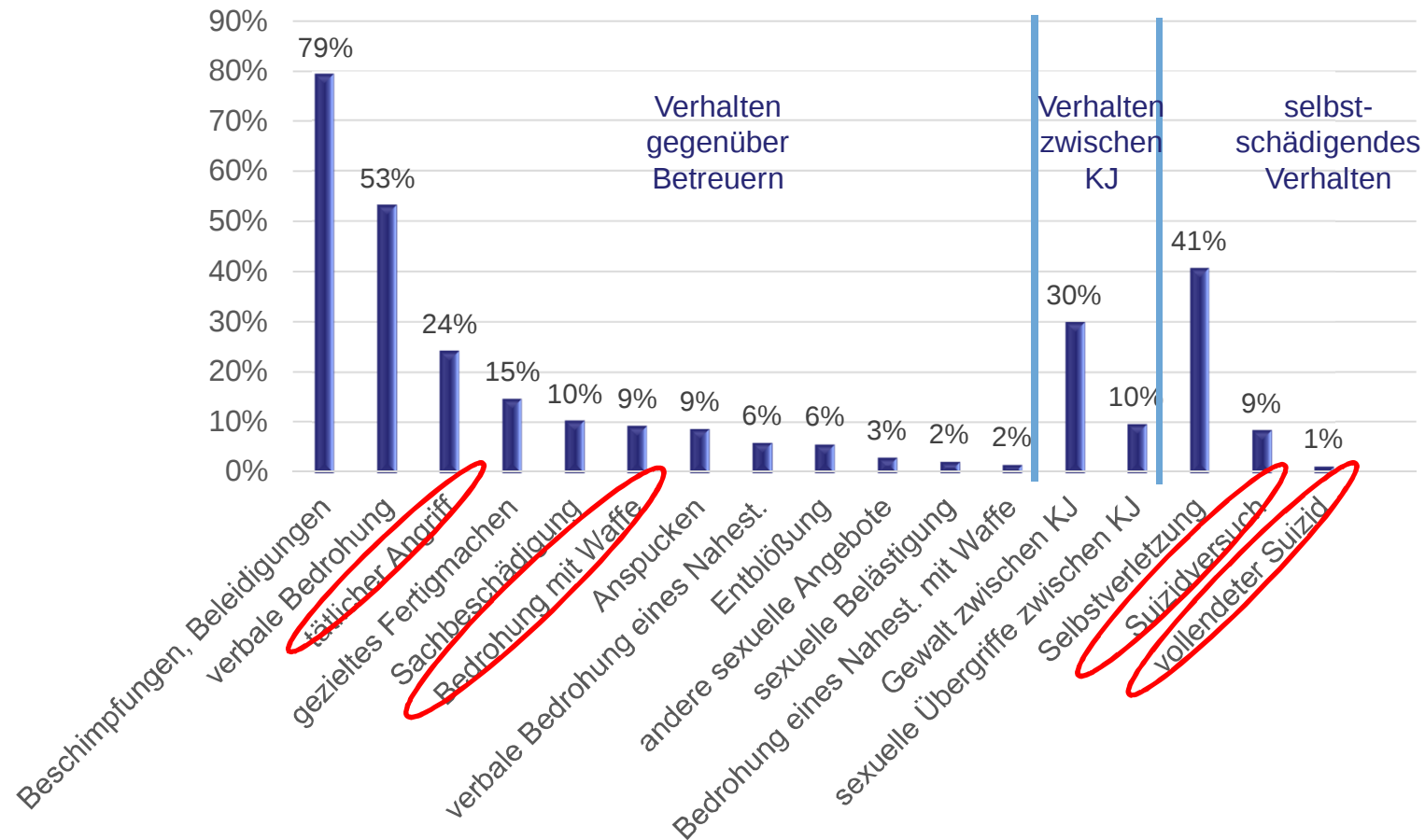
Titel	Beschreibung
Burnout-Screeningskalen (BOSS) Hagemann & Geuenich (2009)	Aktuelle psychische (kognitive und emotionale), körperliche und psychosoziale Beschwerden, wie sie typischerweise im Rahmen eines Burnout-Syndroms auftreten; Unterscheidung von Gesamt-, Intensitäts- und Breitenwert (3 Wochen bzw. 1 Woche)
Fragebogen zur traumapädagogischen Arbeitszufriedenheit Schmid, Lang, Weber, Künstler, Dölitzsch (2012)	Aus traumapädagogischer Sicht relevante Aspekte der Arbeitszufriedenheit in pädagogischen Einrichtungen





