

Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche - Hilfen und Schnittstellen

Kooperation mit der Jugendhilfe

(ergänzte Fassung)

Renate Schepker
ZfP Südwesttemberg, PP-KJ Weissenau

APK-Tagung Berlin, 7.9.2022

Erklärung zum Interessenkonflikt

In den letzten 5 Jahren

- Keine industriefinanzierte Forschung
- Vortragshonorare von Universitäten, Vereinen, Kliniken, Instituten
- keine Speaker's Boards, keine Aktien

- Fachpolitische Geschäftsführung der DGKJP
- Mitglied BAG KJPP, BKJPP, Mitglied APK
- Chefärztin seit 1999 mit Unterbrechung 2017-2022



Südwürttemberg

Historisch war Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie selbstverständlich

Weimarer Republik:
Charité

Neben der
Entdeckung des
heutigen ADHS

Und zwar mit:

- ...Niederschwelligkeit
- ...aufsuchender Hilfe
- ...einer gemeinsamen Zeitschrift („Z.f.Kinderforschung“)
und einer pädagogischen Schriftleiterin
- ... Mischfinanzierung durch
verschiedene Ministerien.
- ... Langzeit-Begleitforschung

Nachzulesen in:

(Forum der KJPP, 3/2015)



Südwürttemberg

Entwicklung der Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – von der Weimarer Republik über die Nachkriegs- bis in die Neuzeit am Beispiel des „Westfälischen Instituts“ Hamm

Renate Schepker

Viel ist in den letzten Jahren über die „Kooperation auf Augenhöhe“ zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie gesagt und geschrieben worden. Man kann sich darüber einfach nur verwundern und von einem „Scheinriesen“ Kinder- und Jugendpsychiatrie sprechen, wie Prof. Jörg Fegert es gelegentlich tut, der auch erklärt: „eine der zentralen Wurzeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der Pädagogik anzusiedeln“ (Fegert 2011, S. 44) und mit der selbstverständlichen Interdisziplinarität der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit fortfährt.

In den „guten alten Zeiten“ der Weimarer Republik hatte es durchaus so etwas wie eine „Kooperation auf Augenhöhe“ gegeben. Wir haben in einer kürzlich veröffentlichten Arbeit (Schepker et al. 2015) die gemeinsame Tätigkeit der Pädagogin Ruth von der Leyen (1888 - 1935) und des Psychiaters Prof. Franz Kramer (1878 - 1967) beschrieben. Ab 1916 besprach von der Leyen in Kooperation mit Ärzten der Berliner Charité Einzelfälle aus der medizinisch-psychiatrischen Praxis zum Zweck der jugendgerichtlichen Beurteilung. Sie war ab 1918 erste Geschäftsführerin des „Deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen e.V.“ (im Folgenden DVzFfjP). 1923 wurde sie Schriftleiterin der „Zeitschrift für Kinderforschung“ (Berger 1999, Kölch 2002, S. 212-214, Castell et al. 2003, S. 534), in der ebenso häufig wie zu pädagogischen Themen kinder- und jugendpsychiatrische Arbeiten veröffentlicht wurden.

Online beim
BKJPP
herunterladbar

(www.kinderpsychiater.org)

Heute

- haben wir leider erneut zu tun mit dem „Minderwertigkeitsdenken“ gegenüber psychisch Kranken, das zur „Abwicklung“ des Berliner kooperativen Systems im NS geführt hat: unter Krisenbedingungen sollen sich Jugendliche nicht „anstellen“, sondern funktionieren, Corona-bedingte Bildungslücken aufholen, durchhalten....
- haben wir ein streng getrenntes System (SGB V, SGB VIII) und verschiedene Zuständigkeiten in den Ministerien
- und müssen über Kooperation und Schnittstellen sprechen

Schnittstellenmanagement

- Heißt technisch: Übersetzung in ein anderes System, Energietransfer
- Heißt technisch 2: flexibles Verbinden 2er Systeme
- Heißt psychiatrisch: Kooperation und Vernetzung, besser noch: Verschränkung für die Patient:innen

KJ-Psychiatrie und Jugendhilfe



Südwürttemberg

Gelungene Benchmarks und **was es schon gibt:**

- Aufsuchender KJPP-Konsiliardienst in JuHi-Einrichtungen
- Kriseninterventionsvereinbarungen für Kinder in JuHi
 - institutionell
 - individuell
- Kooperationsvereinbarung psych. Familienpflege
- Synergistischer Einsatz SPFH/StäB in Familien mit Erweiterung der Familienperspektive

