



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

Universitätsklinikum Ulm

com.can



Competence Center
Child Abuse and Neglect

Kompetenzzentrum
Kinderschutz in der Medizin
Baden-Württemberg

Kooperation: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe

Univ. Prof. Dr. Paul L. Plener, MHBA



**Gelungene
Kooperationen
30.11.2016, Wien**



Übersicht

- Epidemiologie
 - Allgemeinbevölkerung
 - Jugendhilfe

- Schnittstellen
 - Therapie
 - Inklusion
 - Kinderschutz
 - junge Geflüchtete/ UMF

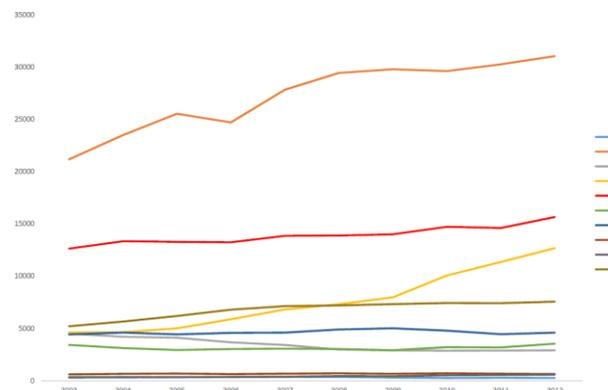
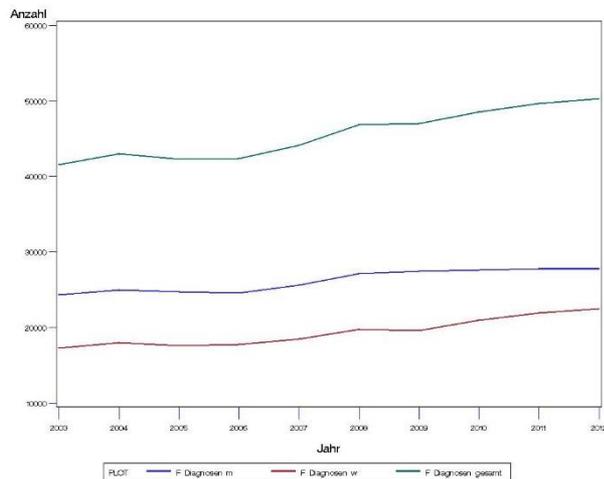
- Kooperation

- Diskussion



Häufigkeit stationärer KJP Behandlung

- Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen im Krankenhaus (2003 - 2012)
- Daten des statistischen Bundesamts (Meldungen gem. §1 Abs. 3 Nr. 1 KHStatV)
- F-Diagnosen bei Krankenhausentlassung in den Jahren 2003 – 2012 getrennt nach Altersgruppen analysiert.



Plener et al., 2015, NHK
Plener et al., 2015 ZPPP





Prävalenz Allgemeinbevölkerung

- Metaanalyse: 33 Studien zur emotionalen und Verhaltensstörungen bei deutschen Kindern und Jugendlichen
- Zeitraum:> 50 Jahre
- unter Beteiligung von 72.978 Kindern und Jugendlichen aus nicht-klinischen Stichproben
- **Prävalenz von emotionalen und Verhaltensstörungen: 17,6%**
- Häufigkeiten über die Zeit (eingeschränkte Vergleichbarkeit): **kein Anstieg der Auffälligkeiten** in den Studien über die Jahre

Barkmann & Schulte-Markwort, 2012





Epidemiologie: KiGGS

- Folgebefragung der KiGGS-Studie: 3-17-jährige
- Erhebungszeitraum zwischen 2009 und 2012
- Strength and Difficulties Questionnaire:
- Basiserhebung (2003-2006): **20,0%**
- 1. Welle: **20,2%**

Altersgruppe	Basis	1. Welle	p
3-6	19,3	17,2	0,16
7-10	22,6	23,1	0,75
11-13	21,5	23,3	0,26
14-17	17,0	17,8	0,54



Psychische Krankheitsbilder in der JH

- stationäre Jugendhilfe: Häufung von kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen
- 1. Heimstichprobe:
 - 70%: in FB: klinisch auffällige Ergebnisse.
- 60% erfüllen Diagnosekriterien einer kinder- und jugendpsychiatrischen Störung
- Besonders häufig: externalisierende Störungen
- ca. 50%: mehrere Störungen gleichzeitig

Schmid 2007, Schmid et al. 2007, Meltzer et al., 2003, Jaritz et al., 2008





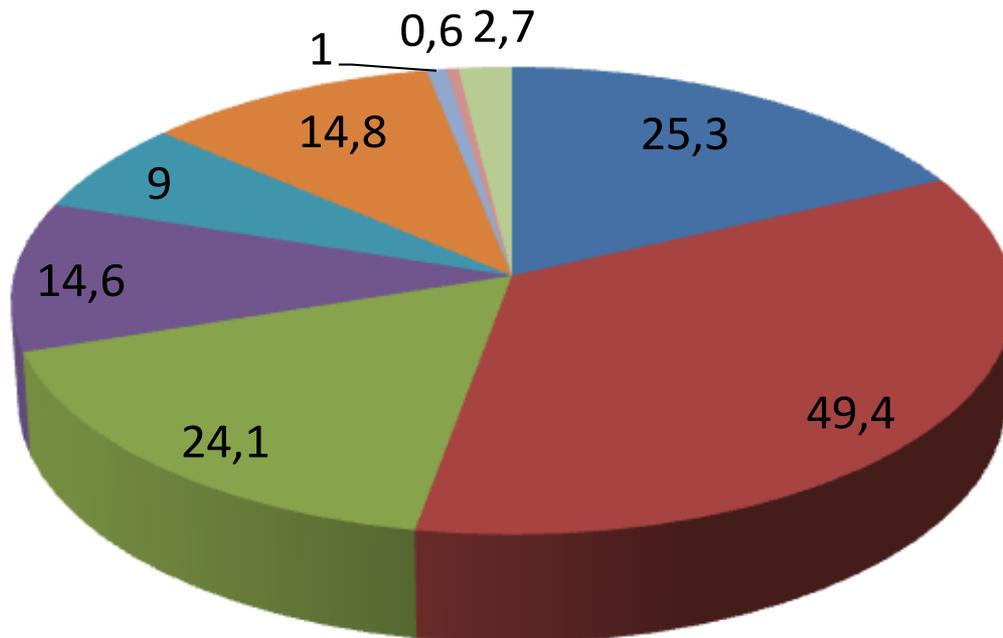
Komorbidity nach DSM-IV

Keine Diagnose	26%
Mindestens eine Diagnose	74%
Eine DSM-IV Diagnose	23%
Mehr als eine DSM-IV-Diagnose	51%
Mehr drei DSM-IV-Diagnosen	9%
Mehr als eine Diagnose aus unterschiedlichen DSM-IV-Kapiteln	49%
Mehr als drei Diagnosen aus unterschiedlichen DSM-IV-Kapiteln	4%



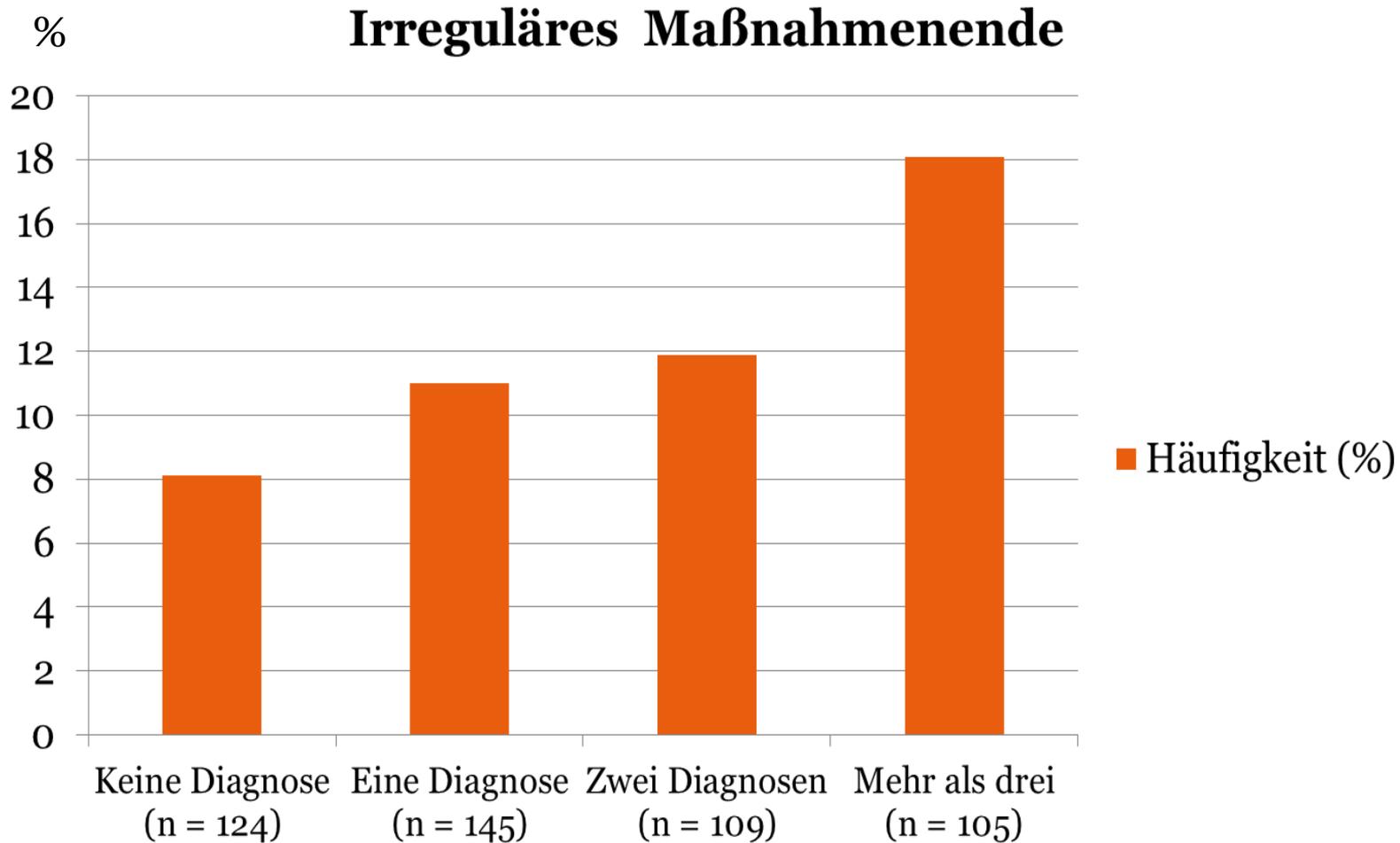
Diagnosehäufigkeiten in Prozent: MAZ

- Keine Störung
- Störungen mit Beginn in der Kindheit (F9)
- Persönlichkeitsstörungen (F 6)
- Neurotische und Belastungsstörung (F4/F93)
- Affektive Störungen
- Substanzgebundene Störungen
- Schizophrener Formenkreis
- Essstörungen
- Sonstige Störungen





