

# Aktuelle Entwicklungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Renate Schepker  
ZfP Weissenau, RV  
Hamburg 8.11.2007

# Erklärung z. Interessenkonflikt



Für Vorträge in den letzten 5 Jahren Unterstützung von:  
Astra Zeneca, Janssen-Cilag, sanofi pasteur, verschiedene Ministerien,  
verschiedene Universitäten, verschiedene Kliniken,  
psychotherapeutische Institute, Fachverbände

Für Tagungen:

Astra Zeneca, Bristol-Myers-Squibb, Desitin, Janssen-Cilag, Lilly,  
Medice, Novartis, Pfizer, ratiopharm, TAD, UCB

Keine Studien, keine Pharma-Gremien, keine boards, keine Aktien

Mitglied der Kommission Entwicklungspsychopharmakologie der 3  
kinderpsychiatrischen Fachverbände BAG, DGKJP, BKJPP

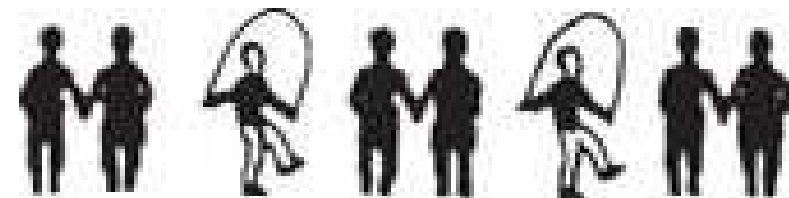
Assoz. Vorstandsmitglied der 3 kinderpsychiatrischen Fachverbände

Vorsitzende der BAG

# Fachverbände



**BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER LEITENDEN KLINIKÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE e. V.**



**BundesArbeitsGemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V.**

# KJPP-Bedarf



- 6 % aller Kinder unter 18 J sind behandlungsbedürftig psychisch krank
- 22 % haben psychische Auffälligkeiten (Bella-Studie, RKI-Survey 2007)
- 18 % haben eine schweregradgewichtete Symptomatik (Ihle und Esser 2002/2004)
- Morbidität steigend
  - Unterschichtungsphänomene, soziale Risikofaktoren
  - Perinatale Risikofaktoren
  - Sucht(Kumulierende, interaktive Effekte!)

# KJPP-Spezifika



- Primär ambulant. FÄ KH : amb = 1:1
- Erstmanifestationen von später chronischen Erkrankungen – Güte der Erstversorgung ist prognostisch relevant
- Enge Vernetzung mit Jugendhilfe-, Schul-, (Berufsbildungssystem)
- Enge Vernetzung Pädiatrie / Psychosomatik (kein eigenes PM-Fach)
- Enge Vernetzung Familiengerichtsbarkeit

# Vernetzung div. Systeme



© DGKJP, BAG, BKJPP



# KJPP-Spezifika 2



- Multiprofessionell als Prinzip  
(Heilpädagogik, Sozialpädagogik...)
- Niedergelassene: SPV-Praxen in fast allen Bundesländern
- Keine flächendeckende Versorgung erreicht
- Überregionale Einzugsgebiete der Kliniken wegen erforderlicher Mindestgröße
- Kein univ. Pflichtfach, nur 27 Lehrstühle

