

**Hilfe zur Teilhabe für Kinder mit
(drohender) seelischer Behinderung/
Mehrfachbehinderungen: Ergebnisse des
Projektes am Beispiel spezieller Gruppen**

Forschungsunterstützung: BMBF, BMFFSJ, BMG, Schweizer Bundesamt für Justiz, EU, Eli Lilly International Foundation, Boehringer Ingelheim, Servier
Klinische Studien (letzte 5 Jahre): Servier, Lundbeck, Pascoe
Vortragstätigkeit Industrie : keine in den letzten 5 Jahren
Beratertätigkeit Industrie: keine in den letzten 5 Jahren
Mitgliedschaften: Kinderarzneimittelkommission BfArM, SAG Psychiatry EMA
ECNP, AACAP, DGKJP, BAG

Versorgung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher

- Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen findet in Deutschland in einem **hochdifferenzierten System** statt
- Versorgung weit mehr als Angebote aus Bereich des SGB V (Medizin):
 - Z.B. Bereiche Schule,
 - Kinder- und Jugendhilfe,
 - Behindertenhilfe etc.
- SGB V: entsprechend der **Altersspezifität** von möglichen Störungen sind die Angebote bei **unterschiedlichen Institutionen** angesiedelt, von pädiatrischen Praxen bis hin zu adoleszenzspezifischen Angeboten in Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie.
- Versorgung und Forschung zu psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: **hohes Maß an Interdisziplinarität**
 - Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ist eine explizit multimodale und -professionelle Behandlung, die neben Methoden der Psychoedukation, Psychotherapie, Pharmakotherapie auch Pädagogik und Maßnahmen der Koordinierung und Begleitung von Maßnahmen im Bereich anderer Rechtskreise (z. B. SGB VIII) einschließt, wie auch Heil- und Hilfsmittelverordnungen.

Kinder mit psychischen Erkrankungen und seelischer Behinderung

- Steigender Anteil der Kinder, die aufgrund einer psychischen Erkrankung von einer seelischen Behinderung bedroht oder behindert sind
- 2013: ca. 180.000 Kindern und Jugendlichen mit seelischer, körperlicher und geistiger Behinderung (1), die aufgrund ihrer Behinderung sozialrechtliche Eingliederungshilfen erhalten (=ca. 1,4% aller U 18J)
- Notwendigkeit der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Minderjährigen mit Behinderung eng verzahnt mit bereits angelaufenem Prozess der Einführung einer inklusiven Beschulung im Gefolge der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention
- Folge: erhebliche Veränderungen in der Schulgesetzgebung und in der Vielfalt der Beschulungsangebote für Minderjährigen mit (drohender) Behinderung.
- Gesundheitliche Versorgung im Rahmen des SGB V Schlüssel- und Doppelrolle für diese Zielgruppe: möglichst flächendeckende und sektorenübergreifende Gewährleistung einer fachlich qualifizierten, koordinierten und evidenzbasierten gesundheitlichen Versorgung, die es den Betroffenen ermöglicht, ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu kompensieren.

(1) Diese Zahl errechnet sich, wenn man die Zahl der Empfänger von Hilfen nach § 35a SGB VIII (ca. 54.000 gem. Dortmunder Jugendhilfestatistik) und von Einzelfallhilfen für behinderte Kinder und Jugendliche nach SGB XII (ca. 125.000) addiert.

Schnittstellenproblematik bei Behinderungsformen

- Die formaljuristische Schnittstelle zwischen den verschiedenen Behinderungsformen – seelisch, geistig, körperlich – ist verschiedentlich als Problem erkannt worden.
- Die Trennung der Behinderungsformen führt zu irrationalen „Verschiebebahnhöfen“, die den Lebensrealitäten der Minderjährigen und ihrer Familien nicht entspricht.
- Die Schnittstellenproblematik besteht aber weiterhin unverändert: Novellierung SGB VIII in der letzten Legislatur gescheitert: Prozess wird fortgesetzt (vgl. Koalitionsvertrag).
- Die „große Lösung“, also die Zuständigkeit für alle Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen und daraus folgenden Teilhabedefiziten ist bereits seit langem in Deutschland gefordert (vgl. Stellungnahmen DGKJP).

Neuer Behinderungsbegriff durch neues Teilhaberecht: § 2 SGB IX

(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die

- **körperliche, seelische, geistige** oder **Sinnesbeeinträchtigungen** haben,
- die sie **in Wechselwirkung** mit **einstellungs- und umweltbedingten Barrieren**
- an der gleichberechtigten **Teilhabe** an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate **hindern** können.

Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. [...]

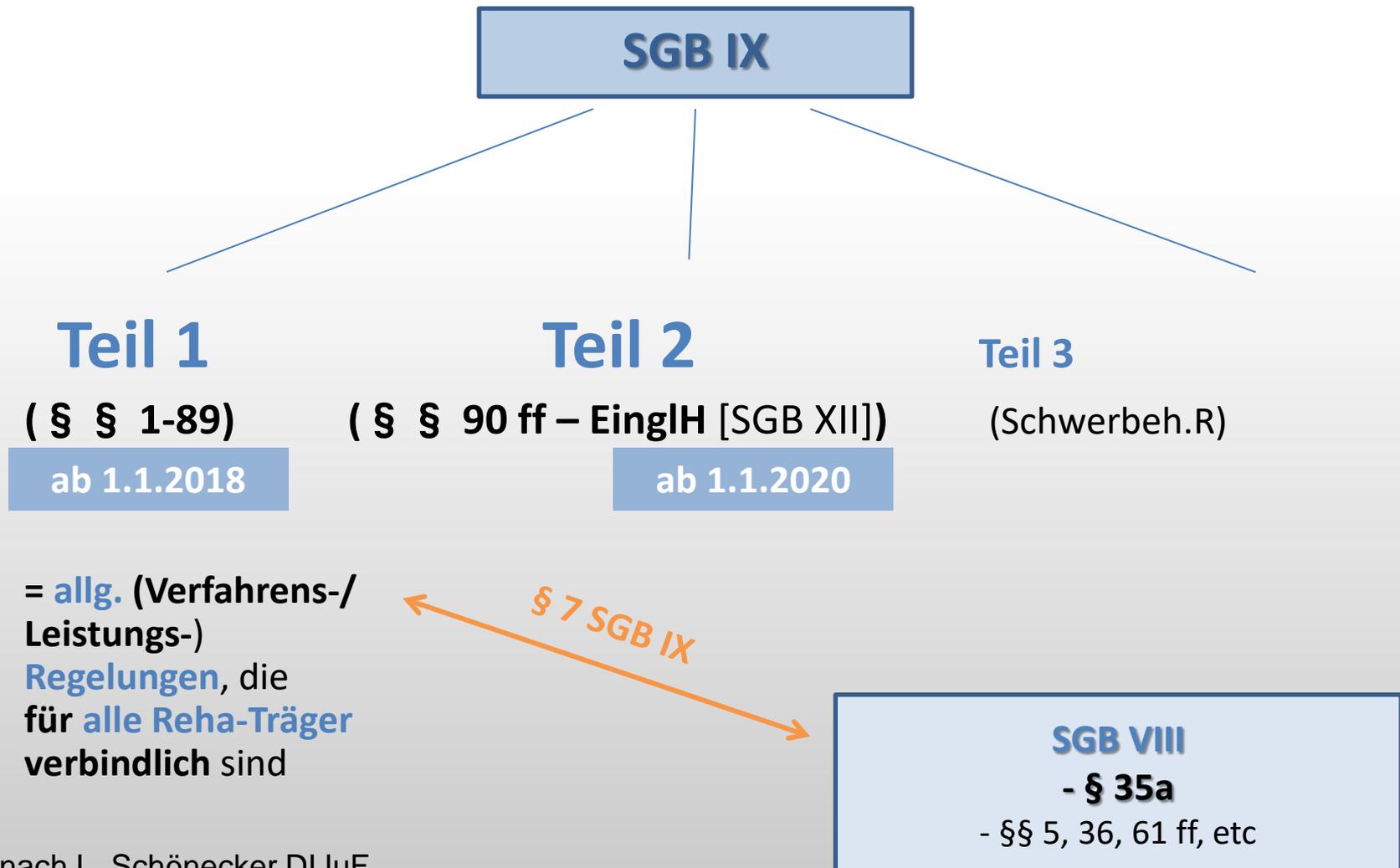
Kooperation von SGB V und SGB VIII bei (drohender) Behinderung

- 35a SGB VIII: rechtliche Grundlage der **Kooperation zwischen den Systemen SGB V und SGB VIII**
- Zusammenarbeit in Deutschland zwischen KJP und Kinder- und Jugendhilfe lokal sehr unterschiedlich ausgeprägt.
- Idealfall: Kooperationsverträge zwischen Kliniken, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie dem Jugendamt (öffentliche Jugendhilfe) und auch Kooperationen mit Jugendhilfeeinrichtungen (z.B. Heimsprechstunden).
- Mindestanforderung: Kooperationsgespräche zwischen dem SGB V Bereich und den Jugendämtern
- Keineswegs flächendeckende Kooperation.