Diagnosen und irreguläres Behandlungsende



Schmid, 2012





Häufigkeit von Traumata

Art der Traumatisierung	Häufigkeit (%)
Vernachlässigung	72%
Vernachlässigung (Basics)	31%
Körperliche Misshandlung	35%
Emotionale Misshandlung	31%
Sexueller Missbrauch	15%
Zeuge von körperlicher oder sexueller Gewalt	50%
Schwere Unfälle	5%
Irgendein psychosoziales Trauma (Basics o. Unfälle)	75%



Schnittstelle Therapie



„Heimkindersprechstunde“

- Derzeit Kooperation mit 3 Einrichtungen
- 2-wöchentlich bis wöchentliche Sprechstunde vor Ort
- Schneller „Draht“ zur Klinik
- Gemeinsame Einstellung: kurze Aufenthalte: Rückübernahme in Jugendhilfeeinrichtung ist **IMMER** gesichert
- Finanzierung durch KK
- Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten muß vorliegen



2. Ulmer Heimkinderstudie: hilft Kooperation?

- N=624 (336 Kontrolle, 288 Interventionsgruppe): 12 Monate
- 11 Einrichtungen mit Sprechstunde, 15 ohne
- 80% auffällig im Screening
- Kontrolleinrichtung: 2,5 Tage/ Person, 1,3 Tage/Person in Interventionseinrichtungen
- KJP Behandlung: 80% vs. 50%

Besier et al., 2009





Hometreatment

- N=100
- Gleich gute Behandlungsergebnisse wie im stationären Rahmen
- Kürzere stationäre Verweildauern

Originalarbeit

Behandelt zu Hause Gesund werden

Hometreatment in Verzahnung mit Klinikelementen, Chancen und Herausforderungen

Isabel Boege, Nicole Copus und Renate Schepker

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Weissenau, ZfP Südwürttemberg, Ravensburg

Zusammenfassung, Fragestellung: Evaluation zweier Behandlungsformen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit Indikation zur stationären Behandlung: (1) verkürzter stationärer Aufenthalt mit sich anschließender Hometreatmentbehandlung verzahnt mit Klinikelementen aus dem stationären Spektrum (BeZuHG = Behandelt zu Hause gesund werden) (2) stationäre Regelbehandlung (TAU). **Methodik:** 100 konsekutiv stationär aufgenommene Kinder und Jugendliche wurden in die Studie eingeschlossen und in die Interventionsgruppe (BeZuHG) oder die Kontrollgruppe (stationäre Behandlung) randomisiert. Soziodemographische Daten, ICD-10 und DSM-IV Diagnose, Fragebögen zum psychosozialen Funktionsniveau, Schwere der Symptomatik und Ausmaß der Beeinträchtigung vor und nach der Behandlung wurden erhoben und in Bezug auf Machbarkeit, Outcome, Kontaktfrequenz und Akzeptanz der Familien für beide Behandlungsformen evaluiert. **Ergebnisse:** Patienten der BeZuHG-Behandlung zeigten gleich gute Behandlungsergebnisse wie stationär behandelte Patienten bei gleichzeitig signifikanter Reduktion der stationären Verweildauer in der BeZuHG-Gruppe. Eine Akzeptanz des BeZuHG-Settings war von den Familien gegeben, eine bessere Einbindung der Eltern in die Behandlung war möglich. **Schlussfolgerungen:** Sektorenübergreifende Konzepte sollten regelhaft in das Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen integriert werden. Weitere Evaluation ist erforderlich, die Stabilität des Behandlungsergebnisses muss in einem 1-Jahres-Follow-up überprüft werden.

Schlüsselwörter: Hometreatment, sektorenübergreifende Versorgung, Versorgungsforschung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, aufsuchende Behandlung

Abstract. Effectiveness of hometreatment in light of clinical elements, chances, and limitations

Objective: The main objective was to evaluate two models of care for children and adolescents requiring hospitalization due to severe mental illness. Model 1: early discharge followed by a newly established home treatment service enhanced by clinical elements according to need (BeZuHG); Model 2: admission to an inpatient unit (TAU). **Methods:** 100 children and adolescents admitted to inpatient care were randomized to either a control group (regular inpatient stay) or an intervention group (BeZuHG group). Sociodemographic data, ICD-10 and DSM-IV diagnoses, health and social functioning, psychopathology, clinical impairment, and service use were assessed pre- and posttreatment regarding effectiveness, outcome, contact time, and acceptance within the families. **Results:** Clinical outcome in BeZuHG treatment was as effective as inpatient care. There was a good acceptance within the families, family resources enhanced treatment outcome, and a significant reduction in length of inpatient stay could be shown. **Conclusions:** The BeZuHG model should be a regular option in child and adolescent psychiatric care. Further rigorous evaluation of the model is required: A 1-year follow-up investigating the stability of the shown effects is planned.

Keywords: hometreatment, service development, duration of inpatient stay, community programs, child and adolescent mental health

Einleitung

Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter sind häufig und gehen mit erheblichen Beeinträchtigungen nicht nur für die Betroffenen sondern auch für die Familie sowie die Schule und das soziale Umfeld einher. Dabei wird die Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter auf ca. 10 % bis 20 % geschätzt (Ihle & Esser, 2002; Barkmann, Marutt, Forouher & Schulte-Markwort,

2002; Petermann, 2005; Ravens-Sieberer et al., 2008), die Persistenzrate von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen liegt innerhalb von 2–5 Jahren bei über 50 %.

Während es in der Erwachsenenpsychiatrie in den letzten Jahrzehnten ein hohes Interesse gab, psychiatrische Patienten nicht mehr primär stationär, sondern ambulant in der Gemeinde zu behandeln mit dem Ziel schnellst möglicher psychosozialer Wiedereingliederung, fand aufsuchende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in





Schnittstelle Inklusion



International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Orientierung an den Dimensionen des **Zurechtkommens**
(functioning) und an der **gesellschaftlichen Teilhabe**

versus:

Orientierung an Beeinträchtigung und Handicaps
(ICIDH; vorhergehende internationale Klassifikation der
Behinderung der WHO)

Diagnose
ICD 10

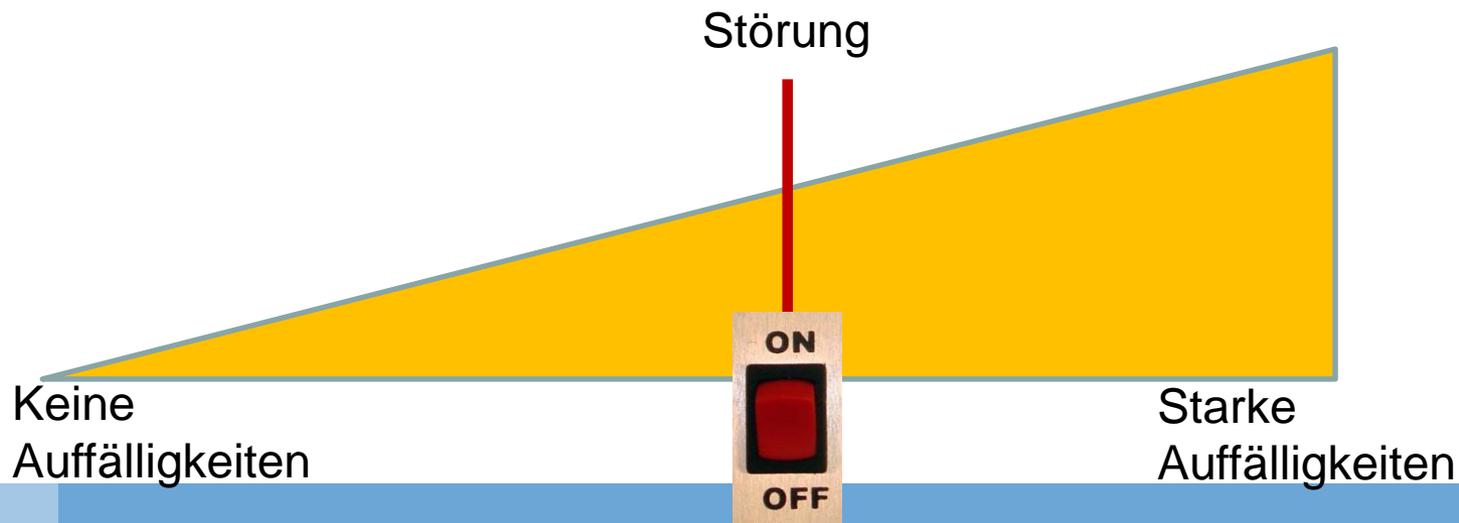


Individuelle
Teilhabe-
beeinträchtigung
ICF



Aspekte der Teilhabebeeinträchtigung

- **Pervasivität**, d.h., ob das Störungsbild in mehreren Bereiche Auswirkungen hat, z.B. ob eine Funktionsbeeinträchtigung sich in der Familie, in der Schule und auch in der Freizeit auswirkt. Die Pervasivität trägt erheblich zum Ausmaß der Beeinträchtigung bei.
- **Intensität**, d.h., ob das Störungsbild in einem (oder mehreren) Bereich(en) so stark ausgeprägt ist, dass die Stärke der Funktionsbeeinträchtigung nicht mehr mit einer Teilhabe vereinbar ist.
- **Chronizität**, d.h. die Dauer der Funktionsbeeinträchtigung.