# Versorgungslandkarte



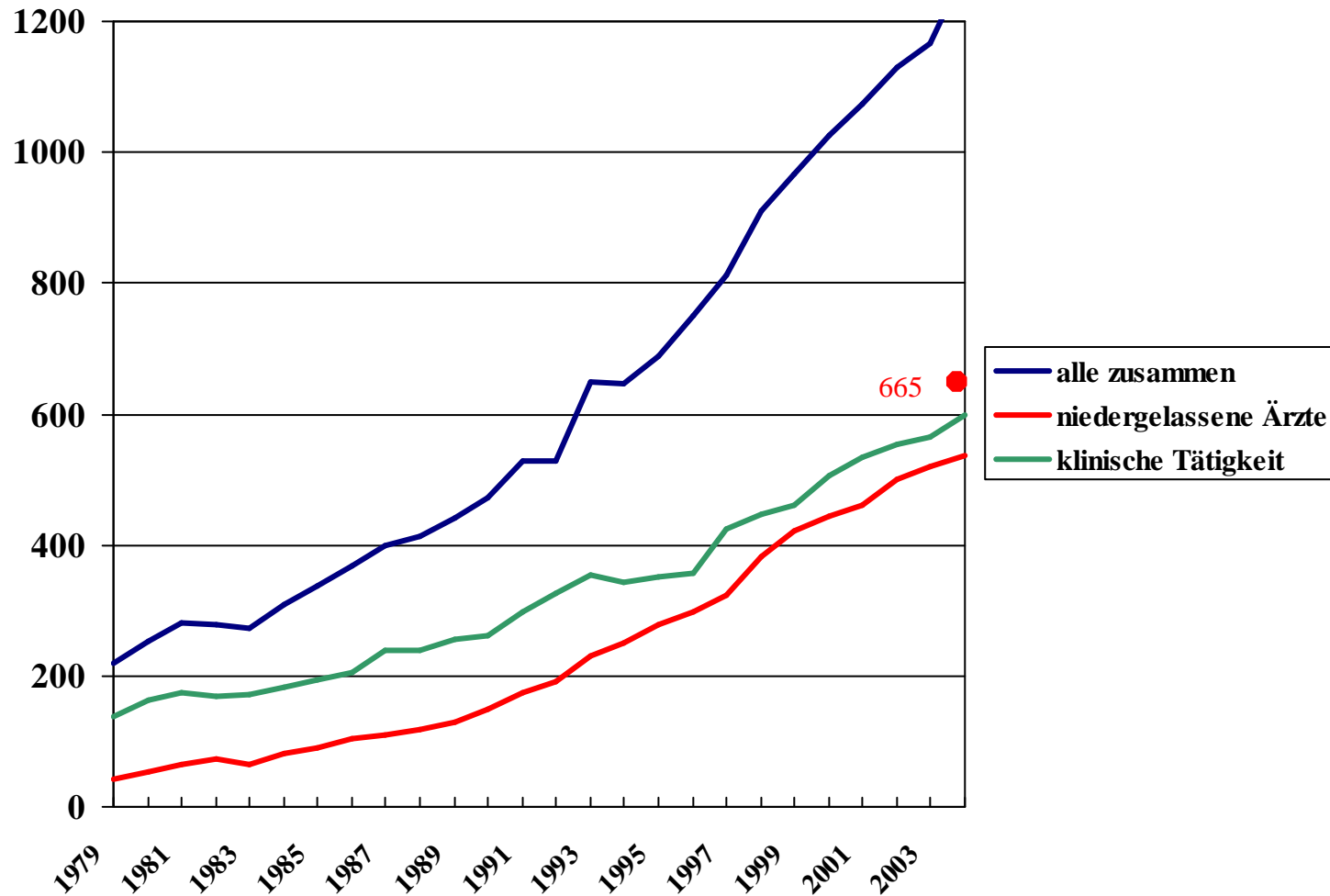
© Schlüter / Röder 2006



## Pins

- Adressliste Mitglieder BAG KIPP Institutsambulanzen Stand 130106 für Karte bundesweit
- Adressliste Mitglieder BAG KIPP Tageskliniken Stand 130106 für Karte bundesweit
- Adressliste Mitglieder BAG KIPP Praxen Stand 130108 für Karte bundesweit
- Adressliste Mitglieder BAG KIPP Kliniken Stand 130106 für Karte bundesweit