Besondere Schnittstellenprobleme

- Krisenpatientinnen und -patienten aus der Jugendhilfe
- Uneinigkeit über die Ziele und Art von Hilfen für die Kinder und Jugendlichen und ihre Familien,
- Fehlende geeignete Angebote an entsprechend qualifizierten Hilfen/Einrichtungen, die mit kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen kooperieren bei schwersterkrankten Jugendlichen
- Missverständnisse in der Terminologie und dem Rollenverständnis

Systematik des Teilhaberechts



§ 5, 6 SGB IX – Jugendamt als Reha-Träger

§ 6 - Reha-Träger

Nr. 6 – Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen nach **§ 5 Nr. 1, 2, 4 und 5**

§ 5 – Leistungsgruppen

Nr. 1 – Leistungen zur **medizinischen Reha**

Nr. 2 – Leistungen zur **Teilhabe am Arbeitsleben**

[Nr. 3 – unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen]

Nr. 4 – Leistungen zur **Teilhabe an Bildung**

Nr. 5 – Leistungen zur **sozialen Teilhabe**

§ 7 SGB IX – Vorbehalt abweichender Regelungen

Geltung des SGB IX - **Teil 1** (§ § 1 - 89), **soweit** sich aus eigenem Leistungsgesetz (= **SGB VIII**) **nichts Abweichendes** ergibt

Ausnahme

Vorrang SGB IX Teil 1, Kap. 2 bis 4 (§ § 9 – 24)

§ 13 SGB IX – Instrumente zur Ermittlung des Reha-Bedarfs (1)



Verwendung „systematischer Arbeitsprozesse“ und „standardisierter Arbeitsmittel (Instrumente)“

- **Ziele:** Gewährleistung individueller und funktionsbezogener Bedarfsermittlung, Sicherung der Dokumentation und Nachprüfbarkeit
- **Mindestinhalte:**
 1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
 2. welche Auswirkungen die Behinderung auf die Teilhabe hat
 3. welche Ziele mit den Teilhabeleistungen erreicht werden sollen
 4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Zielerreichung voraussichtlich erfolgreich sind

Veränderungen im Leistungsspektrum ?



Ab 1.1.2020: neuer § 35a Abs. 3 SGB VIII:

Aufgabe und Ziele der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art **und Form** der Leistungen richten sich nach **Kap. 6 des SGB IX Teil 1** sowie **§ 90 und den Kap. 3 bis 6 des SGB IX Teil 2**, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden und sich aus diesem Buch nichts anderes ergibt.

bis dahin:

- **bekannte Verweisungen ins SGB XII**
 - mit den bekannten Verweisungen ins „alte SGB IX“

Vorrang bestimmter Leistungsträger: geregelt durch § 10 SGB VIII

- **Jugendhilfe und Schule**
 - Vorrang *Schule* (Abs. 1)
- **Jugendhilfe und Sozialhilfe (SGB XII)**
 - **Grundsatz:** Vorrang *Jugendhilfe* (Abs. 4 S. 1)
 - **Ausnahme:** Vorrang *Sozialhilfe* bei (auch) **geistiger/körperlicher Behinderung** des jungen Menschen (Abs. 4 S. 2)

Vorrang-Nachrang-Verhältnis...

- **Leistungen der Jugendhilfe** (einschl. Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, gehen **grundsätzlich** Leistungen nach dem SGB XII **vor** (§ 10 **Abs. 4 S. 1** SGB VIII)
- **Leistungen der Eingliederungshilfe** für **körperlich und/oder geistig behinderte** junge Menschen nach dem SGB XII gehen Leistungen der Jugendhilfe **vor** (§ 10 **Abs. 4 S. 2** SGB VIII)
- **Leistungen der Frühförderung** können **landesrechtlich** einem Leistungsträger **vorrangig** zugeordnet werden (§ 10 **Abs. 4 S. 3** SGB VIII)

Besondere Bedürfnisse in der Versorgung - Entwicklungsperspektive

- Besonderheit, dass psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter oftmals lange Verläufe aufweisen
- viele der Patientinnen und Patienten benötigen langfristige und/oder wiederholte Behandlungen über den Verlauf des Aufwachsens hinweg, die dann entwicklungspezifische Fragestellungen beinhalten
- z. B., dass es bei kleineren Kindern oft um die Verbesserung der Interaktion innerhalb der Familie geht
- während z. B. bei chronischen Verläufen im Jugendalter der Fokus mehr auf der Autonomiegewinnung und Entwicklung einer Teilhabeperspektive für das eigene Leben liegt

Klassische Risikokonstellationen für seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen

- Kinder und Jugendliche an Entwicklungsschwellen
 - Z.B. Einschulung/Schulbesuch
 - Z.B. Übergang in Ausbildung und Beruf
- Kinder mit besonderen Belastungen
 - Z.B. frühe Vernachlässigung / Misshandlung
 - Kinder in der Kinder- und Jugendhilfe
 - Kinder psychisch kranker Eltern
- Kinder und Jugendliche mit speziellen Störungen/Mehrfachbehinderung
 - Z.B. früh beginnender Substanzabusus
 - Z.B. Kinder mit niedriger Intelligenz

Blick auf die anderen Systeme...

- Schule
- Kinder- und Jugendhilfe

Schule: psychische Störungen und seelische Behinderung

Schule und psychische Störung

- Schule ist der Ort, an dem psychische Störungen auffallen, zur Teilhabebeeinträchtigung führen, der Störungen verursachen kann etc.
- Schule ist aber weder in eine verbindliche Kooperation mit dem System des SGB V noch mit dem des SGB VIII gesetzlich gebunden: Problematik der Schnittstelle besteht schon aus formalen Gründen.
- Angebote spezieller Angebote wie Schulpsychologie (z.B. Identifizierung von psychischen Problemen) deutschlandweit heterogen ausgeprägt
- strukturierte Vernetzung dieser Angebote mit Angeboten aus dem Bereich des SGBV keineswegs systematisch vorhanden (HIRSCH-HERZOGENRATH & SCHLEIDER 2014).
- In Bezug auf die Störungen im Bereich Lese/Rechtschreibstörungen, Rechenstörungen zeigt sich bundesweit ein hoch heterogenes Bild, was die Voraussetzungen für Förderung, Nachteilsausgleich etc. angeht. Die Regelungen obliegen den Ländern.

Leistungsrecht und Entwicklungen

- **§ 10 SGB VIII Vorrang im Fall Jugendhilfe und Schule**
 - Vorrang **Schule (Abs. 1)**
- Im Bereich der inklusiven Beschulung SGB VIII oft als Ausfallbürge für fehlende schulische Angebote, SGB V im Rahmen Feststellungen von Eingangsvoraussetzungen des § 35a SGB VIII ebenfalls involviert

Thematik der Schulbegleitung (KIßGEN et al. 2016): sinnvolles Instrument, aber

- inhaltlich weder präzise definiert,
- die Qualifikation bedarf der Schärfung,
- auf lokaler Ebene bedarf es struktureller Überlegungen zur Ausgestaltung (HENN et al. 2014, HENN et al. 2017).

Kinder- und Jugendhilfe, psychische Störungen und seelische Behinderung

SGB VIII

- 2014: 1.037.728 Kinder, Jugendliche und junge Volljährige Hilfen zur Erziehung
- 7 % der unter 21-jährigen Bevölkerung erhielten eine HzE-Leistung (KOMDAT, 2015)
- Durchschnittsalter der jungen Menschen bei Hilfebeginn: 10,3 Jahre
- Dauer der Hilfen durchschnittlich zehn Monate
- Anteil der alleinerziehenden Familien bei Hilfebeginn: 41,5 %.
- Gros der Familien Bezug von Transferleistungen (32,3 %).
- Familien, in denen vorrangig nicht Deutsch gesprochen wird: 12,3 % der Fälle HzE