Inklusion: Thema für Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

- interdisziplinäres Querschnittsthema welches viele betroffene Familien und viele spezialisierte Institutionen angeht
- Veränderung von Schule und Einrichtungen der Jugendhilfe ebenso notwendig wie sektorübergreifende Behandlung im Milieu
- Neue normative Grundlage für die **systemübergreifende Unterstützung der Teilhabe erforderlich**



Beispiel: Schulbegleiter

Schulbegleiter helfen bei:

- Verhaltensauffälligkeiten,
- Kommunikation im Unterricht
- Vernetzung zwischen Eltern und Schule
- der Alltagsbewältigung (Arbeitsstrukturierung)
- Lernhilfe (wobei sie keine Hilfslehrer sind!)
- notwendiger Pflege und medizinischer Versorgung (vor allem bei Körperbehinderungen)
- Stress- und Emotionsregulation



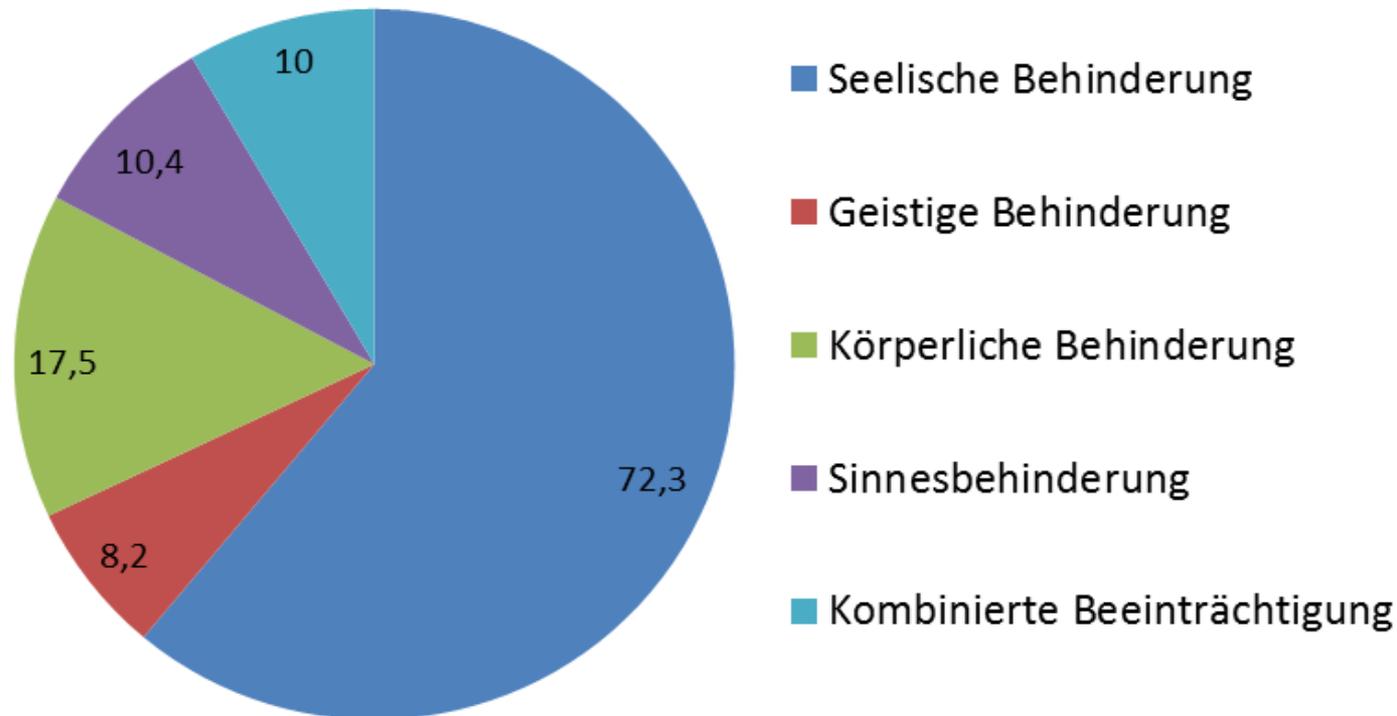


Befragung aller allgemein bildenden Schulen in Baden-Württemberg

Henn et al., 2014

Teilnahme von **1.696 (47,7%)** Schulen

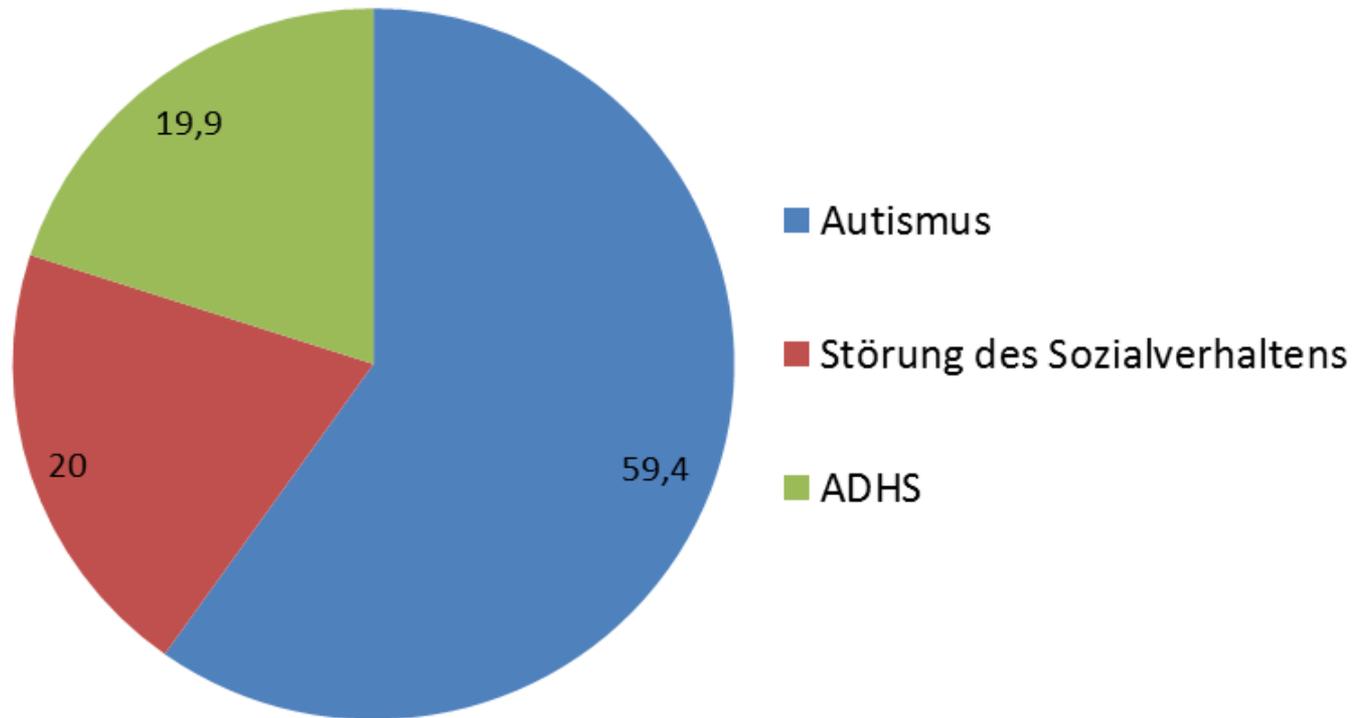
Davon gaben **592** Schulen (34,9%) an, mindestens einen SB zu haben.





Projekt der BW Stiftung zur Inklusion

- Ca. jedes 241. Kind hat einen SB
- In ca. 65% der Schulen gibt es einen SB
- Die meisten SB sind in den ersten Klassen; Abnahme der Anzahl SB je Zunahme der Klassenstufe





Beruflicher Hintergrund der SB nach Häufigkeit in % (N=526)

Erzieher(in)	23,0%
Sozialpädagogin / Sozialpädagoge	11,6%
Pädagogin / Pädagoge	10,8%
BuFDi, FSJ	9,9%
Heilpädagogin / Heilpädagoge	7,2%
Heilerziehungspfleger(in)	3,6%
Krankenpfleger(in)	3,4%



Schnittstelle Kinderschutz



Gewalt an Kindern

UMFRAGE Welche der folgenden Handlungen fallen für Sie unter „körperliche/psychische Gewalt an Kindern“? Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich



Gallup Umfrage
N=1.000

Und wie häufig haben Sie selbst die folgenden Erziehungsmaßnahmen erlebt?

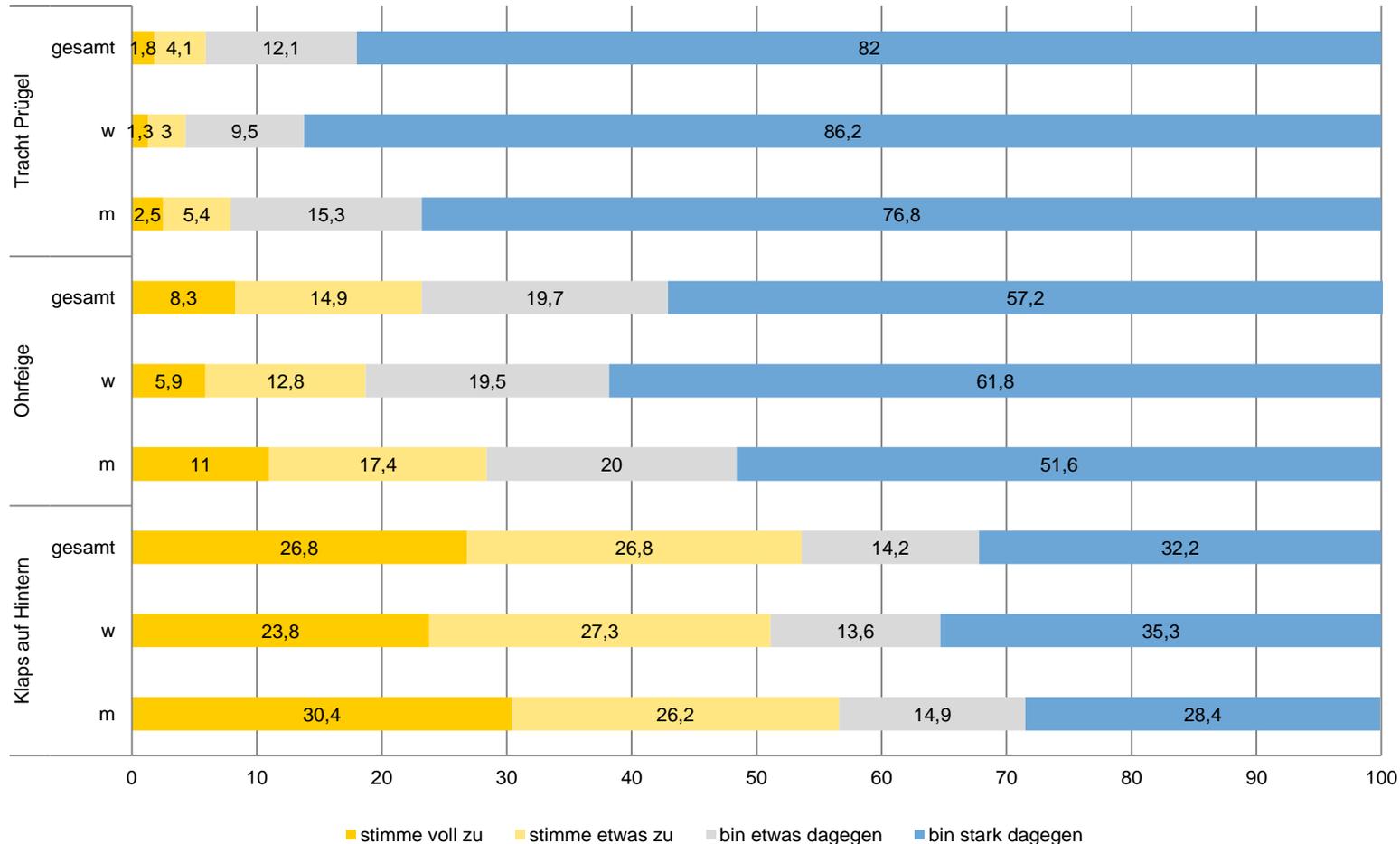




Das hat noch keinem Kind geschadet....

- Bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe (01.-03. 2016)
n=2524

"Das hat noch keinem Kind geschadet..."