# KJPP in Kliniken und Praxen von 1979 bis Anfang 2005 (=1299 ges.)



# Nachwuchsmangel

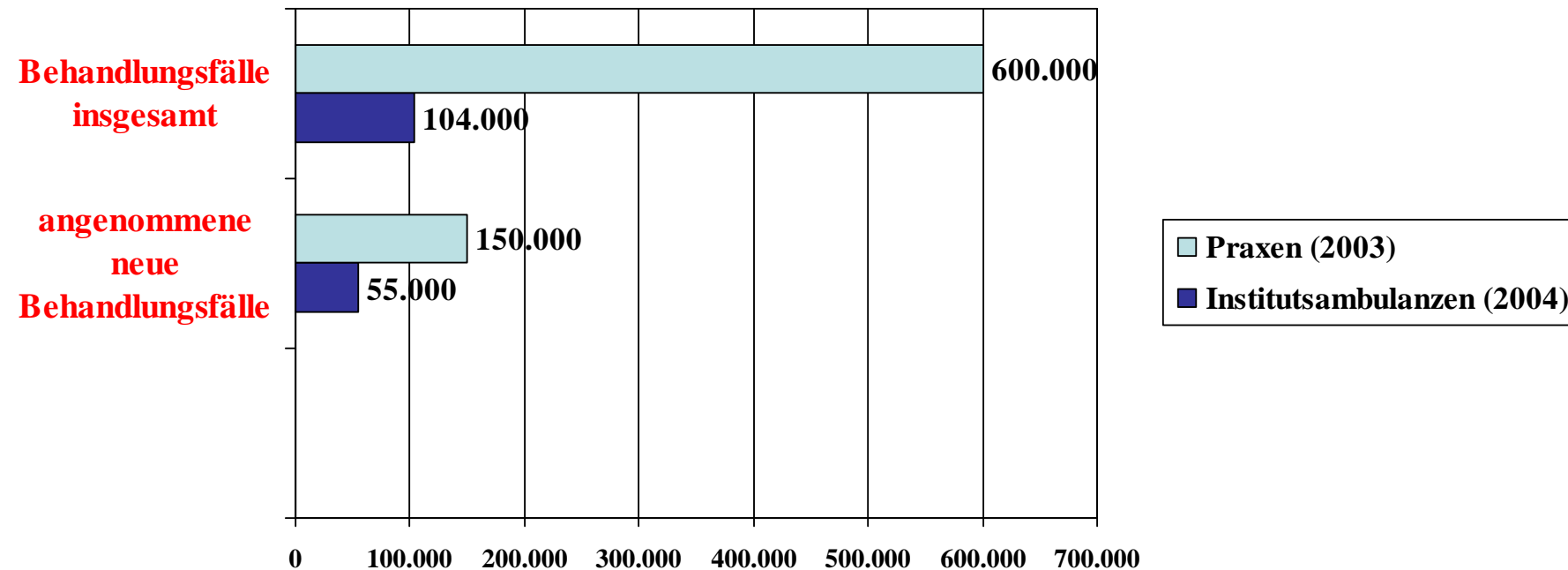


KJPP-Fachärzte mit dem schlechtesten Verhältnis  
Fachärzte pro Ausschreibung DÄB: 2006 FÄ-  
Index 5,6

i.G. Durchschnitt aller Fachgruppen: 17  
bei ca. 100 neuen Gebietsarztanerkennungen /J.  
und ca. 45 neuen Niederlassungen / J.

Zum Trost: höchster Frauenanteil aller  
Facharztgruppen (54,3 % 2004) und:  
geringe Überalterung (12,5 % 59 J +)

# Ambulante Behandlungsscheine/Jahr, Praxen und Institutsambulanzen



Zum Vergleich:

Im Jahr 2004 wurden in 136 Kliniken stationär 36.264 Fälle behandelt, lt. BAG-Erhebung 5726 Fälle in 86 Tageskliniken (73%) also ca. max. 20 % aller KJPP-Fälle pro Jahr.

# Versorgte Patienten

- 1991: 29.500 Kinder/Jugendliche je berufstätigem KJPP
- 2005: 11.207

Dabei

- Alte Bundesländer 1: 11.253
- Neue BL 1: 10.902

Dabei

|       |        |        |    |             |         |  |
|-------|--------|--------|----|-------------|---------|--|
| 1991: | 52.000 | Ki/Jug | je | stationärem | KJPP    |  |
| 2005: | 25.092 | „      | „  | „           | alte BL |  |
|       | 17.303 | „      | „  | „           | neue BL |  |

# Sonderheiten KJPP



- Weniger Depressionen, mehr körperliche Störungen / psychosomatische / reaktive / TLS
- Weniger schizophrene Psychosen (aber: frühere Erstmanifestationen durch Drogen)
- Mehr Störungen des Sozialverhaltens (mit unklarer Prognose)
- PTBS relativ häufiger
- Suizidversuche relativ seltener
- 30 % mit Migrationshintergrund – kaum im System!
- Manche 000 – Diagnosen bei gestörter Familie
- Keine effiziente Angehörigen- oder Betroffenen-Organisation