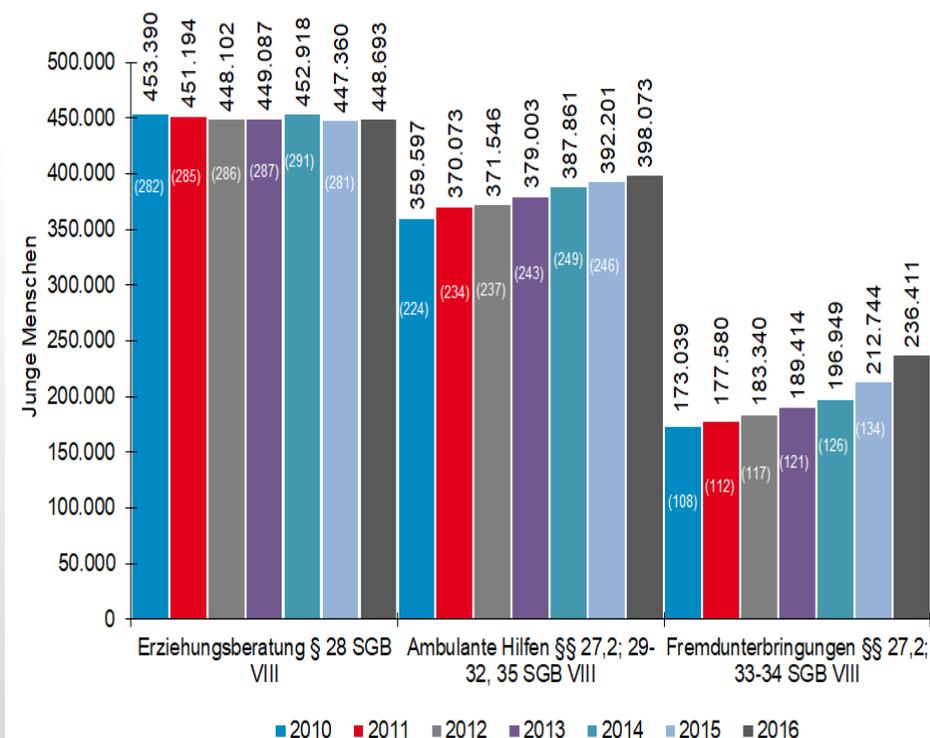
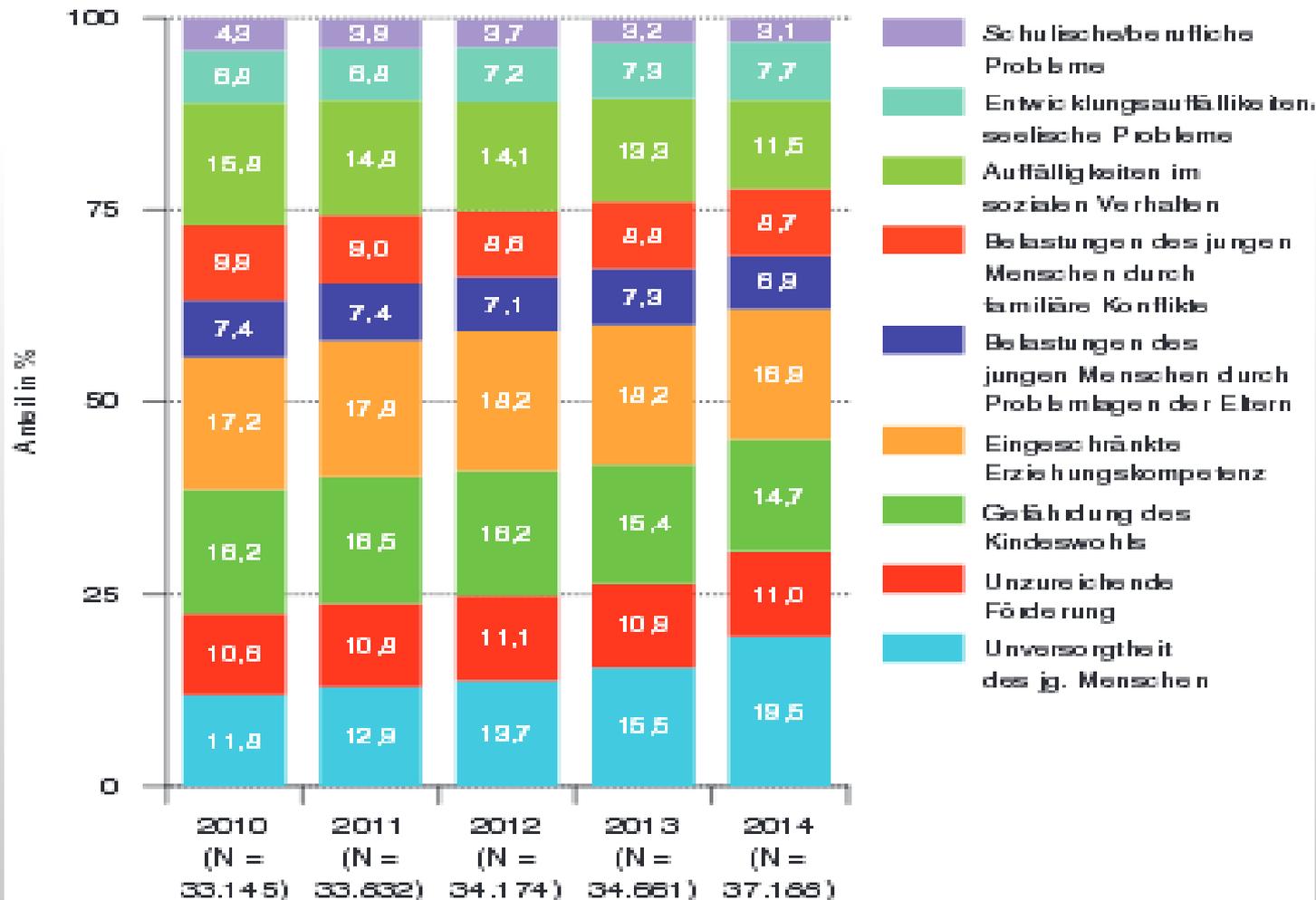


Abb. 2.2: [Junge Menschen in den Hilfen zur Erziehung \(einschl. der Hilfen für junge Volljährige\) nach Leistungssegmenten \(Deutschland; 2010 bis 2016; Aufsummierung der zum 31.12. eines Jahres andauernden und der innerhalb eines Jahres beendeten Leistungen; Angaben absolut, Inanspruchnahme pro 10.000 der unter 21-Jährigen1\) \(HZE Monitor\)](#)

Gründe für Fremdunterbringungen



Jugendhilfeentwicklung : Zahlen

- Laut JULE-Studie (Bauer, 1998) verlaufen lediglich 57% aller stationären und teilstationären Hilfen positiv
- Ca. 1/3 der Care Leaver bei Beendigung der Hilfe: weder Schule, Ausbildung noch Berufsförderung - verzögerte Bildungs- und Erwerbsintegration (Zeller 2012)
- 79.500 junge Menschen im Alter von 14 bis 27 Jahren: ausgegrenzte Jugendliche, die nicht oder nur sporadisch am Bildungs-, Erwerbs- und Sozialsystem teilnehmen und oft wohnungslos sind (DJI, Tillmann et al. 2012)
- 37.000 Straßenjugendliche (29,3% weiblich, 70,7% männlich), hoher Anteil von ca. 64% der Altersgruppe unter 18 Jahren, der zumindest sporadisch im Kontakt mit der Jugendhilfe steht (DJI, Hoch, 2017)