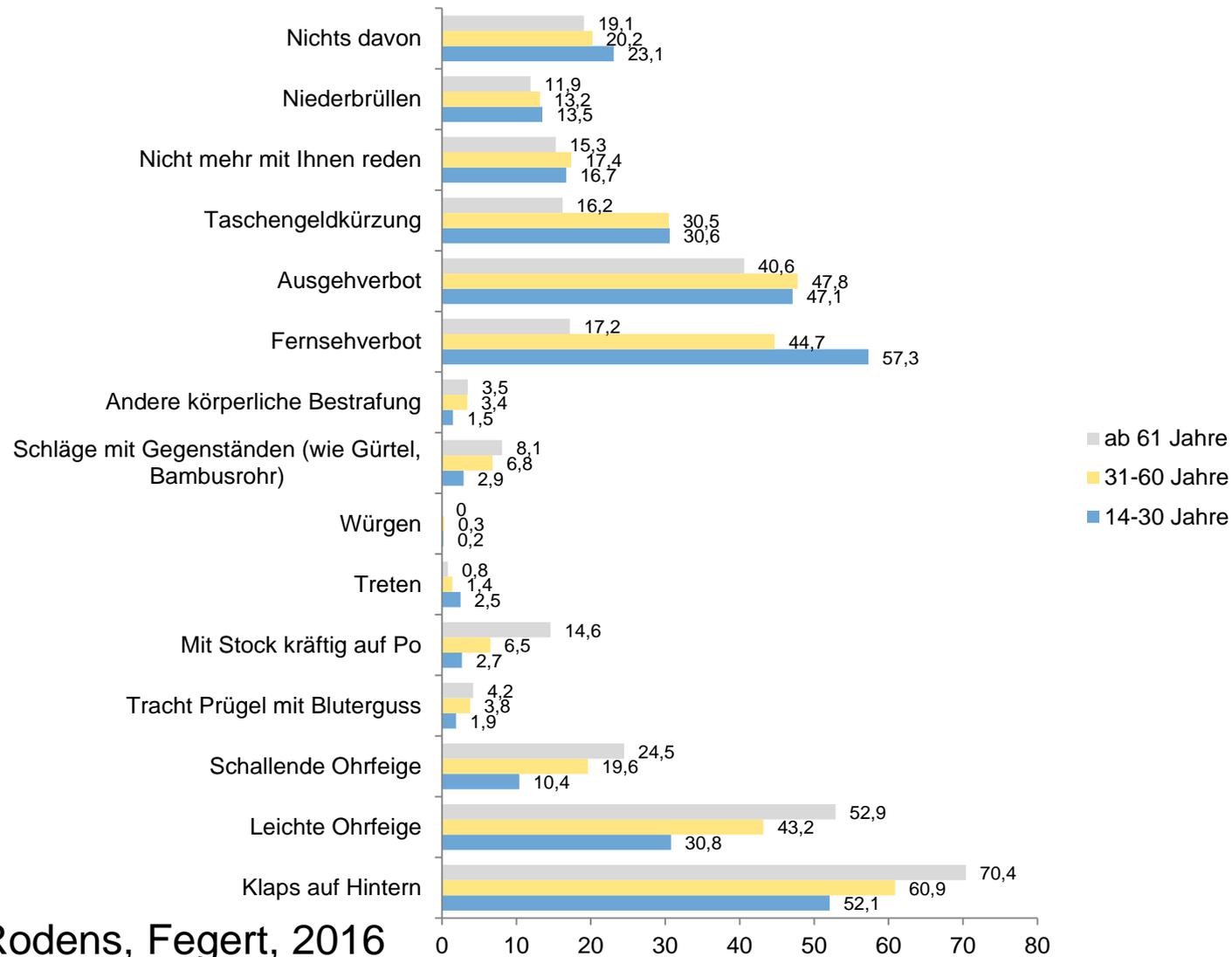


Welche körperlichen Strafen sind in der Erziehung von Kindern angebracht?

Körperliche Strafe	M (%)	W (%)	Gesamt (%)	X ² ; p
Klaps auf Hintern	558 (48,7)	569 (41,3)	1127 (44,7)	X ² : 14,13; p<,001
Leichte Ohrfeige	258 (22,35)	172 (12,5)	430 (17,0)	X ² : 44,79; p<,001
Schallende Ohrfeige	38 (3,3)	13 (0,9)	51 (2,0)	X ² : 17,4; p<,001
Tracht Prügel mit Bluterguss	1 (0,1)	1 (0,1)	2 (0,1)	X ² : 0,02; p=0,70
Mit Stock kräftig auf Po	7 (0,6)	4 (0,3)	11 (0,4)	X ² : 1,49; p=0,18
Treten	0	0	0	
Würgen	0	0	0	
Schläge mit Gegenständen (wie Gürtel, Bambusrohr)	5 (0,4)	0 (0)	5 (0,2)	X ² : 6,03; p=0,02
Andere körperliche Bestrafung	15 (1,3)	9 (0,7)	24 (1,0)	X ² : 2,87; p=0,07
Ablehnung körperlicher Bestrafung	578 (50,5)	815 (59,1)	1393 (55,2)	X ² : 18,80; p<,001



Selbst erlebte Erziehungsmethoden





Epidemiologie

- Repräsentative Stichprobe der dt. Gesamtbevölkerung (≥ 14 Jahre): $n=2504$, w: 53,2%
- Childhood Trauma Questionnaire

Gesamtstichprobe N = 2 504					
CTQ-Skala	Emotionaler Missbrauch	Körperlicher Missbrauch	Sexueller Missbrauch	Emotionale Vernachlässigung	Körperliche Vernachlässigung
Schweregrad					
Kein/minimal n (%)	2 123 (84,8)	2 198 (87,8)	2 186 (87,3)	1 259 (50,3)	1 288 (51,4)
Gering/mäßig n (%)	259 (10,3)	162 (6,5)	158 (6,3)	888 (35,5)	491 (19,6)
Mäßig/schwer n (%)	75 (3,0)	70 (2,8)	109 (4,3)	184 (7,3)	450 (18,0)
Schwer/extrem n (%)	40 (1,6)	69 (2,7)	47 (1,9)	164 (6,5)	269 (10,8)
Fehlende Werte	7 (0,3)	5 (0,2)	4 (0,2)	9 (0,4)	6 (0,2)

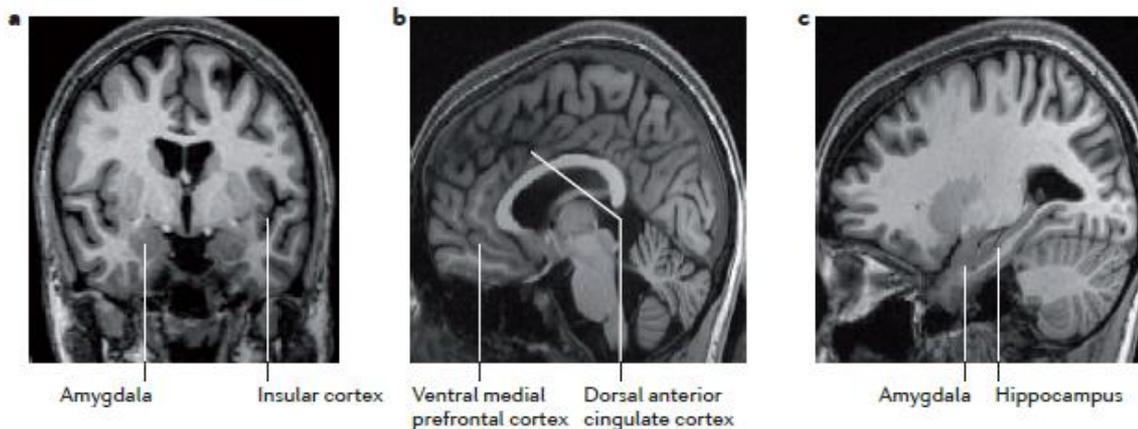


***...das hat ja noch
keinem geschadet...***



Strukturelle und funktionelle Gehirnveränderungen bei Traumatisierung

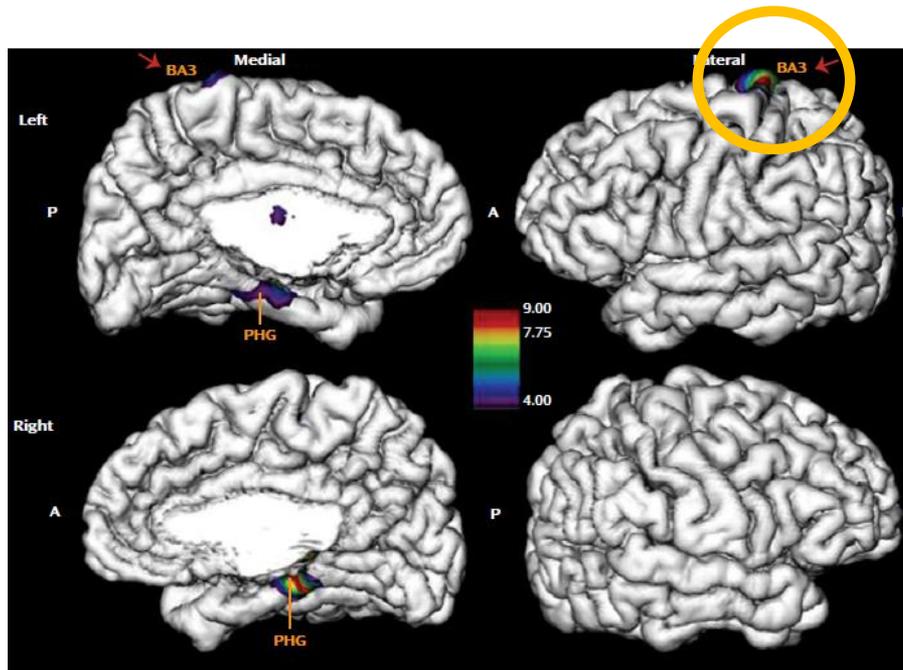
- Strukturelle und funktionelle Gehirnveränderungen:
 - **Hippocampus:** Volumenreduktion (Dendritenverlust: Glukokortikoide)
 - **Amygdala:** Hyperresponsivität
 - **mPFC:** Volumenverringerng (verantwortlich f. Inhibition, Hyporesponsivität b. PTSD f. Trigger)
 - **dACC:** Hyperresponsivität





Misshandlung/ Missbrauch im Kindesalter: fMRT

- CTQ: sexual abuse score - Kortikale Dicke↓
- Somatosensorischer Cortex (I): Klitoris und umgebende genitale Bereiche
- Gyrus parahippocampalis