Flankiert von: Trägervereinbarungen, regionale Leistungserbringertreffen, Jugendamtsleitertreffen, „Roten Telefonen“ im Konfliktfall – **alles aber nicht strukturell abgebildet**

Aufsuchender Konsiliardienst in der Jugendhilfe



Entstanden aus Verstetigung der „Ulmer Heimkinderstudie“
vor 10 Jahren - flächendeckend

An Einrichtungen der stationären und teilstationären
Jugendhilfe (z.T. mit Erziehungshilfeschule) durch PIA-FÄ
oder durch Niedergelassene KJPP

Jeweils mit vertraglicher Vereinbarung + Träger-Treffen

- Halb- bis ganztägige ärztliche Anwesenheit 7-14-tägig
- Sprechstunden, Teamberatung, individuelle
niedermfrequente Beratung, Elterngespräche
- Extra: Weiterbildungen des pädagogischen Personals

Evaluation: Weniger KJPP-Aufn. Höhere Haltequoten.

Aufsuchender Konsiliardienst in der Jugendhilfe



Nachteil des Modells:

Nur ärztliche Behandlung und Beratung - je nach Situation auch nichtärztliche Angebote

Keine laufende Psychotherapie parallel – die würde einem „Leistungsausschluss“ im SGB V unterliegen

(Aufsuchende Arbeit durch die PIA mittlerweile bundesweit gewährleistet und zu dokumentieren)

Wichtige Voraussetzungen



Einrichtungen sind offen für Transparenz und
Hinweise von außen und bieten Büroraum

Eltern / Vormünder kooperieren nach Möglichkeit

Outreach ist Programm von Klinikabteilung und ---
träger, aber Hilfe im Krisenfall ebenso

Krisenvereinbarung Einrichtung

Stellt sicher, dass

- Pädagogische Mittel der Einrichtung sämtlich eingesetzt werden // eigene Krisenintervention im Vorfeld
- Leitung von Krisenvorstellung informiert wird, ebenso Klinik vorinformiert
- Fachkundige Begleitung sichergestellt wird
- Würdiger Ablauf für das betroffene Kind (Tasche packen etc.)
- Maßnahmen durch Einrichtung nicht via Psychiatrie beendet werden (Ausnahme schwere Gewalt)

Krisenintervention innerhalb Jugendhilfe



(im Vorfeld und zur Vermeidung von Aufnahmen) Südwürttemberg

- Beruhigung und Aufmerksamkeitsentzug
- Angebot Bedarfsmedikation (n. Verordnung)
- Ggfs. kurzfr. Umzug in Nachbargruppe
- Ggfs. Time-out im Time-out-Raum
 - nur mit vorherigem Elterneinverständnis
 - wenn regelmäßig, mit richterlicher Genehmigung (§ 1631 b BGB Abs 2)
 - nur für max. 10 Minuten, nur max. 2mal
 - KJPP, wenn nach 30 min. keine Beruhigung
 - Dokumentiert, nachreflektiert

Zu Freiheitsentziehung in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie:



Positives Beispiel von Selbstermächtigung:

Offener Brief des Dresdener Kinder- und
Jugendhilferechtsvereins, führte zu

- Einladung seitens der DGKJP (Fachgesellschaft) zur
Mitarbeit an der entstehenden S3-Leitlinie
- Einladung zu einem Symposium auf dem
wissenschaftlichen Kongress im Mai 2022 in Magdeburg
- Vor 200 Teilnehmer:innen schilderten 3 ehemalige
Patient:innen ihre Psychiatrieerfahrungen mit FEM
- Es entstand viel Betroffenheit bei den Professionellen
und eine Diskussion in der Fachzeitschrift

Mehr Partizipation!



Südwürttemberg

Offener Brief an die Fachkräfte aus Psychiatrie und Jugendhilfe

(Anmerkung der Redaktion: Aufgrund dieses Offenen Briefes erging eine Einladung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. [DGKJP] an Betroffene zur Teilnahme am Kongress in Magdeburg.

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Kinder- und Jugendhilferechtsvereins e. V., Dresden)

Hallo Fachkräfte ... wir müssen reden!

Uns⁴ wurde in der Jugendhilfe und der Psychiatrie die Freiheit genommen. Wir haben das in verschiedenen Arten und Formen erlebt. Manches hat manchen von uns geholfen, aber vieles sehen wir sehr kritisch. Wir haben erlebt, ...