Grenzverletzungen

Häufigkeit in der Stichprobe*

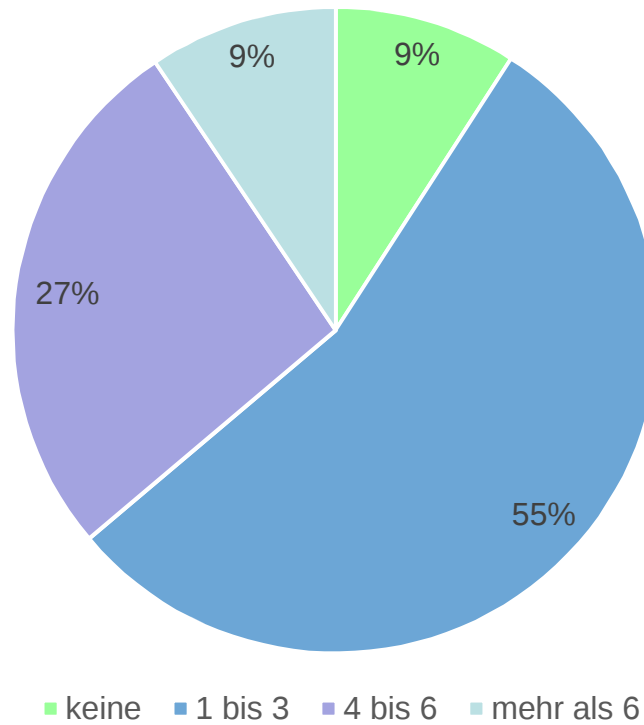


*Mehrfachnennungen möglich



Grenzverletzungen

Häufigkeit von Grenzverletzungen pro Person



91% mit mindestens 1 Erlebnis in den letzten 3 Monaten





Eigenes bedrohliches Erlebnis im Beruf

	N	%
Angriff/Bedrohungssituation erlebt	265	83%
<i>Von den 265 Personen:</i>		
Reaktion: Hilflosigkeit, Angst, Entsetzen	128	49%
PTBS-Symptomatik*	4	2%
Dauer (> 4 Wochen)	44	18%

Verdacht auf PTBS (alle „Kriterien“ vorhanden):
3 Teilnehmer (1% der Gesamtstichprobe)

* Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal





Gehörtes/gelesenes Erlebnis

Was wissen die Mitarbeiter über die traumatischen Erlebnisse der von ihnen betreuten Kinder und Jugendlichen?

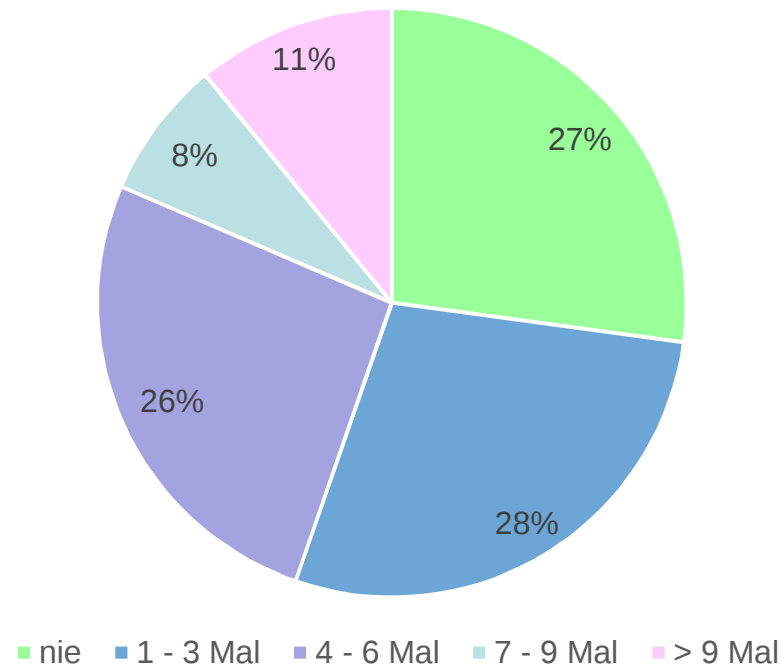
Angaben der Mitarbeiter	MW	SD
Prozentualer Anteil der Kinder/Jugendlichen, die ein traumatisches Erlebnis erlebt haben	70%	26%
Prozentualer Anteil der Kinder/Jugendlichen, bei denen Details über das Traumageschehen bekannt sind	46%	29%





Gehörtes/gelesenes Erlebnis

Häufigkeit von Belastungen in Reaktion auf
Schilderungen über traumatische Erlebnisse



73% mindestens 1 Mal



Gehörtes/gelesenes Erlebnis

	N	%
Mit deutlicher Belastung auf gehörte/gelesene Erlebnisse der Kinder/Jugendlichen reagiert	220	73%
<i>Von den 220 Personen:</i>		
Reaktion: Hilflosigkeit, Angst, Entsetzen	150	69%
Symptomatik vorhanden*	16	7%
moderat	12	5%
schwer	4	2%
Dauer (> 4 Wochen)	29	13%
Suizidgedanken (selten oder manchmal)	9	4%

alle „Kriterien“ (außer Suizid) vorhanden:
3 Teilnehmer (1% der Gesamtstichprobe)

* Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal, depressive Verstimmung, Suizidgedanken, Entgrenzung, Sexualität, Suchtverhalten, Reaktualisierung einer Vortraumatisierung, parapsychotisches Bedrohungserleben





Gliederung

1. Schnittstelle KJPP und Kinder- und Jugendhilfe
2. Ausgangssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
3. ~~A~~ Große Lösung soll nun doch noch in dieser Legislatur kommen
4. Heimkinderforschung
5. Traumasensibilität der Jugendhilfe
6. Traumapädagogik
7. Fürsorge für sozialpädagogische Fachkräfte und Pflege- und Erziehungsdienst in Kliniken
- 8. Fazit**
9. Dank





Fazit

Die ~~A~~Schwierigstenóbrauchen komplexe Hilfen aus unterschiedlichen Systemen

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

Häufig eigener traumatischer Hintergrund bei den ~~A~~Schwierigstenó

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

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





Gliederung

1. Schnittstelle KJPP und Kinder- und Jugendhilfe
2. Ausgangssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
3. Große Lösung soll nun doch noch in dieser Legislatur kommen
4. Heimkinderforschung
5. Traumasensibilität der Jugendhilfe
6. Traumapädagogik
7. Fürsorge für sozialpädagogische Fachkräfte und Pflege- und Erziehungsdienst in Kliniken
8. Fazit
- 9. Dank**





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

Albert Einstein

* 1889 Ulm



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!





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