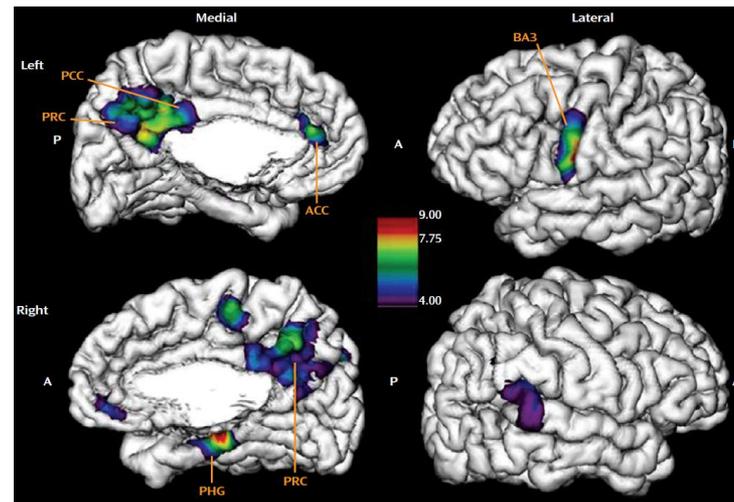




Misshandlung/ Missbrauch im Kindesalter: fMRT

- **Emotionale Misshandlung**
- Kortikale Dicke↓:
- Precuneus (l, r)
- PCC und ACC(l)
- Somatosensorischer Cortex (Gesicht)

- Regionen in Verbindung mit:
- Selbstreflexion
- Selbstwahrnehmung

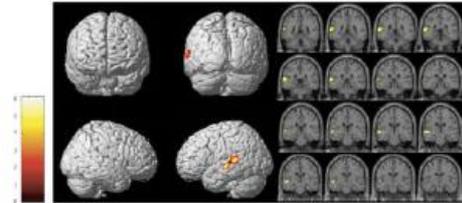


Heim et al., 2013



Neurobiologische Konsequenzen: Vernachlässigung und verbale Misshandlung

- **Emotionale Misshandlung und Vernachlässigung:** Hippocampus Volumenreduktion (m>w)
- Reduktion der grauen Substanz (6,5%) und weißen Substanz (6,4%) in deprivierten rumänischen Waisenkindern, die in institutioneller Umgebung aufwuchsen – **keine Unterschiede in weißer Substanz bei Pflegekindern**
- **Elterliche verbale Misshandlung:**
- DTI: verringerte fraktionale Anisotropie:
 - linker Fasciculus arcuatus: verbindet Wernicke & Broca Areal: wesentlich f. Sprache
 - Erhöhte Dichte der grauen Substanz: Cluster in linkem Gyrus temporalis superior (primärer auditorischer Cortex)



**Verbale Misshandlung führt zu Abweichungen in Arealen,
die mit „Hören“ zu tun haben**

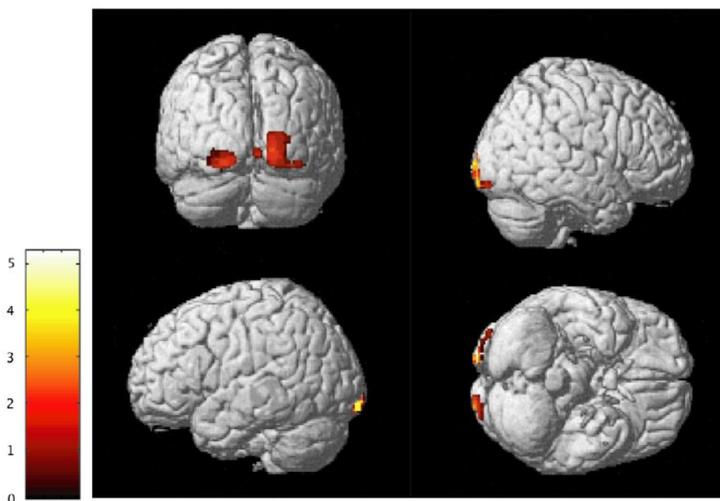
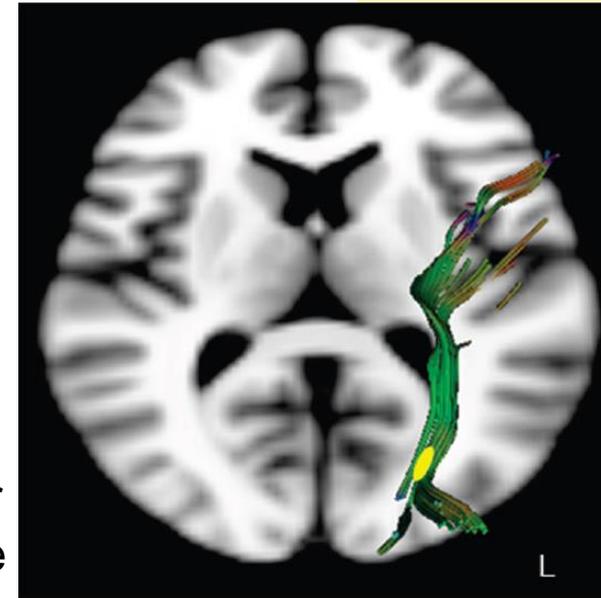
Teicher & Samson, 2016; Sheridan et al., 2012; Choi et al., 2009; Tomoda et al., 2011





Neurobiologische Konsequenzen: häusliche Gewalt

- Verringerte FA in Fasciculus longitudinalis inferioris sin.: Verbindung zwischen visuellen (occipitalen) und temporalen Cortex: visuell-limbischer Pfad (visuelles Lernen), höchste Vulnerabilität: 7-13 Jahre
- Verringerte Cortexdicke in BA18: rechter Gyrus lingualis (visuelles System: Prozessierung von Formen, Gesichter, Buchstaben), sowie V2: sekundärer visueller Cortex, linker occipitaler Pol, Vulnerabilität: 11-13 Jahre



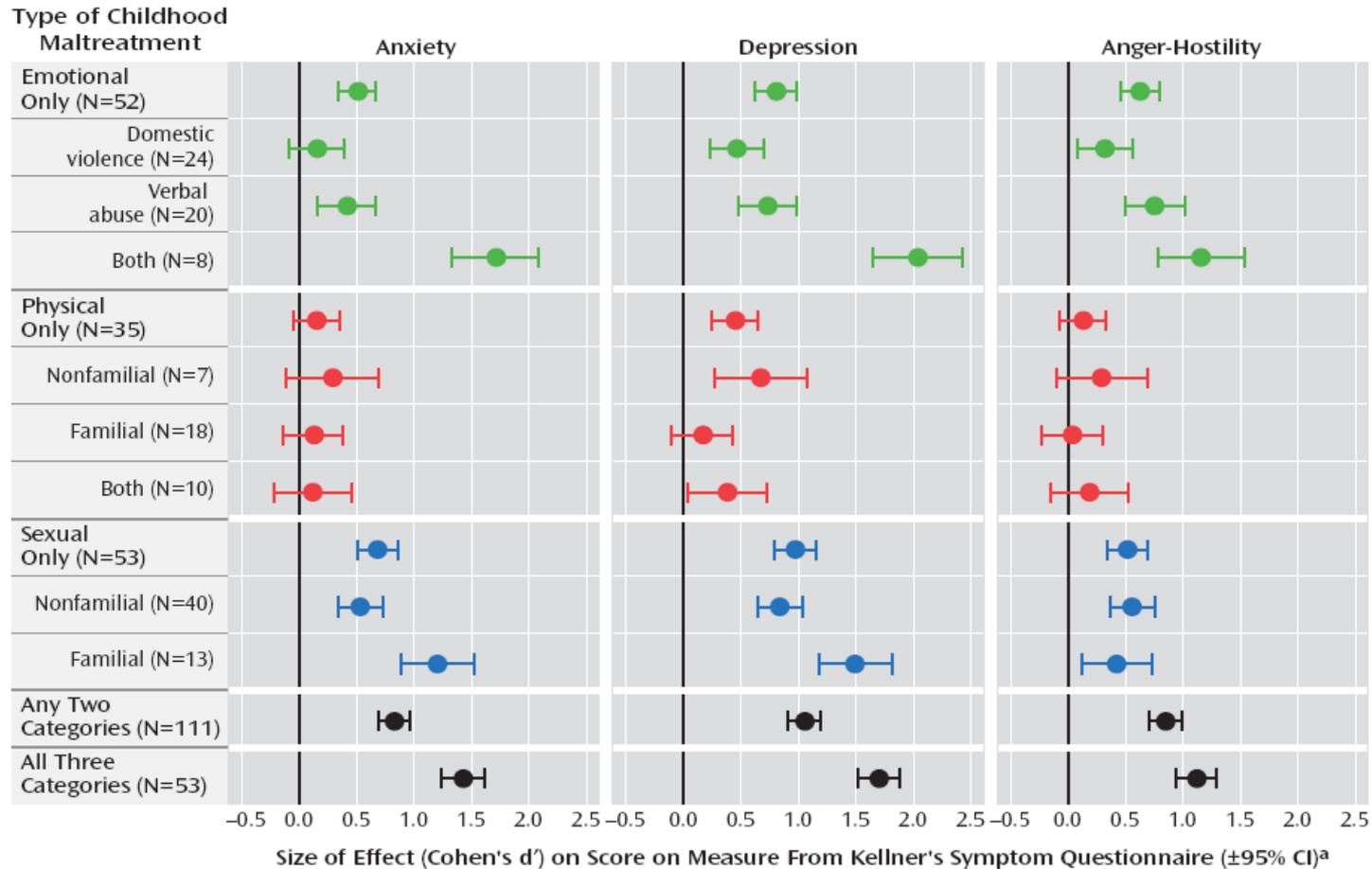
Häusliche Gewalt führt zu Abweichungen in Arealen, die mit „Sehen“ zu tun haben

Choi et al., 2012; Tomoda et al., 2012





Misshandlung und psychische Gesundheit



Teicher, Am J Psychiatr, 2006





Konsequenzen: Psychische Erkrankungen

- Systematischer Review: 124 Studien

Emotionale Misshandlung	OR	Vernachlässigung	OR
Depression	3,06	Depression	2,11
Angststörungen	3,21	Angststörungen	1,82
Essstörungen	2,56	Essstörungen	2,99
Drogenkonsum	1,41	Drogenkonsum	1,36
Suizidversuche	3,37	Suizidversuche	1,95
STD und riskantes sex. Verhalten	1,75	STD und riskantes sex. Verhalten	1,57

Norman et al., 2012





Konsequenzen: körperliche Erkrankung

Gesundheitsprobleme	AORs	95 %
Raucher	2,2	1,7 – 2,9
Adipositas (BMI \geq 35)	1,6	1,2 – 2,1
Sexuelle, übertragbare Krankheiten in der Vergangenheit	2,5	1,9 – 3,2
Ischämische Herzerkrankungen	2,2	1,3 -3,7
Irgendeine onkologische Erkrankung	1,9	1,3 – 2,7
Schlaganfall	2,4	1,3 – 4,3
Chronische Bronchitis oder Emphysem	3,9	2,6 – 5,8
Diabetes	1,6	1,0 – 2,5
Je eine Skelettfaktur	1,6	1,3 – 2,0
Hepatitis oder Ikterus	2,4	1,8 – 3,3