- dass wir fixiert wurden über Stunden und Tage,
- dass wir in den „Time- Out-Raum“ gesperrt wurden,
- dass uns zwangsweise Medikamente verabreicht wurden z. T. auch durch Spritzen,
- dass wir in unsere Zimmer eingeschlossen wurden,
- dass Gewalt gegen uns ausgeübt wurde,
- dass uns kalt war, dass wir uns unwohl fühlten und entwürdigt wurden,
- dass wir durch Entkleidung öffentlich beschämt wurden,
- dass wir allein von eurer Wahrnehmung und Einschätzung abhängig waren, wann wir uns wieder beruhigt haben und die Maßnahme enden kann.

Wir haben das oft nicht als Hilfe erlebt, es war mehr eine Strafe. Wir glauben, das geht auch anders! Wir erwarten von euch Fachkräften, dass ihr eure Praxis überdenkt.

Freiheitsentziehung darf keine Strafe sein, sondern darf nur ausnahmsweise genutzt werden, um uns zu helfen! Deshalb erwarten wir von euch Fachkräften:

- Keine Machtdemonstrationen gegenüber uns!
- Dass ihr für unsere Sicherheit sorgt, statt uns zu überwachen!

- Dass ihr euch dafür einsetzt, dass wir mehr Privatsphäre haben!
- Wir wollen auch, dass ihr unsere Selbsteinschätzung ernst nehmt und versucht, uns wirklich zu verstehen!
- Wir möchten wahrgenommen und nicht ignoriert werden!
- Wir möchten, dass ihr uns gut erklärt, was ihr mit uns macht und warum!
- Wenn ihr uns Medikamente gebt, möchten wir wissen, welche Ziele und Wirkungen das haben soll!
- Wenn ihr Zwang anwendet, dann müsst ihr euch an das Recht und die Fachempfehlungen halten, sonst macht ihr euch strafbar!
- Wir möchten, dass wir uns aussuchen dürfen, mit wem wir intime Gespräche führen!
- Wir erwarten, dass auch ihr Kritik aushaltet und Fehler, die passiert sind, einseht!
- Wir erwarten, dass wir Zugang zu externen Personen bekommen, um uns beschweren zu können.

Macht euch Gedanken, ob das, was ihr tut, uns wirklich hilft. Wir erwarten von euch allen, dass ihr menschlich mit uns umgeht. Wir sind bereit, mit euch über unsere Erfahrungen zu sprechen.

Hamburg, April 2019

Kinder- und Jugendhilferechtsverein e. V.
Louisenstr. 81
01099 Dresden
Deutschland

www.jugendhilferechtsverein.de

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Feature

Vorabdruck aus:
Zeitschrift für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie 6/2022

Individuelle Krisenvereinbarungen hätten solche Erfahrungen verhindert

- Im Vorfeld partizipativ mit Jugendlichen entwickelt
- Vereinfachen Aufnahmeroutinen in der Krise (keine Diskussionen mehr!) und wenden FEM wenn nötig so an wie sie den Betroffenen nach deren Erfahrung helfen
- Stabilisieren die „Erwachsenenebene“
- Setzen den Jugendlichen vorab Grenzen, fordern und fördern die Selbstregulation
- Definieren Krisen als „Fokaltherapie“
- Lassen die Fallführung unverändert, z.B. bei Konsiliarärzt:in / Niedergelassenen /PIA-Therapeut:in

Voraussetzungen für individuelle Krisenvereinbarung



- Vorstellung bei Konsildienst / Niedergelassenem / PIA
 - Ersttermin mit Eltern (erforderlich für Zustimmung zum Krisenplan, Weiterführung von Vereinbarungen während Aufenthalt zuhause etc.), Compliance!
 - Sichtung und Bewertung von Vorbefunden
 - Ausführliche psychiatrische Diagnostik, ggfs. auch in PIA oder gemeinsam mit der Einrichtung angehörigen Psycholog:innen / Heilpädagog:innen
- Verbindliche Rückübernahmeverpflichtung seitens Einrichtung

Voraussetzungen für indiv. Krisenvereinbarungen 2

Nach ambulanten Vorstellungen

- Ggfs. Medikation oder verordnete Bedarfsmedikation (erfordert Kompetenzen; insbesondere dann wenn eine individuelle Handhabung der Medikation mit den Jugendlichen selbst vereinbart wurde)
- Beratung der Bezugspersonen im Team
- Ggfs. Vorstellung und Besichtigung der altersmäßig zuständigen Station, Erklärung des Rahmens und der Regeln, dortiges Deponieren des Krisenplans