# Entwicklung epidemiologisch



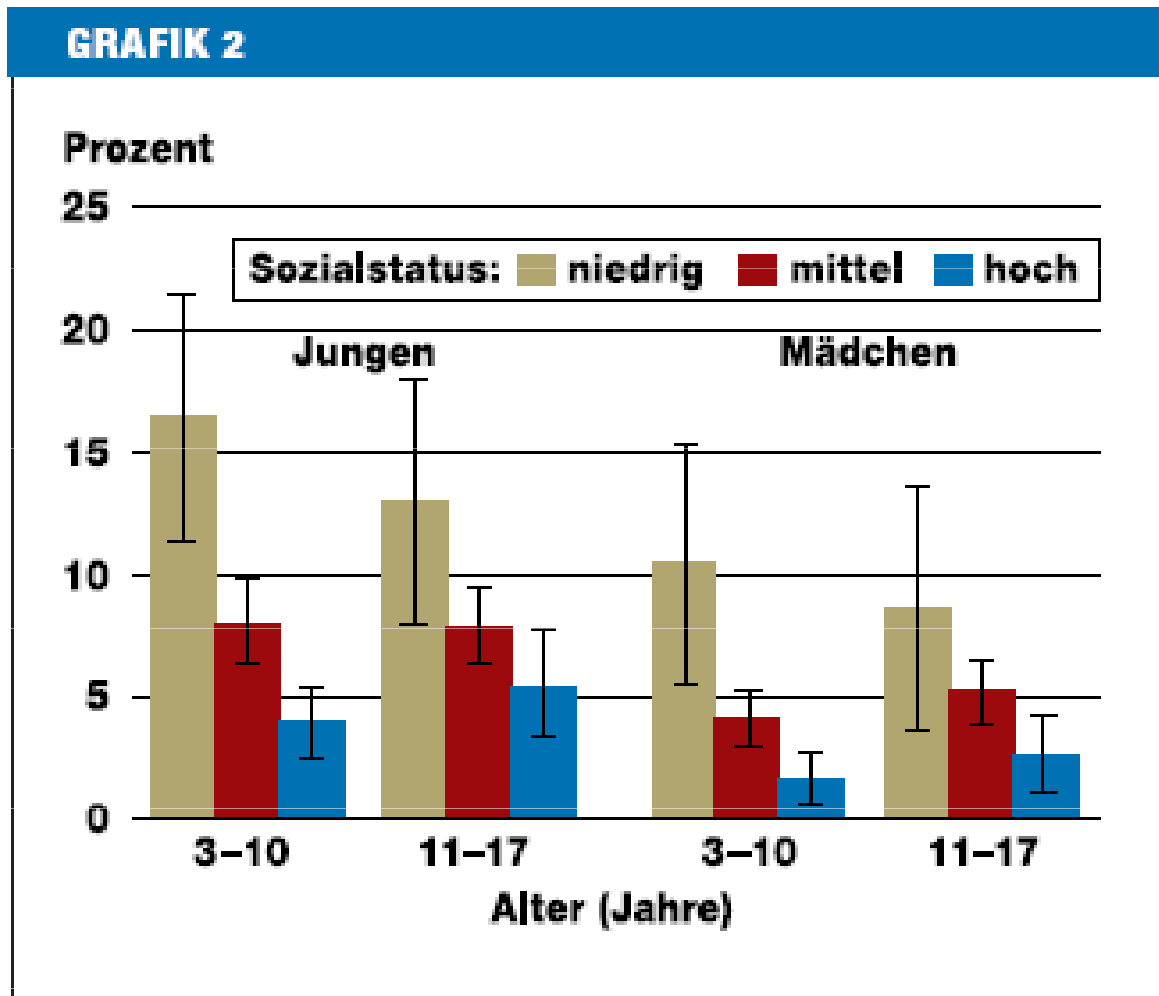
- „Neue Morbidität“ – shift von akuten zu chronischen und von somatischen zu psychischen Erkrankungen

In allen Schichten, aber:

- Höheres Morbiditätsrisiko für Kinder aus niedrigerer Sozialschicht
- Höhere Morbidität bei Zuwandererkindern (Sozialschichteffekt)

(RKI-Survey 2006)

# SDQ und SES



Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensauffälligkeiten nach Sozialstatus (Elternangaben, n = 14 375)