Fellitti et al., 1998





Konsequenzen: körperliche Erkrankung

Gesundheitsprobleme	Mittlere ES (d)	95 %
Zahl der Operationen oder Krankenhausaufenthalte	0,18	0,09 – 0,27
Kardiovaskuläre Erkrankungen	0,66	0,63 – 0,70
Atemwegserkrankungen	0,71	0,67 – 0,75
Gastrointestinale Erkrankungen	0,63	0,59 – 0,67
Metabolische Erkrankungen	0,37	0,33 -0,41
Gynäkologische Erkrankungen	0,06	-0,04 – 0,16
Neurologische Probleme	0,94	0,89 – 0,99
Muskuloskelettale Probleme	0,81	0,76 – 0,86
Andere (Autoimmunerkrankungen)	0,23	0,19 – 0,27

Wegman & Stetler, 2009



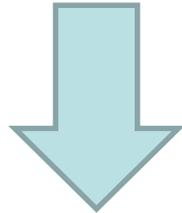


Volkswirtschaftlicher Schaden

Deutschlandweite jährliche Folgekosten von Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung im Kindesalter:

11-30 Milliarden Euro

Habetha et al., 2012



Geld im Kinderschutz ist „gut angelegt“

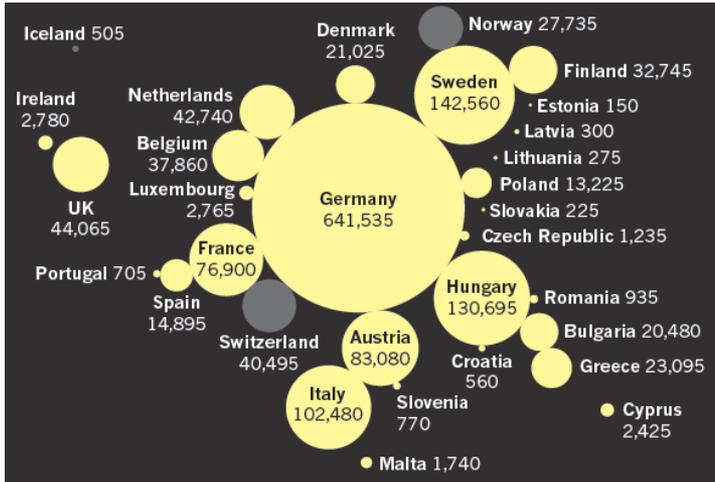


Schnittstelle: geflüchtete Minderjährige/ UMF



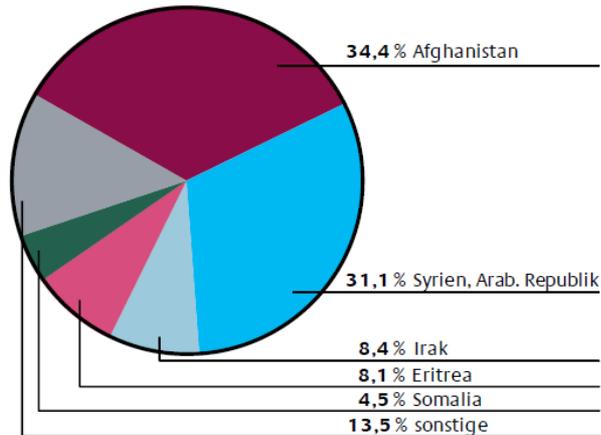
Ausgangslage

Abbott, 2016;
Nature
Brücker et al.,
2016; DIW
Wochen-
bericht
UNHCR, 2014
BAMF, 2015
BAMF, 2016



>1,4 Millionen Asylanträge in
Europa:
07/2015-06/2016

In D: 2015: 890.000
Bis 10/2016: 210.000



- Weltweit > 50% der Geflüchteten < 18 Jahre
- 2015: 14.439 Asylersanträge von Kindern und Jugendlichen < 18 Jahren
- Januar bis April 2016: 76.169 Asylersantragsteller < 18 Jahre (31,8%)



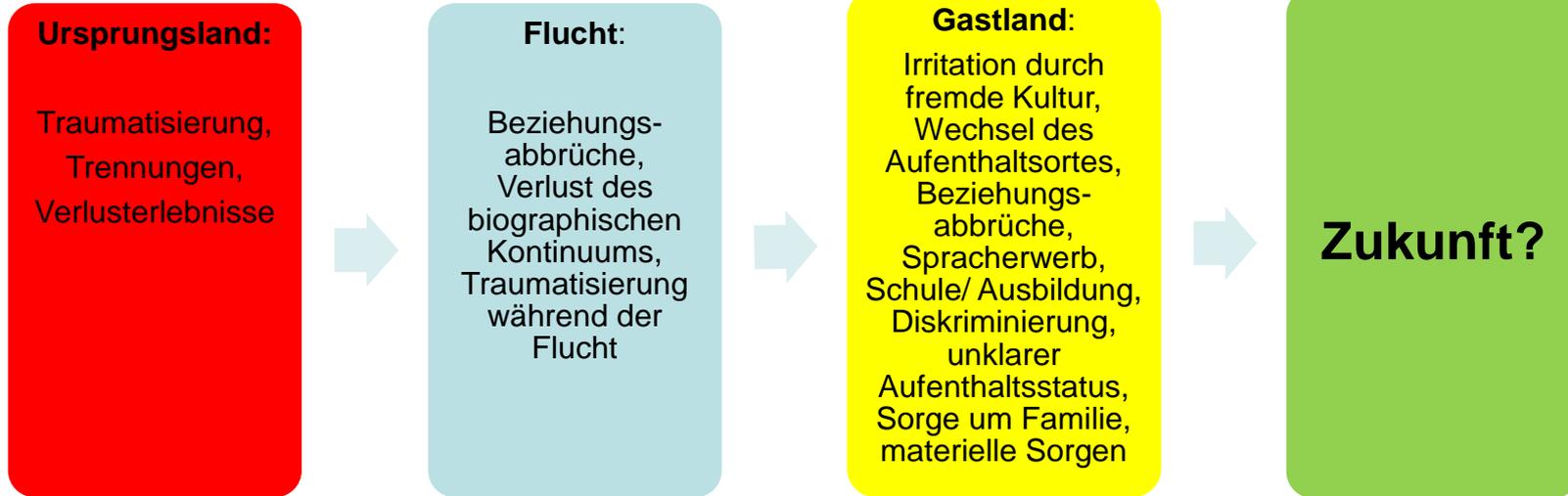


UMF und psychische Belastung

- UMF besonders vulnerabel: bis zu 97% potentiell traumatische Erfahrungen
- Prävalenz für eine posttraumatische Stresssymptomatik:
 - 17-62% (m), bzw. 71% (w).
- Vollbild PTBS: 20-30% der UMF
- Prävalenz weiterer psychischer Störungen: 42-56%
- V.a. Depressionen (9-44%), Angststörungen (18-38%) und externalisierende Störungsbilder (2-5%).
- Auch alltägliche Stressoren im Gastland, bedeutende Rolle für Aufrechterhaltung der psychischen Belastung
- UMF (n=103, Belgien) tägliche Stressoren ausschlaggebend für PTSD, Depression, Angststörungen



Komplexität der Belastung



Häufig multiple Traumata in der Vergangenheit, hohe Belastung in der Gegenwart und eine ungewisse Zukunft



Willkommenskultur vs. Abwehr



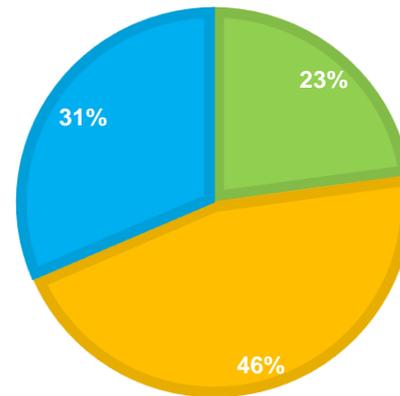


Einstellungen zu UMF

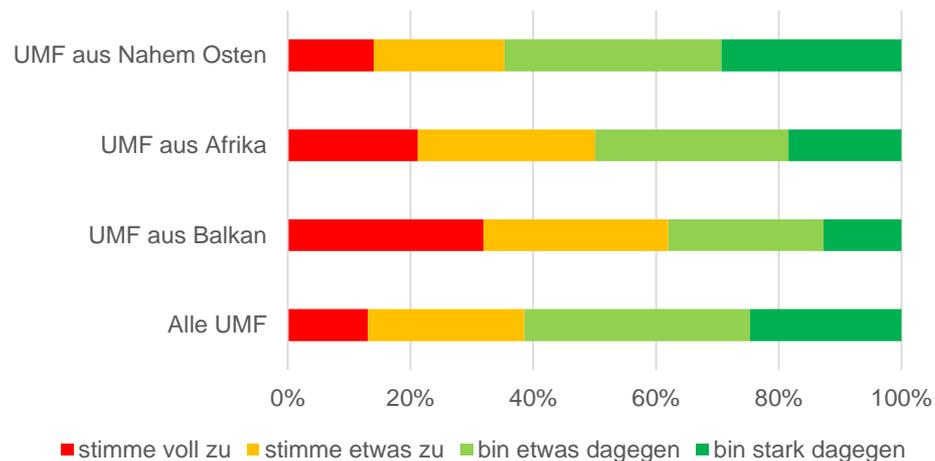
Repräsentative, deutschlandweite Stichprobe (n=2524, 14-96a, Januar-März 2016)

KANN D MEHR UMF AUFNEHMEN?