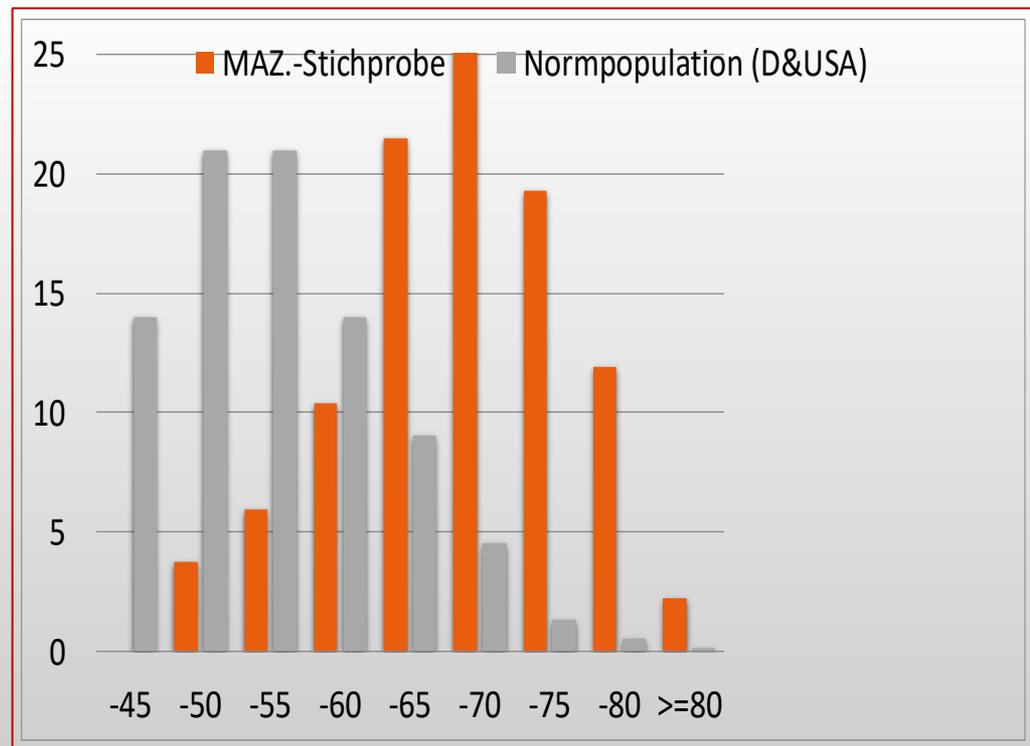
Beziehungsabbrüche

- Je mehr Beziehungsabbrüche und gescheiterte Hilfen in der Vorgeschichte, desto schlechter die Wirksamkeit der aktuellen Jugendhilfemaßnahme und desto höher das Risiko für weitere Abbrüche (EVAS 2004, Schmidt et al. 2002).
- Die Zahl der Beziehungsabbrüche geht mit einer höheren und schweren Delinquenz (Ryan & Testa 2004) sowie einer stärkeren Teilhabebeeinträchtigung (Aarons et al. 2010) auf dem weiteren Lebensweg einher.
- Wesentlich höhere Folgekosten im medizinischen Bereich (Rubin et al. 2004).
- Je mehr Beziehungsabbrüche ein Heranwachsender erlebt hat, desto schlechter ist die Bindungsqualität (Schleiffer 2002, Pérez et al. 2011).
- Belastung für Fachkräfte, die ihrerseits eine emotionale Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen aufgebaut haben (Schmid 2010).
- Nicht selten Wiederholung von Beziehungserfahrungen aus dem Herkunftssystem.

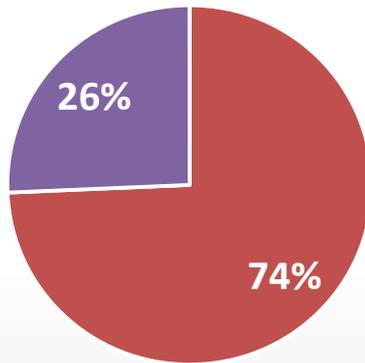
MAZ.Studie: Ergebnisse Psychopathologie - dimensional

76% der Stichprobe im klinisch
auffälligen Bereich (T-Wert > 60)

32% im klinisch hoch auffälligen Bereich
(T-Wert von mind. 70)

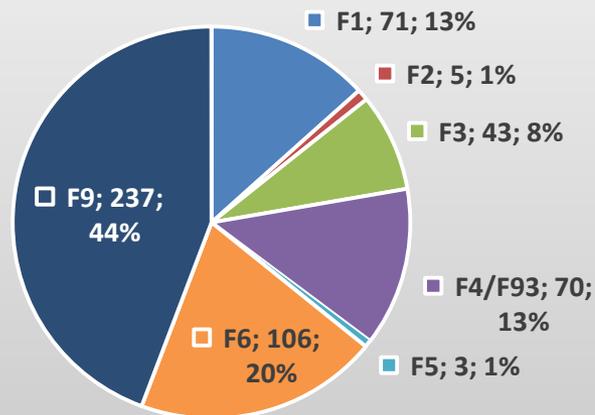


MAZ.Studie: Ergebnisse Psychopathologie - kategorial

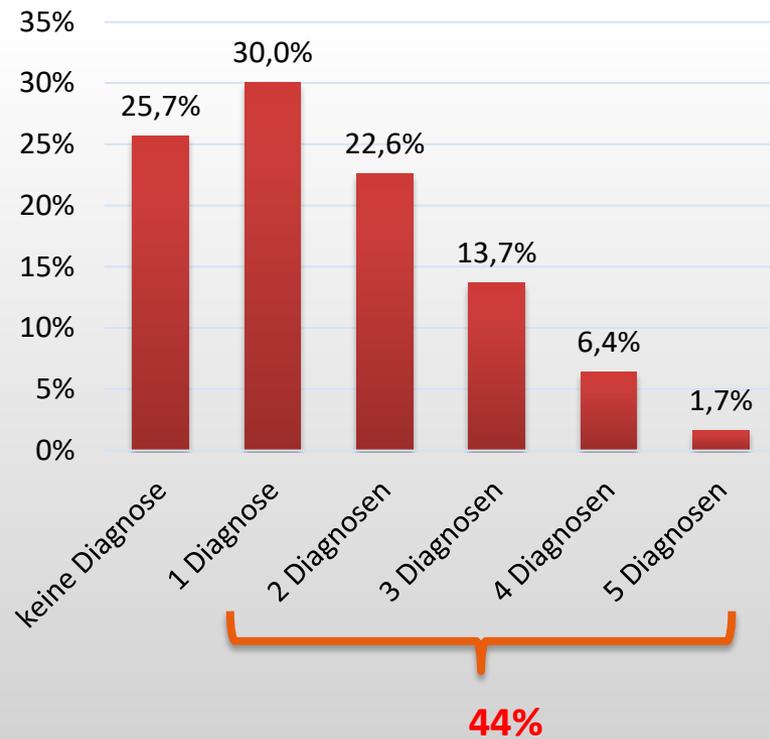


■ mind. 1 Diagnose ■ keine Diagnose

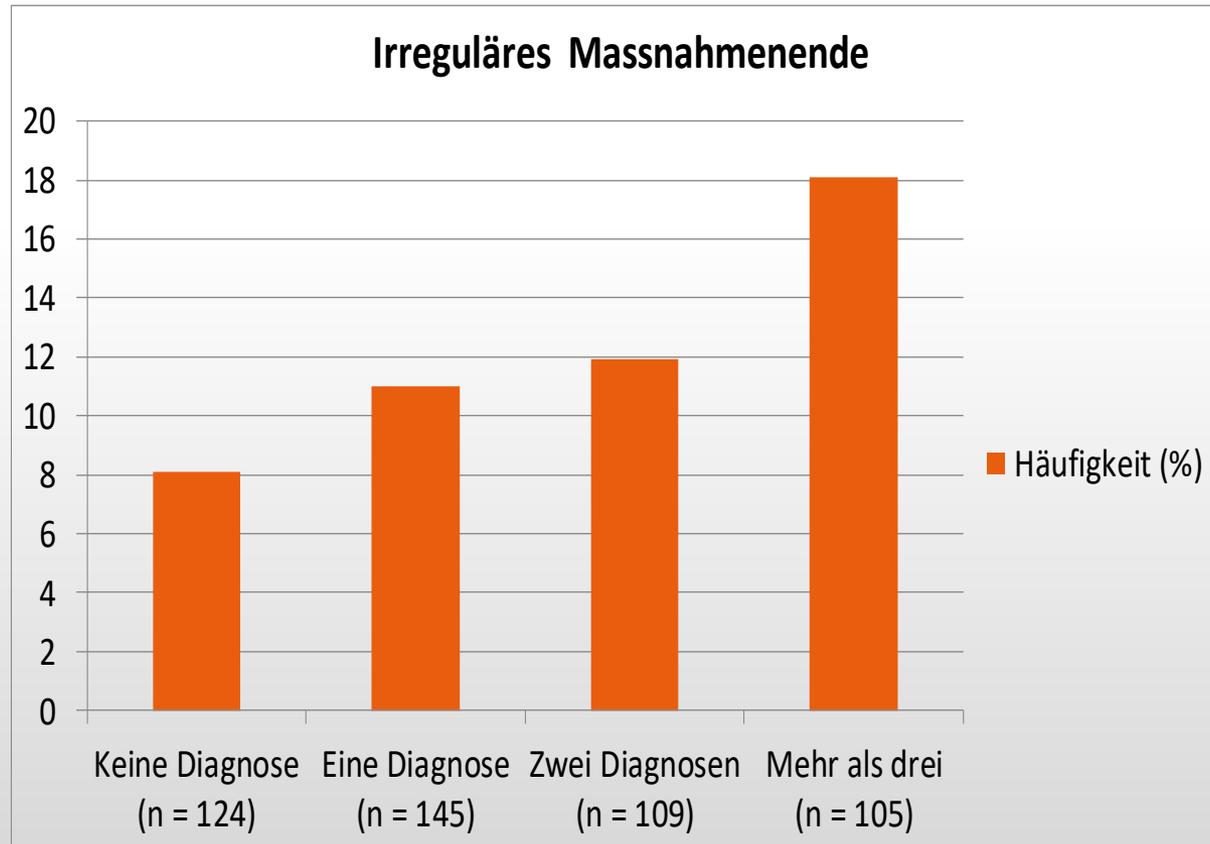
Diagnosenverteilung Hauptdiagnose



■ F1 ■ F2 ■ F3 ■ F4/F93 ■ F5 ■ F6 ■ F9



MAZ.Studie: Psychopathologie und Umwelt als Einflußfaktor auf Verlauf der Maßnahme