Ergebnisse

- Förderung der Selbstregulation
 - von Jugendlichen
 - von Bezugspersonen und Einrichtungen
- Größere Verbindlichkeit der Absprachen
- Sicherheit über bereits erfolgte Abläufe bei den Diensthabenden in der Klinik
- **Reduktion von Krisenaufnahmen um ca. 10 % und Stabilisierung der Verweildauern**

Nachzulesen in:



Südwürttemberg

Download unter

www.apk-ev.de

APK-Tagungen,
Band 39, S. 180-
186

NEU:

Gemeinsame Clearingstelle

(z.B. LWL-Klinik Hamm – JuA Hamm)



als Modell, in Mischfinanzierung

im Sinne einer erweiterten Inobhutnahme

Merger von Psychiatrie und Jugendhilfeeinrichtung

Entwicklung einer gemeinsamen Fallsicht

und Ermöglichung passgenauer Maßnahmen in

Kombination aus Psychiatrie und Jugendhilfe

Evaluation fortlaufend

Psychiatrische Familienpflege (z.B. Arkade- JuMeGa[®] e.V.)



- Gastfamilie – auf Passung selektiert – nimmt Gast-Jugendlichen auf MIT Backing durch psychiatrisch geschulte Sozialarbeiter („Fallbetreuer“)
- Als stationäre Jugendhilfe-Form: Teurer als Pflegefamilie, preiswerter als vollstationär
- Krisenvereinbarung inclusive, parallele PIA-Behandlung, ggfs. spez. Schulprogramm (Trägervereinbarung!)
- auch Inobhutnahmen und U-Haftvermeidung akut möglich
- Kooperation mit Streetwork bei Trebegängern
- **Evaluiert!**



Gastfamilie Kobe, 16-jähriger Gastsohn (l.): *Geht das? Heimisch werden bei Fremden, bei Spießern oder Bauersleuten?*

JUGENDGEWALT

Wo die wilden Kerle wohnen

Deutschland sorgt sich um seine prügelnde, brutale Jugend. In Baden-Württemberg wird gehandelt: Seit zehn Jahren nehmen dort Gasteltern fremde Kinder auf – schwererziehbare, labile, kriminelle – und beweisen, wie hilfreich Familie sein kann. *Von Fiona Ehlers*

Ergebnisse Evaluation der psychiatr. Familienpflege



Psychiatrie-erfahrene JuMeGa Klienten hatten verglichen mit Jugendlichen in Heimunterbringung

- eine Selektion schwerer psychischer Problematiken
- Längere Maßnahmendauer / bessere Haltefunktion
- Gleiches outcome hinsichtlich soziodemografischer Daten, Integration, psychosozialem Erfolg, Lebenszufriedenheit
- Mehr Bindung an die Betreuungspersonen langfristig
- Mehr Einbezug der Herkunftsfamilien
- Mehr Weiterempfehlung der Maßnahmenwahl

Nachzulesen in:

DAS JUGENDAMT

Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht

Dr. Erik Nordmann/Prof. Dr. Ferdinand Keller/Prof. Dr. Renate Schepker*

Gastfamilien für psychisch auffällige Jugendliche – eine Alternative zur Heimunterbringung?

2013 (1).
S. 16 ff

Ergebnisse einer katamnesticen Jugendhilfe-Evaluationsstudie

I. Einleitung

1. Gastfamilien – die Wiederentdeckung einer alten Betreuungsform

In den Heimeinrichtungen der Jugendhilfe bilden Jugendliche, die zuvor in stationärer jugendpsychiatrischer Behandlung waren, mit einem Anteil von über 30 % eine zahlenmäßig beträchtliche Subgruppe.¹ Wer die Leistungen der beiden Hilfesysteme Klinik und Heim benötigt, zeigt meist komplexe psychische Auffälligkeiten und kommt aus einer psychosozial hoch belasteten Familie. Nach der Krankenhausbehandlung ist die Rückkehr in das familiäre „Herkunftssystem“ bei fortbestehenden psychischen Problemen und Beeinträchtigungen oft nicht mehr möglich oder sinnvoll, sodass mit einer Fremdplatzierung verbundene Jugend-