■ ja ■ nein ■ unentschieden/ keine Antwort

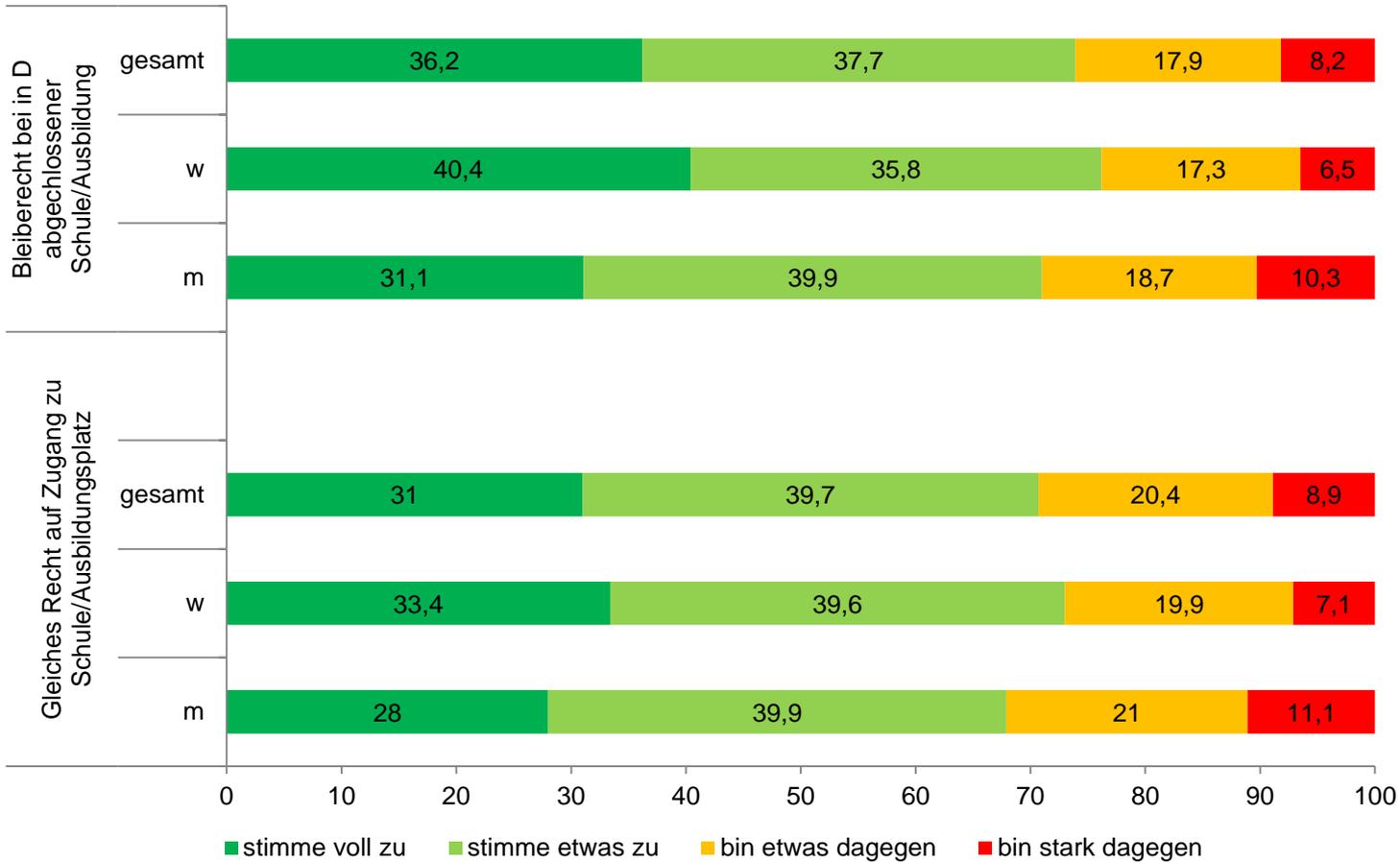


UMF sofort abschieben?





Einstellungen zu UMF





PORTA

- **Providing Online Resource and Trauma Assessment for Refugees (PORTA)** - Internetbasiertes Tool zur Belastungseinschätzung und Interventionsplanung bei minderjährigen Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrung
- **Ziel:**
 - schnelle Erfassung einzelner Belastungsfaktoren
 - schnelle und angemessene Interventionsplanung
- Belastungsscreening durch Mitarbeiter in der Flüchtlingshilfe, und durch die Kinder und Jugendlichen selbst
- Deutsch, Englisch, Französisch, Arabisch, Dari, Pashto, Tigrinya
- Direkte Rückmeldung über Belastungsintensität und entsprechende Interventionen
- zusätzlich Fragebögen zu den Themen PTSD, Suizidalität/NSSV, psychische Belastung

Providing Online Ressource and Trauma Assesment for Refugees (PORTA)

Hier entsteht ein internetbasiertes Tool zur Belastungseinschätzung bei minderjährigen Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrung und entsprechender Interventionsplanung. Vielen Dank für ihr Interesse. Es wird in den nächsten Tagen immer weiter vervollständigt. Schauen Sie gerne immer wieder vorbei.

Mitarbeiter

www.porta-refugees.de



Beurteilungsauswertung

Navigation

Startseite

▫ Dashboard

▸ Website

▸ Kurse

Einstellungen

Minderjähriger mit Fluchterfahrung

Individuelle Belastungsfaktoren

Externe Belastungsfaktoren

1. Psychosoziale Situation

- Traumatisierung
- Emotionsregulation
- Sozialer Kontext
- Umwelt

2. Fehlende persönliche Ressourcen

- Schutzfaktoren
- Copingstrategien

1. Generelle Rahmenbedingungen

- Finanzieller/materieller Bereich
- Gesundheitsversorgung
- Gesetz
- Delinquenz

2. Kulturelle-soziale Integration

- Familie
- Sprache
- Kultur
- Freizeitbereich

3. Isolation

- Diskriminierung
- Einsamkeit

Neue Beurteilung

Neuer Mitarbeiter



PORTA: Pilotstudie

- Einschätzung zu 33 UMF aus Vorclearing und Clearingstelle (Saarland): Proof of concept und Feasibility: UMF: Syrien: 19 (58%), Afghanistan: 9 (27%), Iran: 2 (6%), Somalia, Sudan, Irak: 1 (je 3%)
- Jugendliche im Vorclearinghaus belasteter (MW: 1,69 vs. 1,21 p: <,001).
- Kein signifikanter Unterschied:
 - individuelle Belastungsfaktoren
 - Gesamtfaktor psychosoziale Belastung
- deutlich belasteter:
 - externe Belastungsfaktoren (MW: 1,76 vs. 1,08; p: <,001)
 - Fehlen persönlicher Ressourcen (MW: 1,59 vs. 1,21; p: ,04)
 - generelle Rahmenbedingungen (MW: 1,72 vs. 1,06; p: <,001)
 - kulturell-soziale Integration (MW: 1,70 vs. 1,07; p:<,001)
 - Isolation (MW: 1,97 vs. 1,18; p: <,001)



START

Psychotherapie in
Clearing und
Vorclearingstellen
bringen

Modellprojekt im
Saarland

Andrea Dixius & Prof. Dr. Eva Möhler

START

Stress, **T**raumasymptoms, **A**rousal-
Regulation, **T**reatment



Manual zur Stabilisierung und Arousal-Modulation
bei posttraumatischem Stress von unbegleiteten
minderjährigen Flüchtlingen



mit CD Materialien übersetzt in 4 Sprachen



Kooperation



Warum Kooperation?





Was macht Kooperation so schwierig?

- Unterschiedliche Professionen und Zugänge erschweren gemeinsame Haltung
- Mangelnde Ressourcen auf beiden Seiten
- Familiensysteme halten Kontakte oft nicht aufrecht
- Kommunikation verläuft oft in Triaden (Familie, JA, KJPP, Institutionen).
- Komplexe Symptomatik der Heranwachsenden selbst (schwere Bindungsstörungen, etc.) und der vergleichsweise geringe Behandlungswunsch der Jugendlichen selbst

Nur 9% der psychisch belasteten Heimjugendlichen wünschen psychotherapeutische oder kinder- und jugendpsychiatrische Unterstützung, obwohl 80% psychisch belastet sind (Mount et al. 2004).



„Reibungsverluste“

- Unterschiedliche theoretische Grundlagen und Denkmodelle:
- Jugendhilfe
 - pädagogisch orientiert
 - familienzentriert
 - ressourcenorientiert
- Gesundheitswesen
 - medizinisch orientiert
 - individuumszentriert
 - orientiert sich am identifizierten Patienten (Diagnose)



Wie kann Kooperation gelingen?

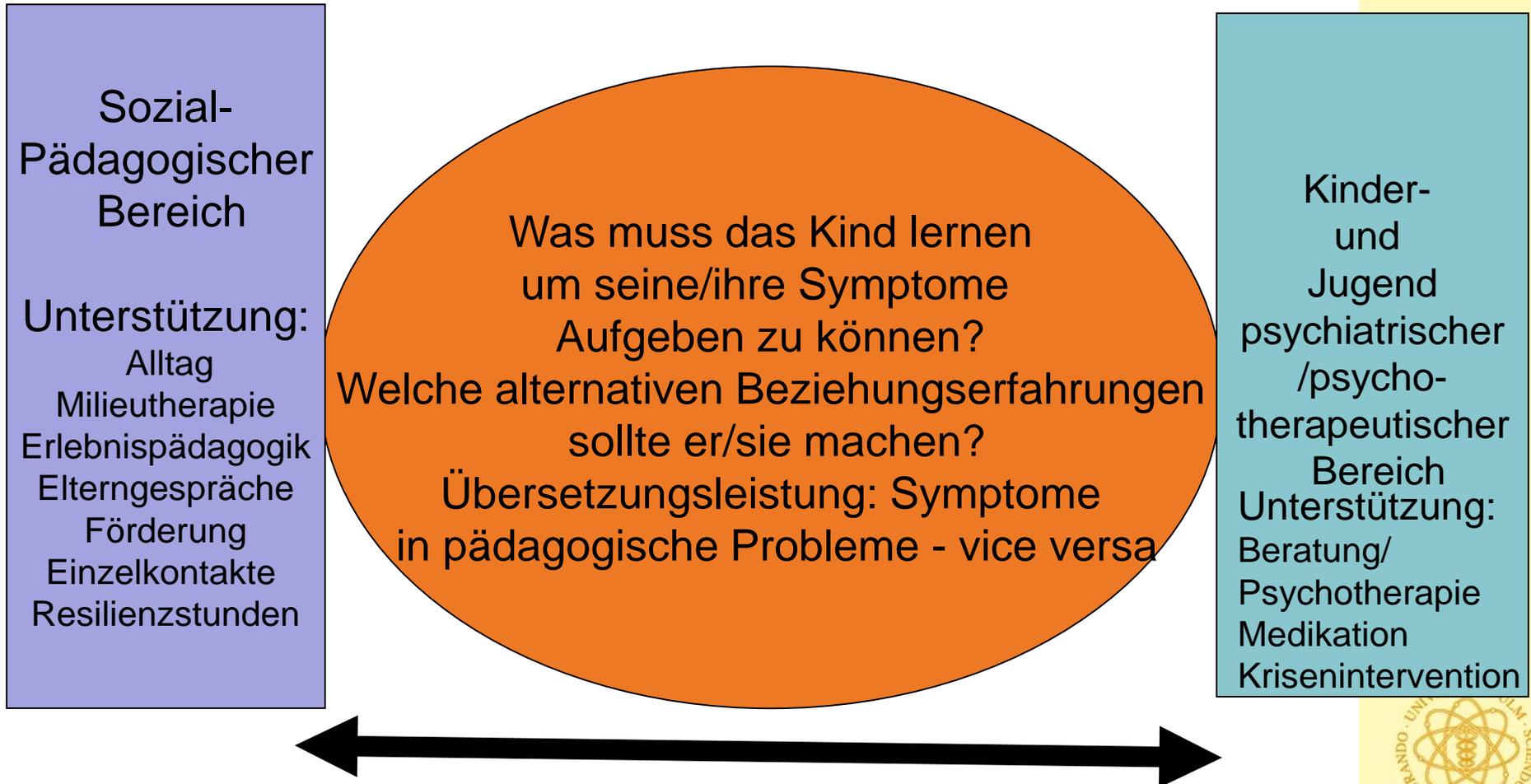
- Struktur und Ressourcen unabhängig von Fällen
 - Kooperation „steht“ bevor die Krise kommt, Ressourcen sind immer vorhanden
- Antizipation von typischen Kooperationsproblemen
 - Abmachungen b. schwierigen Konstellationen treffen
- Rechtzeitigkeit
 - Früher Einbezug
- Personelle Kontinuität / persönliche Ebene - gemeinsame Haltung
 - Ähnliche Fallsicht

Nach: Schmid, 2012





Gemeinsame Falldefinition



Beobachtbares Problemverhalten im Alltag

Defizitorientiert

Lösungsorientiert

Umformulierung mit XY: Welche Fertigkeiten und Kompetenzen müssen aufgebaut werden
Zentrale Frage: Was muss XY lernen um auf das Problemverhalten verzichten zu können?