Projektergebnisse: spezielle Gruppen mit hohem Risiko für seelische Behinderung/Mehrfachbehinderung

- mit Intelligenzminderung
- mit Substanzabusus/Sucht
- Spezielle Versorgungsangebote für Kinder- und Jugendliche und junge Erwachsene
- mit psychisch kranken Eltern

Kinder und Jugendliche mit niedriger Intelligenz

Versorgungssituation

- Kinder und Jugendliche mit einer Intelligenzminderung haben besondere Behandlungsbedürfnisse, was die Toleranz von Gruppengrößen, Geschwindigkeit und Art der Therapieschritte etc. angeht
- Diagnostik und Therapie erfordern spezielle Methoden und Verfahren
- Spezialisierte Einrichtungen können die notwendigen Settings und die entsprechende Expertise für die Diagnostik und Behandlung vorhalten.
- Anzahl der Schwerpunktkliniken in den letzten 13 Jahren kaum verändert (HENNICKE & KLAUTH (2014))
- Ergebnisse zeigen heterogene Versorgungslage in D: im Vergleich zu anderen Bundesländern scheint in BW und BY das Angebot am stärksten ausgebaut zu sein (z.B. B und BB kein Angebot, NRW Überlegungen Abbau der Plätze).
- Parallel Ausbau der SPZ und Diagnoseverteilung dort: großer Teil der Behandlung intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher mit psychischer Störung findet ambulant auch in Sozialpädiatrischen Zentren statt

Verweildauer bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung: extrem niedrig

Quelle: VIPP-Datensatz

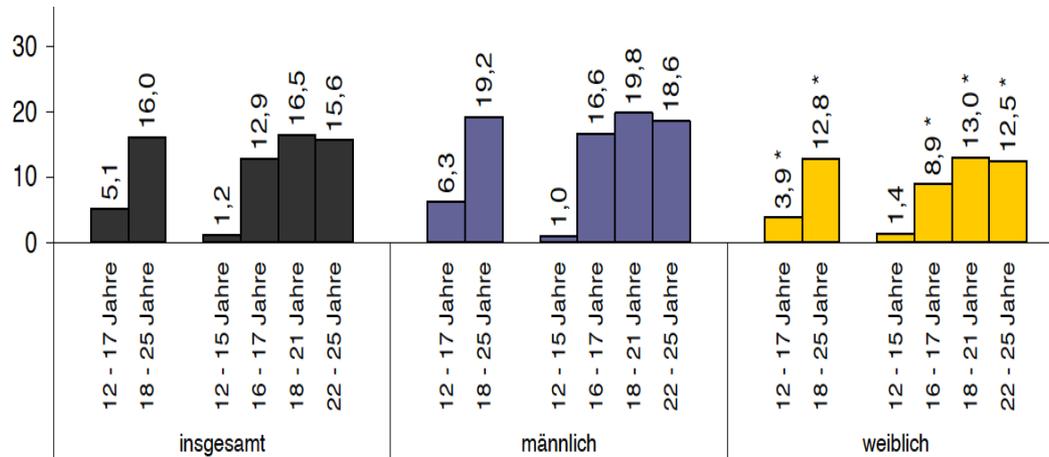
Diagnose- gruppe	Anzahl Patientin bzw. Patient/Fall	Geschlecht w/m	Durchschnittliche Verweildauer (Angabe in Tagen; inkl. Abwesenheit)			
			2011 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2012 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2013 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2014 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)
Gesamt:	33.390/47.944	23.415/24.524				
F7	403/529	158/371	48,88/40,40 (39,3)	44,33/36,63 (34,8)	40,38/35,11 (39,6)	41,20/38,11 (36,7)

Kinder und Jugendliche mit Substanzabusus/Suchtsstörungen

Substanzabusus bei Jugendlichen: Trends

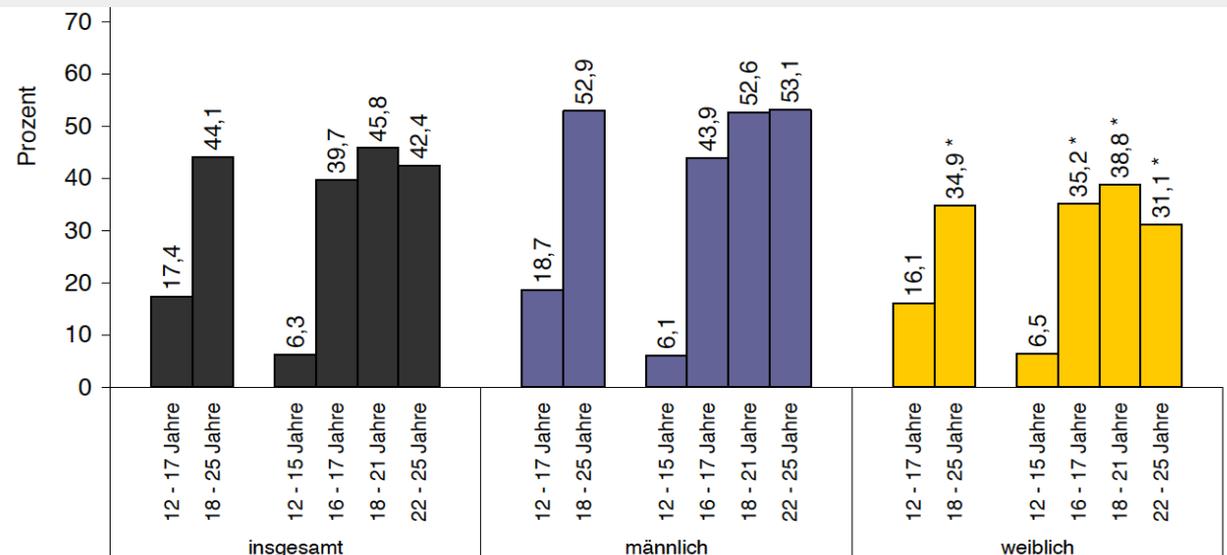
- BZgA: Betrachtungsraum von 1979 bis 2014: kontinuierlicher Rückgang Rauchen, regelmäßiger Alkoholkonsum, Cannabiskonsum.
- Weitere relevante Drogen sind Amphetamine, Kokain sowie psychoaktive Pflanzen.
- Riskante Konsummuster: Anstieg der Prävalenzraten.
- Riskante Alkoholmengen finden sich häufiger bei den Jungen als bei den Mädchen.
- Gruppe der Personen mit cannabisbezogenen Störungen infolge sinkenden Einstiegsalters in riskante Gebrauchsformen wird stetig größer und jünger (Daten des Kerndatensatzes der Deutschen Suchthilfestatistik & EBDD)
- BZgA:
 - Anteil der 14- bis 17-Jährigen mit einem riskanten Cannabiskonsum: 2 %
 - 18- bis 19-Jährigen: 4 %
 - riskanter Alkoholkonsum: 20 % 12- bis 17-jährigen Kinder & Jugendlichen.
 - Rauschtrinken („binge drinking“): 39,7 % der 16- bis 17-Jährigen (m>w)
 - Besonderheit häufige Mischkonsum von Jugendlichen mit Substanzabusus

Alkoholkonsum: Prävalenz



Konsum gesundheitlich riskanter Alkoholmengen nach Altersgruppen

Rauschtrinken, 30-Tage-Prävalenz nach Altersgruppen



Quelle: Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. BZgA-Forschungsbericht

Behandlung im Bereich des SGB V

- Aktuell stehen 300 Behandlungsplätze in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken mit dem Schwerpunkt Sucht an 20 Kliniken bundesweit zur Verfügung, die sehr unterschiedlich auf die Bundesländer verteilt sind (MELCHERS, unveröffentlicht).