Pflegekinder bis spätestens zum zwölften Lebensjahr)² kehrt sich diese Präferenz mit zunehmendem Alter immer stärker um,³ und bei Jugendlichen ist nach immer noch verbreiteter Lehrmeinung eine Pflegefamilienunterbringung aus entwicklungspsychologischen und pädagogischen Gründen nicht sinnvoll, schwierig oder gar kontraindiziert.⁴ Meistens wird davon ausgegangen, dass Adoleszente, die in ihrer eigenen Familie keinen Platz mehr finden, aufgrund ihrer altersbedingt fortschreitenden Autonomie- und Ablösungsentwicklung auch nicht mehr in einen anderen familiären Beziehungsrahmen integriert werden können. Im Gegensatz zu dieser tradierten Haltung wurde in der Region Oberschwaben-Bodensee seit 1997 ein Betreuungsmodell an der

NEU: StäB und Jugendhilfe



Südwürttemberg

StäB = stationersetzende intensive Behandlung an 7/7 Tagen für 4-max 6 Wochen, mit Nachtbereitschaft und multi-professionell-aufsuchend IN der Familie

SPFH = aufsuchende sozialpädagogische Unterstützung von Familien in (elternseitiger) Not.

Gleichzeitig möglich und sinnvoll zur Sicherung der Kontinuität nach Ende der Behandlung!

Nicht im ZfP praktiziert, aber z.B. in Berlin geplant: StäB in der Jugendhilfe Einrichtung (für schwer teilhabebeeinträchtigte Patient:innen)

StäB möglich: 15 % aller stationären Patienten (2022)

Vor- und Nachteile von StäB in Jugendhilfe-Einrichtungen

- Gewährleistet Enthospitalisierung unter Behandlungskontinuität durch Päd-pflegerischen Dienst, Ärzt:in, Psychotherapeut:in,
- Nahtloser Übergang in weitere PIA-Behandlung
- Qualifiziert die Einrichtung im störungsspezifischen Umgang, übt ggfs. erforderliche Krisenintervention

- Eventuell entstehende Kompetenz-/Konkurrenzprobleme innerhalb der pädagogischen Berufsgruppen
- Wochenend-Termine nicht immer notwendig (?)
- „Ausphasen“ mit geringerer Frequenz nicht möglich

Nur in StäB gut im Blick: Geschwister



- Bundesweit ca. 0,6 Mio betroffene Geschwister von Ki/Jug. mit erheblicher Krankheitslast, davon 0,2 Mio. mit mittlerem/hohem Unterstützungsbedarf (Juli 2022)
- Innerhalb der Familie Interaktionen, Rollen, Leiden durch StäB-Team erfahrbar
- Durch die StäB-Interventionen können auch Ressourcen der Geschwister verbessert werden (Aufteilung Elternzeit, Unternehmungen etc.), ggfs. weitere Hilfen angebahnt werden
- Kaum der Fall im ambulanten oder stationären Setting
- Unmittelbar präventiv wirksam

Was fehlt: (Vision des §92Abs.6b SGBV)

- Tragfähige Kooperation für „Systemsprenger“ als gemeinsame Herausforderung
- Etabliertes gemeinsames Assessment des Hilfebedarfs und Hilfeplanung mit Einbezug von Schulsystem und Arbeitsanbahnung mit allen Leistungserbringern und gemeinsame Erziehung und Behandlung nach einem „Gesamtbehandlungsplan“
- Raum für kreative individuelle Lösungen ohne Leistungsausschlüsse (auch: Besuche ambulante PT IN einer Klinik/Tagesklinik und gem. Planung mit Jugendhilfe, z.B. vor Entlassung)
- Möglichkeit zu hochintensiven ambulanten Interventionen ohne Deckelung

Die Schwierigsten - nicht nur Autisten

- schwer Sozialverhaltensgestörte, Borderline-gestörte, Psychosebetroffene, Trebegänger
- Oft comorbid / multimorbid
- Oft jahrelange Hilfekarrieren