Gemeinsame Zieldefinition: Ressourcenorientierte Beschreibung des Positiv- und Negativpols – Realistische Zielvereinbarung

Psychotherapeutische Interventionen zur Zielerreichung

Sozial-pädagogische Interventionen zur Zielerreichung

Ressourcenorientierte Evaluation der Zielerreichung und Verhaltensveränderung



Zielerreichungsinstrument: Individuelle Ziele (Equals.ch)

Ind. Ziele – Partizipative Zieldefinition und -Überprüfung

Bei der Zieldefinition mit Peter sind folgende Personen beteiligt:

- Sozialpädagoge (Bezugsperson)
- Therapeut
- Lehrer/Lehrmeister
- Eltern(teil)
- Vormund
- Vertreter zuweisender Behörde
- andere:



Generelle Zieldefinition



Peter kann Emotionen und die daraus resultierenden heftigen Anspannungszustände besser und früher erkennen. Er kann unangenehme Emotionen ausreichend lange aushalten um verschiedene Verhaltensalternativen durchzuspielen. Extreme Anspannungszustände «Ausraster» können dadurch vermieden werden. Er lernt seine Emotionen besser ausdrücken und sein Verhalten an diesen auszurichten.

Emotionsregulation





Verantwortung definieren

Ind. Ziele – Partizipative Zieldefinition und -Überprüfung

Emotionsregulation

iv-Pol | **Negativ-Pol** | Momentaner Zustand | IST einschätzen | SOLL-Zustand | SOLL bestimmen | Verantwortlichkeiten

Was tut Peter, um dieses Ziel zu erreichen?

Peter achtet mehr auf erste Anzeichen seiner Gefühle und wendet seinem «Notfallkoffer» an – wenn die Anspannung steigt. Kevin und Marvin werden bei ersten Provokationen sofort von den Betreuern verwarnt. Peter nimmt seine Medis regelmässig.

Wie unterstützt der Sozialpädagoge (Bezugsperson) Peter bei der Zielerreichung?

Das Emotionsprotokoll des Tages wird jeden Abend mit Peter reflektiert. Dabei werden auch Situationen angesprochen die in der Wahrnehmung der Sozial-Pädagogen hätten auslösen müssen. Bei den Filmabenden wird auf Emotionen im Film geachtet.

Wie unterstützt der Therapeut Peter bei der Zielerreichung?

Therapeut erarbeitet mit Peter einen Notfallkoffer sowie die Bedeutung und den Nutzen von div. Gefühlen heraus. Er spricht mit Peter über unterschiedliche Wege seinen Ärger auszudrücken und erarbeitet mit Peter Lösungsmöglichkeiten wie er mit Provokationen und den damit verbundenen Gefühlen umgehen kann. Insbesondere der Umgang mit Wut, Scham, Angst und Trauer werden geübt. Eine Medikation mit Risperidon wird eingeleitet.

< Zurück | Weiter > | Abschließen | Unterbrechen



Stellungnahme

Vertrauliche (§ 203 StGB und § 76 SGB X)

ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME ZUR PLANUNG EINER EINGLIEDERUNGSHILFE
nach § 35a SGB VIII (KJHG),

nach § 53 SGB XII (nur amts- oder landesärztliche Stellungnahme)

Weitergabe dieses Schreibens an Dritte nur nach Rücksprache!

Angaben zur Person:

- **Name:** [Name], **Geburtsdatum:** [Geburtsdatum]
- **Wohnort:** [Wohnort]
- **Schule:** [Schule]
- **Personensorgeberechtigte:** [Personensorgeberechtigte]
- **Andere wesentliche Erziehungspersonen:** [andere wesentliche Erziehungspersonen]

Mit Einwilligung der/des Personensorgeberechtigten vom (s. Anlage) nehme(n) ich/wir zur Hilfeplanung Stellung (Nichtzutreffendes bitte streichen):

- aufgrund unserer persönlichen Untersuchung und Aktenkenntnis vom
- aufgrund unserer stationären Behandlung von/seit bis
- aufgrund unserer teilstationären Behandlung von/seit bis
- allein auf der Basis der Aktenlage

1. **Anspruchsbegründende diagnostische Ergebnisse:**

Nach den in § 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Kriterien der WHO (Weltgesundheitsorganisation) liegt bei dem o. g. Patienten¹

- keine Störung vor (Eingangskriterien für einen Rechtsanspruch nach § 35 a SGB VIII liegen nicht vor).

⇒ (wird Hilfe zur Erziehung für erforderlich gehalten [§ 27 ff. SGB VIII])

ja/nein

- ein diagnostizierbares Störungsbild/Erkrankung vor.

¹ Nach dem SGBV Abs. 2 Satz 1 sind die Diagnosen nach dem der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln.



Resultiert die Beeinträchtigung der Teilhabe allein bzw. ganz überwiegend aus der psychischen Störung infolge der körperlichen Erkrankung bzw. der geistigen Behinderung? ja/nein

1.2 Entwicklungsstand (F8) (entspricht der 2. Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas (nach Remschmidt H. / Schmidt M. / Poustka F.))

- altersentsprechend
- umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F 80)
- umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Legasthenie, Rechenstörung etc.) (F 81)
- umschriebene Entwicklungsstörungen (F 82)
- kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)

1.3 Intelligenz (F7) (entspricht der 3. Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas (nach Remschmidt H. / Schmidt M. / Poustka F.))

- normal oder überdurchschnittlich
- Lernbehinderung
- geistige Behinderung

Beurteilungsquelle Eindruck
Testung

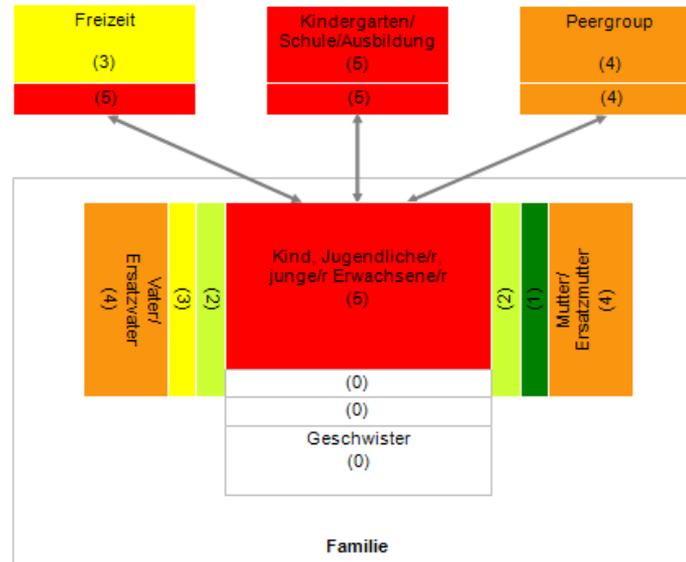
Als Grundlage für den Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe bei geistiger Behinderung ist nur die Testung bzw. bei Nichttestbarkeit schulische Klärung und entsprechende Beschulung anspruchsbegründend.

1.4 Familiäre Belastungen (entspricht der 5. Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas (nach Remschmidt H. / Schmidt M. / Poustka F.))

- 1.4.0 Keine Angaben möglich
- 1.4.1 Belastende intrafamiliäre Beziehungen
- 1.4.2 Psychische Störungen, abweichendes Verhalten oder Behinderungen in der Familie
- 1.4.3 Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
- 1.4.4 Belastende Erziehungsbedingungen



2. *Beschreibung der sozialen Beeinträchtigung bei der Teilhabe in der Schule und Gesellschaft, welche sich aus der beschriebenen Problematik ergibt. - Förderungsbedarf.*



Einschätzung jeweils auf einer 5-stufigen Skala:

Keine Aussage möglichst vorhanden (0)	keine Teilhabe- beeinträchtigung (1)	ein wenig/ etwas beeinträchtigt (2)	teilweise beeinträchtigt (3)	weltgehend beeinträchtigt (4)	vollständige Teilhabe- beeinträchtigung (5)
--	---	---	------------------------------------	-------------------------------------	--



Aus ärztlicher Sicht sind wegen der festgestellten

- psychischen Störung
- körperlichen bzw. geistigen Behinderung
- Mehrfachbehinderung

→ die Voraussetzung zur Prüfung des Bedarfs einer Hilfenach § 35a SGB VIII und/oder §§ 53 ff SGB XII durch das Jugendamt/Sozialamt somit gegeben.

3. **Vorschlag zur Umsetzung der Hilfen (Facilitation)**

3.1 **Ärztlicher/psychologisch-psychotherapeutische Anmerkungen zum Bedarf einer Eingliederungshilfe (gemäß §§ 54, 55, 56 SGB XII bzw. § 35a SGB VIII) ⁴**

3.2 **Andere Hilfen und Therapien sowie Heilmittel finanziert durch andere Kostenträger**

3.3 **Bei über 18jährigen:**

Ist die beschriebene Beeinträchtigung und vorgeschlagene Hilfe "jugendtypisch"? ja/nein

Ist das beschriebene psychische Störungsbild im Verlauf primär als chronifiziert einzuschätzen, so dass auch im Erwachsenenalter voraussichtlich auf längere Dauer Hilfe nötig sein wird?

ja/nein

4. **Hilfekonferenz unter Teilnahme des Arztes/psychologischen Psychotherapeuten aus ärztlicher Sicht erforderlich?**

ja/nein

⁴ SGB XII § 54: Leistungen der Eingliederungshilfe
§ 55: Sonderregelungen für behinderte Menschen in Einrichtungen
§ 56: Hilfe in einer sonstigen Beschäftigungsstelle
SGB VIII § 35a: Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder- und Jugendliche



Schlussfolgerungen

- Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe: psychisch außergewöhnlich stark belastet
- benötigen Erziehung und häufig kinder- und jugendpsychiatrische/psychotherapeutische Behandlung.
- Kooperation im Rahmen von Inklusionsbestrebungen immer wichtiger
- Kooperationsmodelle für Herausforderungen in der Versorgung Geflüchteter notwendig
- Gute Kooperation benötigt gemeinsame Falldefinitionen und Absprachen in „Friedenszeiten“



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

paul.plener@uniklinik-ulm.de