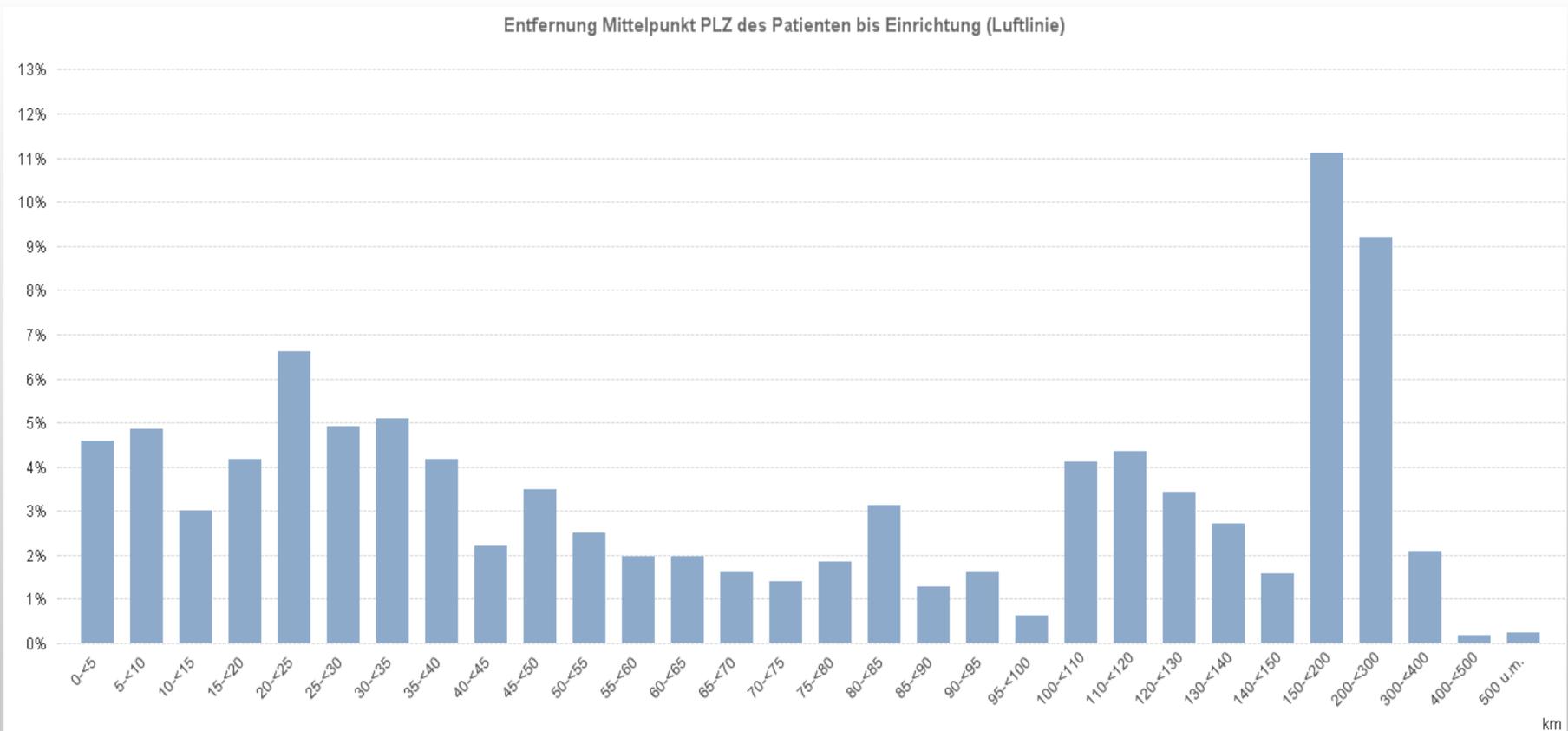
Diagnosegruppe	Falla hl	Anteil
F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	786	44,79 %
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	430	24,50 %
F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzmissbrauch	392	22,34 %
F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien	104	5,93 %
F16 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	13	0,74 %
F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	10	0,57 %
F18 Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	10	0,57 %
F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	6	0,34 %
F14 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	2	0,11 %
F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	2	0,11 %
F1	1.755	100 %

VIPP-Datensatz Analyse:

- F1: 1.181 Patientinnen und Patienten bzw. 1.755 Fälle (weiblich = 569, männlich = 1.186)
- **Hauptsächlich:**
 - psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (F12),
 - durch Alkohol (F10)
 - multipler Substanzmissbrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19)
- **Multipler Substanzmissbrauch: Vergleich mit Erwachsenenpsychiatrie (> 18 Jahre), Anteil Kindern und Jugendlichen: 22,34 % vs. 16,4 %**

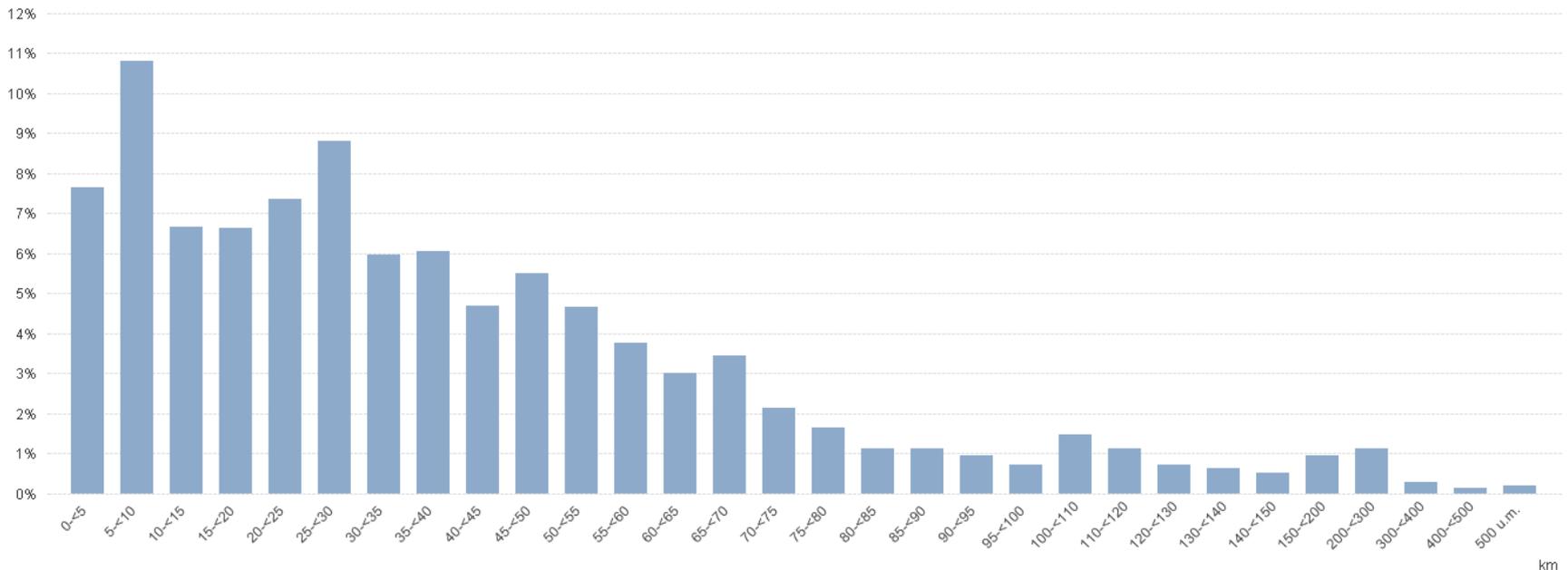
Entfernungsanalyse Diagnosegruppe F1. Eigene Darstellung auf Grundlage des VIPP-Datensatzes

Vor allem in Ostdeutschland und dem ländlichen Bereich zeigen sich hier Defizite, und die Behandlungsstrukturen sind insgesamt für Kinder und Jugendliche nicht ausreichend (FEGERT & SCHEPKER, 2009).



Vergleich: alle Diagnosengruppen exkl. F1

Entfernung Mittelpunkt PLZ des Patienten bis Einrichtung (Luftlinie)



Besondere Herausforderungen: Transitionsalter

Transition

- Entwicklungspsychologisch internationale Datenerhebungen (vgl. SEIFFGE-KRENKE 2015): zunehmende Verlängerung der Übergangsphase zwischen Jugendlichen- und Erwachsenenalter („emerging adulthood“).
- Adoleszente ziehen in ganz Europa immer später von zu Hause aus. Im Durchschnitt ziehen in Deutschland junge Frauen mit 23,9 (59 % der unter 25-jährigen noch zu Hause) und junge Männer mit 25,1 Jahren (73 %) aus ihrem Elternhaus aus.
- Einflußfaktoren auch soziökonomisch bedingt: Auswirkungen von ökonomischen Krisen (vgl. FEGERT/HARSCH/KÖLCH 2017)
- Transitionszeit auch für die Versorgung von psychisch Erkrankten eine Herausforderung.
- Es bestehen noch keine ausreichenden Strukturen und Konzepte zur Behandlung in dieser Übergangszeit, die zwischen dem Kinder- und Jugendlichenbereich und dem Erwachsenenbereich stattfindet

§ 41 SGB VIII: ewig jung? (1)

- **18 bis 20 Jahre: Regel-Anspruch**

„...Hilfe für die Persönlichkeitsentwicklung und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung..., wenn und solange die Hilfe auf Grund der individuellen Situation des jungen Menschen notwendig ist.“ (§ 41 Abs. 1 S. 1 SGB VIII)