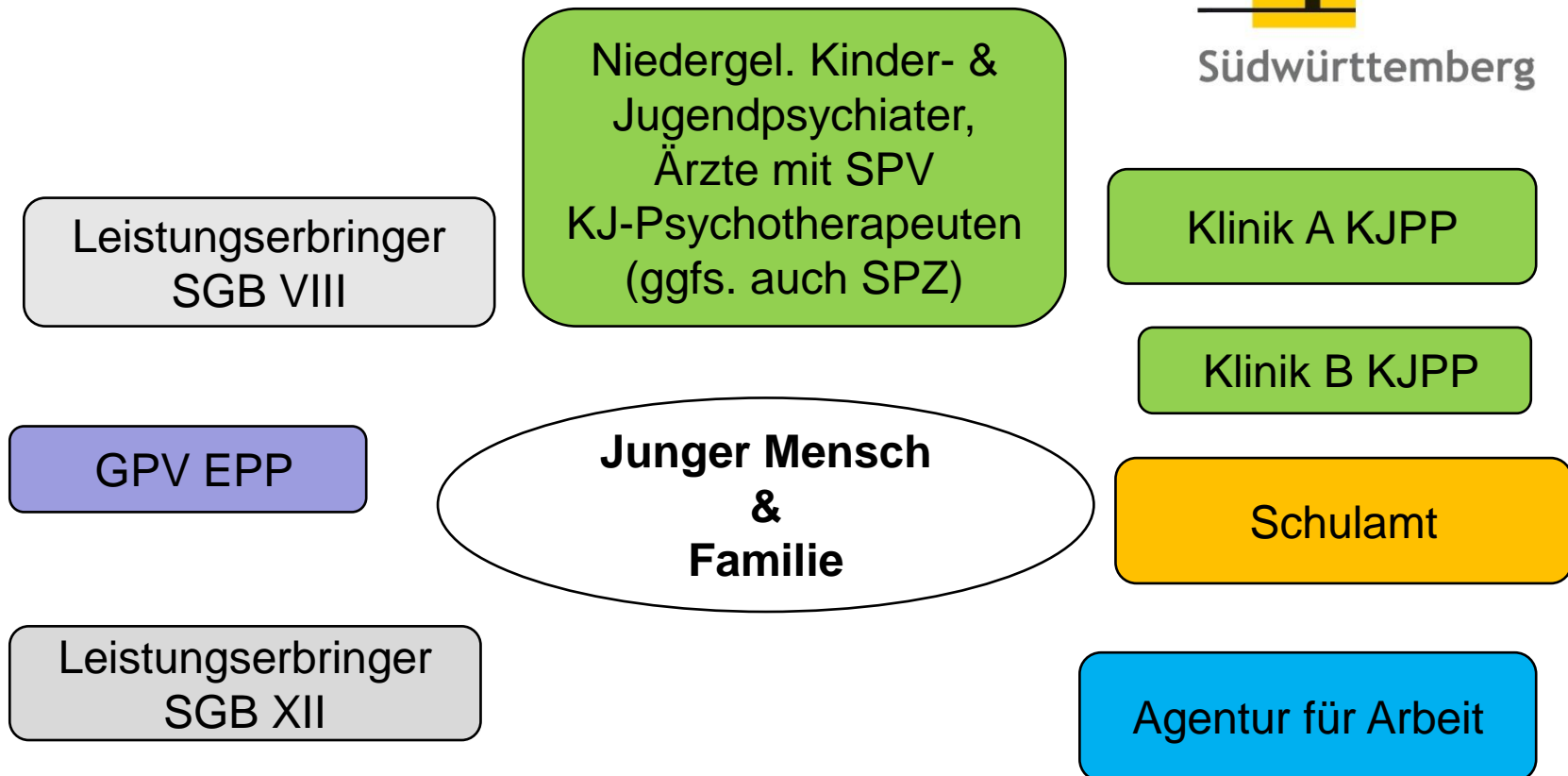
Bretter, die zu bohren sind

- Wenig attraktive Klienten
- Wenig Elternunterstützung
- Wenig Betreuungskontinuität
- Ping-Pong statt Gemeinsamkeit
- Gut etablierte „Verschiebebahnhöfe“
- Gut etablierte Vermeidung von Partizipation der betroffenen Jugendlichen

„Netz“ wie für § 92 Abs.6b SGB V



Südwürttemberg



Nach:



LANDRATSAMT
BODENSEEKREIS

Förderliche Voraussetzungen

Südwürttemberg

- Politischer Wille, wie Auftrag im Psychotherapeutengesetz zur Schaffung einer ambulanten Komplexleistung, Auftrag im PsychKHG BaWü zur Gründung Jugendpsychiatrischer Verbände
- Einigkeit der handelnden Akteure, eine Regelung auf den Weg zu bringen, ohne Konkurrenzgebaren
- Ausgestaltung einer auskömmlichen Finanzierung
- Willen zur Bündelung der finanziellen Ressourcen und Schaffen derselben auf der regionalen Ebene

NOCH BESSER WÄREN: gemeinsame Entscheidungsstrukturen und Zuständigkeiten

SGB IX macht es vor...

- ... und hat jüngst in § 26 SGB V ein sektorübergreifendes Kooperationsgebot eingeführt und weiter hinten im Gesetz konkretisiert.

Danke



für die Aufmerksamkeit