- **21 bis 26 Jahre: Soll-Anspruch**

„... in **begründeten Einzelfällen ... für einen begrenzten Zeitraum** darüber hinaus **fortgesetzt** werden“(§ 41 Abs. 1 S. 2 SGB VIII)

Hilfeübergang bei **seelisch behinderten** jungen Volljährigen



Anspruchsvoraussetzungen:

- **Erfolgsprognose:**
 - kaum zu verneinen (kleinste Fortschritte genügen)
- **begründeter Einzelfall:**
 - seelische Behinderung erschwert Verselbstständigungsprozess und begründet damit – in jedem Fall – individuelle Ausnahmesituation
- **für begrenzten Zeitraum:**
 - regelmäßig auch im Erwachsenenalter auf Hilfe angewiesen, dh hier „unpassendes Kriterium“
 - Übergang der Zuständigkeitsverantwortung zum Sozialhilfeträger:
primäre Orientierung an Bedürfnissen & Hilfperspektive des jungen Menschen (LSG NW JAmt 2012, 481)
 - „Wann ist Abbruch der bisherigen zugunsten des Aufbaus einer neuen **Hilfekontinuität** sinnvoll?“ (= neuer Lebensabschnitt)

Veränderung der Diagnosen? Die eigentliche Bedeutung der Früherkennung – VIPP Datensatz

Alter: ↓	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Anzahl Fälle (insgesamt):	Häufigste Diagnosen:	Allgemeine Psychiatrie, Anzahl Fälle (insgesamt):	Häufigste Diagnosen:
13 Jahre	4.738	F9 (52,8 %) F4 (21,5 %) F3 (14,3 %)	(-)	(-)
14 Jahre	6.104	F9 (43,7 %) F4 (21,5 %) F3 (20,4 %)	17	F4 (23,5 %) G4 (23,5 %) F1 (17,7 %)
15 Jahre	6.927	F9 (36,8 %) F3 (24,4 %) F4 (21,7 %)	31	F4 (35,5 %) F1 (29 %) F2 (9,7 %)
16 Jahre	6.727	F9 (27,2 %) F3 (26,7 %) F4 (22,6 %)	174	F1 (58,1 %) F4 (14,4 %) F9 (8,6 %)
17 Jahre	6.239	F3 (28,0 %) F4 (23,2 %) F9 (19,5 %)	713	F1 (42,2 %) F4 (18,5 %) F3 (13,6 %)
18 Jahre	437	F1 (27,0 %) F3 (23,3 %) F4 (21,7 %)	8.569	F3 (25,9 %) F4 (24,8 %) F1 (18,1 %)
19 Jahre	92	F1 (44,6 %) F4 (17,4 %) F3 (14,1 %)	9.571	F3 (24,3 %) F1 (22,3 %) F4 (21,1 %)
20 Jahre	9	F4 (33,3 %) F3 (22,2 %) F6 (22,2 %)	9.896	F3 (25,0 %) F1 (23,4 %) F4 (19,3 %)
21 Jahre	(-)	(-)	10.630	F3 (25,5 %) F1 (24,7 %) F4 (17,8 %)

^[1] Wenn die Anzahl der Krankenhäuser < 4 ist, können keine Ergebnisse mehr ermittelt werden

Fazit Transition

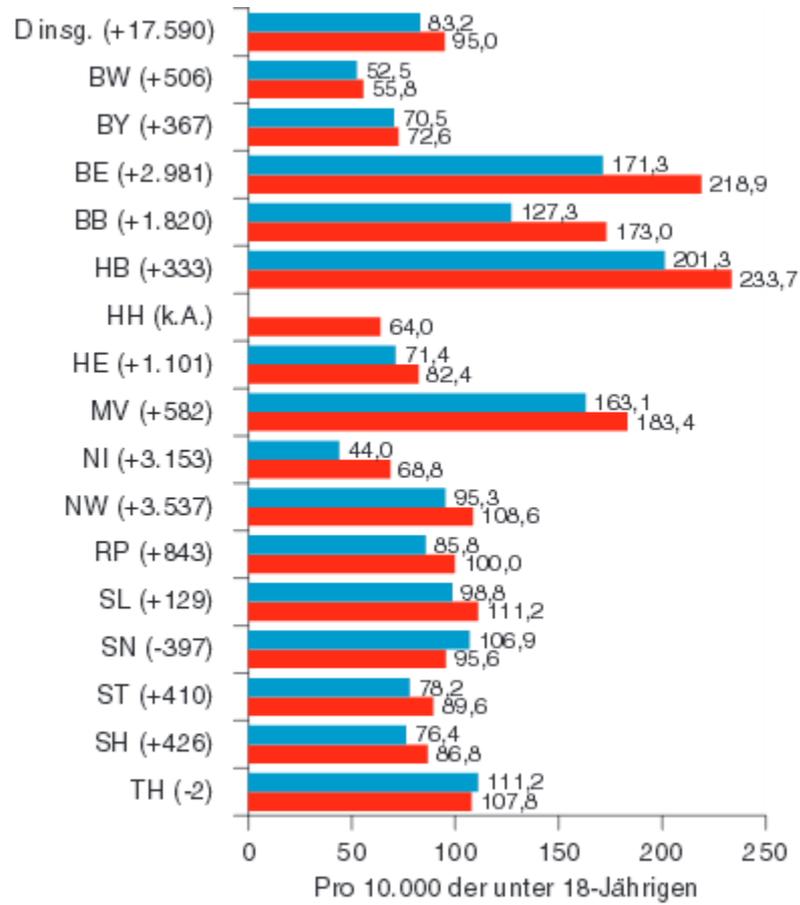
- Unter dem Aspekt, dass bei der Thematik Transition oftmals hauptsächlich eine verbesserte Früherkennung für schizophrene Störungen diskutiert wird und auch entsprechende Einheiten aufgebaut oder eingerichtet werden, ist die tatsächliche Diagnoseverteilung dahingehend wahrzunehmen, dass Transitionsangebote zumindest auch auf Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich F1, F3 und F4 ausgerichtet werden sollten
- Bereich Integration in Ausbildung und Beruf: typische Einschränkungen (Hilfebedarfe) haben die psychisch kranke Jugendlichen und junge Menschen in den Bereichen:
 - der sozialen Kompetenz,
 - Ausdauer, Belastbarkeit & Verlässlichkeit,
 - in den schulischen Leistungen (fehlende oder niedrig qualifizierte Schulabschlüsse),
 - im Bereich der Selbständigkeit von Alltagsorganisation, Lebensplanung und Berufsorientierung

Risikokonstellationen und besondere Belastungserfahrungen für Kinder und Jugendliche

Kinderschutz und psychische Störungen bei Minderjährigen

- SGB VIII Änderungen zur Verbesserung des Kinderschutzes (Bundeskinderschutzgesetz):
- Auswirkungen auf den Bereich des SGB V
- Gleichzeitig wurde die Forschung zu Folgen von ACE verstärkt (auch durch entsprechende Förderlinien des BMBF)
- die Prävention verstärkt :
 - sowohl im Rahmen früher Hilfen, an denen auch Leistungserbringer aus dem SGB V Bereich beteiligt sind,
 - als auch im Rahmen des Schutzes vor Misshandlung und Missbrauch in Institutionen, auch Krankenhäusern (sogenannte Schutzkonzepte).

Zunahme Gefährdungsmeldungen und – einschätzungen



- Gefährdungseinschätzungen nach § 8 a I SGB VIII Zeitraum 2012 bis 2014:
- Gesamtzeitraum Zunahme um 17 %
- starke regionale Differenzen und altersspezifische Unterschiede
- 2014: 124.213 Verfahren (Anstieg gegenüber dem Vorjahr 7 %)
- Länder Nordrhein-Westfalen (+ 13 %), Niedersachsen (+ 54 %), Berlin (+ 34 %) und Brandenburg (+ 41 %). Der höchste Anstieg (bevölkerungsbezogen) ist für Berlin und Brandenburg zu verzeichnen
- Kinder unter 3 Jahren zählen zu den häufigsten,
- Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren zu den seltensten Fällen

Top-Diagnosen und Verweildauern bei Kleinkindern (0 bis 5 Jahre).

Quelle: VIPP-Datensatz

Diagnose-gruppe	Anzahl Patientin bzw. Patient/Fall	Geschlecht w/m	Durchschnittliche Verweildauer (Angabe in Tagen; inkl. Abwesenheit)			
			2011 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2012 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2013 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)	2014 Patientin bzw. Patient/Fall (SD)
Gesamt:	853/978	320/658				
F4	149/161	69/92	37,15/33,11 (37,0)	40,18/39,38 (36,7)	41,64/41,64 (30,9)	60,40/58,08 (51,3)
F7	10/10	2/8	42,00/42,00 (11,3)	22,33/22,33 (24,6)	57,60/57,60 (56,1)	NA
F8	44/48	8/40	51,56/42,18 (35,4)	68,22/55,82 (58,1)	25,50/25,50 (17,5)	62,28/62,28 (49,2)
F9	656/748	236/512	45,66/41,51 (29,8)	59,36/53,42 (43,4)	50,01/43,86 (36,7)	57,40/53,68 (46,2)

Welche Faktoren erklären das erhöhte Risiko psychischer Störungen und Auffälligkeiten bei den Kindern?

Wechselwirkungen entscheidend

genetische Vulnerabilität

Einschränkungen elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen:

stabile, vorhersagbare und vertrauensvolle Bezugsperson

Vermittlung von Regeln, Werten und Struktur

Eröffnung von Lernchancen

Partnerschaftsschwierigkeiten / -konflikte (häufig über Jahre anhaltend)

Verletzung der Generationengrenzen (Parentifizierung, Rollenumkehr)

Häufung von psychosozialen Belastungen

Kann man spezifische Verläufe identifizieren?

Van Santvoort et al. (2015): Review über Verlaufsstudien:

- ca. 100 Veröffentlichungen mit 40 Studien eingeschlossen
- Mehrzahl der Studien: depressive Störungen, bipolare Störungen und Angststörungen

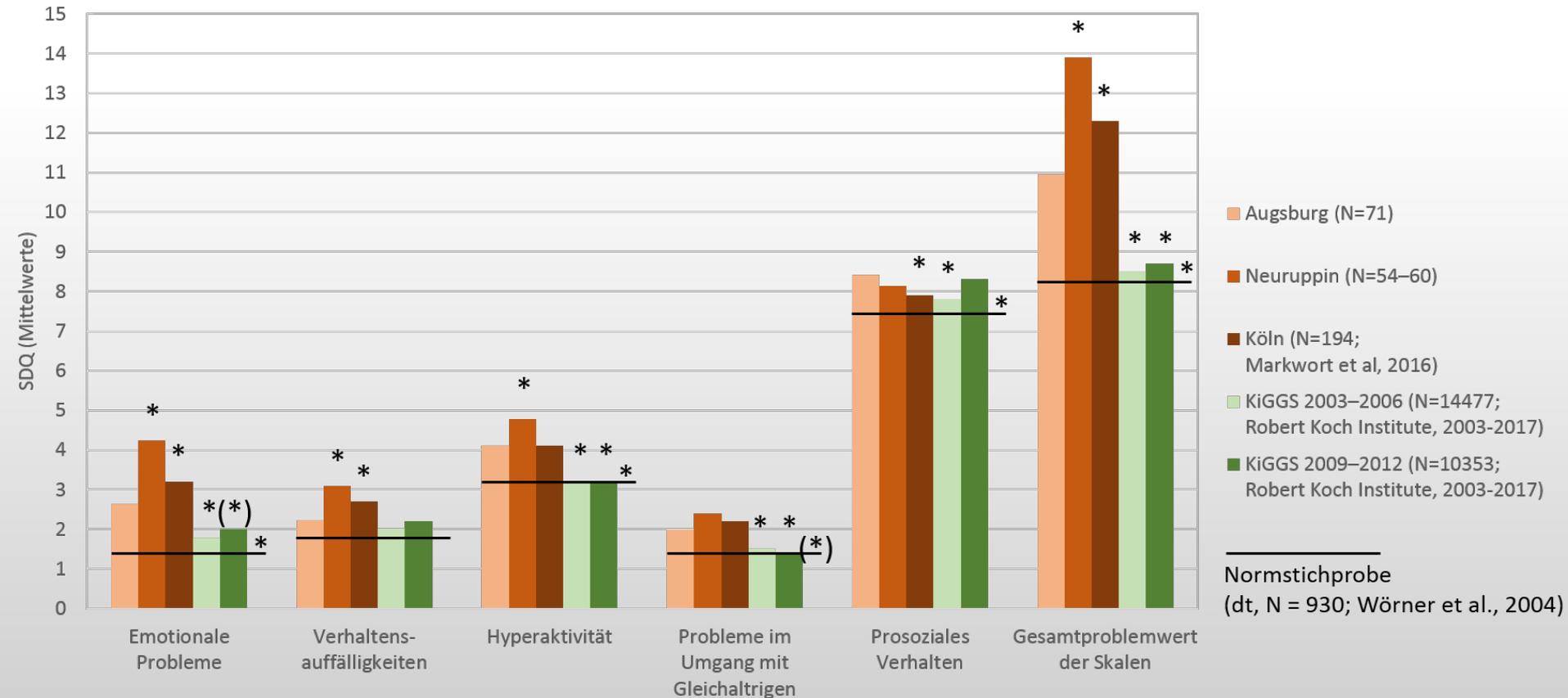
Ergebnis:

- depressive & bipolare Störungen eher multifinal vs. Angststörungen eher konkordant
 - Depressive Störungen und Angststörungen eher equifinal
- elterliche Angststörungen zeigen bei Kindern eher spezifische Folgen während andere Störungen eher eine Vielfalt an Störungsbildern im Verlauf bei den Kindern zur Folge haben können

Insgesamt entwicklungspsychopathologisch keine Linearität der Störungsbilder:

40- 60% der Kinder entwickeln andere (unspezifische) Verhaltensauffälligkeiten oder sozial- emotionale Probleme

Auftretenshäufigkeiten unauffälligen, grenzwertigen und auffälligen Verhaltens bei Kinder psychisch kranker Eltern



Systematische und systemübergreifende Versorgung von Familien mit psychisch krankem Elternteil

Systematisierung verbindlicher Kooperationsstrukturen (Zuständigkeiten)

fallübergreifende Kooperation und Vernetzung
interdisziplinäre Kooperation im Einzelfall

Standards in der Versorgung gemäß den Bedürfnissen von Familien und Kindern definieren und umsetzen

(Weiter-) Entwicklung und Dissemination
altersspezifischer Angebote

- interdisziplinär abgestimmtes Angebotsrepertoire mit erprobten niedrigschwelligen und spezifisch hochschwelligen Angeboten / Leistungen

Qualitätsentwicklung durch Aus-, Fort- und Weiterbildung / Etablierung gemeinsamer Standards



Kapitel 12
„Neuköllner Erklärung“ –
interdisziplinär gestaltete Hilfen
aus einer Hand und mischfinanzierte
Versorgungsangebote – eine Utopie?

Die „Sozialer Erklärung“ ist Ergebnis der Fachtagung „Kinder psychisch kranker Eltern – Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung“, die mit Förderung der „Ingrid und Frank-Stiftung“ und in Kooperation der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychosomatik des Vivantes Netzwerks für Gesundheit GmbH, Berlin, und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm veranstaltet wurde. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Tagung in Neukölln kamen aus Forschung und Praxis und waren interdisziplinär zusammengesetzt: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, Familienrecht und freie Wohlfühlberufe.

Kinder psychisch kranker Eltern

Kinder in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sind vielfältigen Belastungen ausgesetzt. Dazu gehören die unmittelbaren Auswirkungen der elterlichen Erkrankung für das Kind. Psychisch kranke Eltern zeigen häufig entwicklungsretardiertes oder gar gefährdendes Verhalten im Umgang mit ihrem Kind. Dazu kann z. B. die Unfähigkeit gehören, das Kind in belastenden Situationen zu trösten, übermäßig hartes, aggressives oder bedrohendes Verhalten oder so genanntes „dysfunktionales“ Verhalten. Letzteres Verhalten umfasst etwa negativ übergriffiges Verhalten oder auch so genannte Rol-

Michael Köchli | Ute Ziegenhain |
Jörg M. Fegert (Hrsg.)

Kinder psychisch kranker Eltern

Herausforderungen für eine
interdisziplinäre Kooperation
in Betreuung und Versorgung

BELTZ JUVENTA



Fazit

Für Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung gilt:

- Kompliziertes System mit vielfältiger Zuständigkeit und Abgrenzungsproblemen (Versäulung) besteht weiter
- Risikoklientel identifizierbar, aber Verschränkung der Angebote und komplexe Hilfen eher die Ausnahme
- Für Kinder- und Jugendliche z.B. mit Intelligenzminderung, Substanzabusus, Kleinkinder aus besonders belasteten Familien bestehen in Deutschland zu wenige Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie aber auch im Bereich der Psychotherapie mit hoher Gefahr der Chronifizierung bzw. zu Eskalation mit Krisen und Aufnahmen im Bereich der Regelversorgung
- Kooperation zwischen Systemen (verschiedene SGB) unzureichend ausgebildet und auch zu wenig kodifiziert
- Kooperation auch innerhalb des SGB V (Bsp. Familien mit psychischen Erkrankungen) ebenfalls unzureichend: interministerielle AG aufgrund BT-Beschluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

michael.koelch@mhb-fontane.de