Aus: DÄB  
43:2007

# Low SES und Risiko

Unterste vs. oberste Sozialschicht:  
Risiko für

- Hyperaktivität x 3,2
- Dissozialität x 4,7
- Ängste x 1,7
- Unfalltod x 3,8

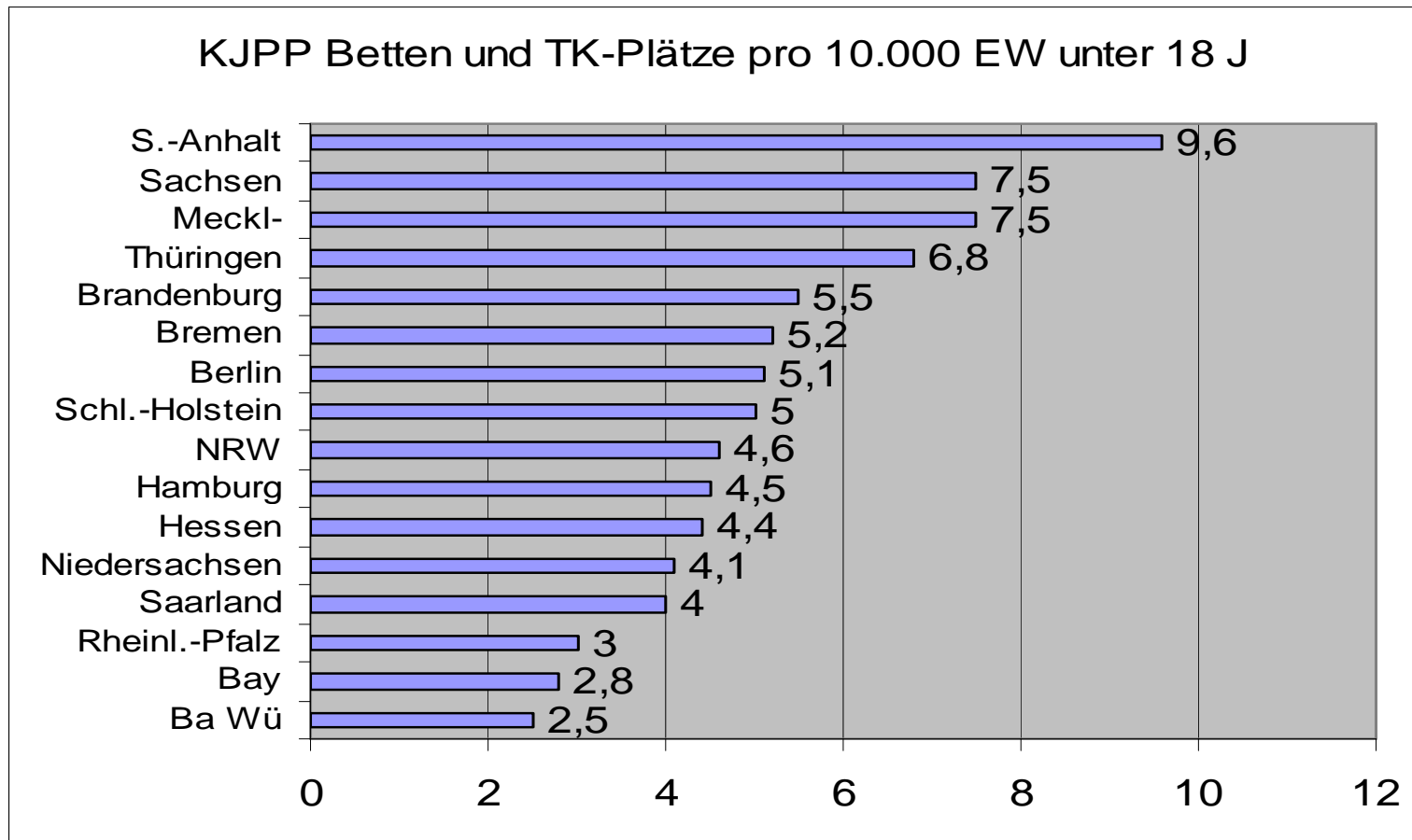
# Das bedeutet:



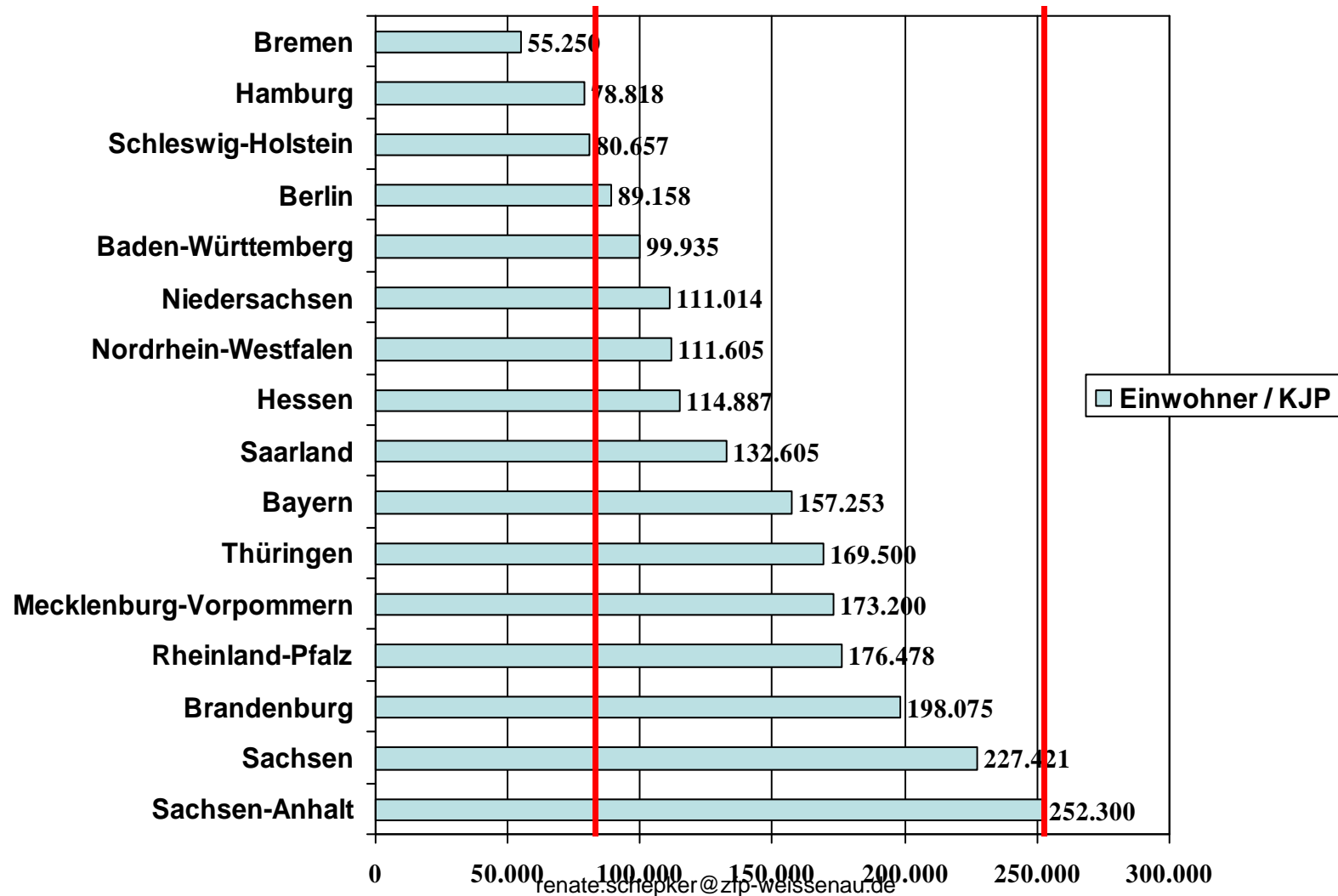
- Auch bei den aktuell hochgerechneten Bevölkerungsprognosen (15-20 % weniger Kinder und Jugendliche im Jahr 2025) wird der Bedarf an KJPP ungebrochen anhalten.

# Versorgung stat.+teilstat.

Differenzen um Faktor 4 je nach Bundesland n. AOLG 2004



# Einwohner pro niedergelassenem KJPP in 16 Ländern im Jahr 2003



# KH-Statistik KJPP



|   | <b>1991</b> | <b>1995</b> | <b>2004</b> | <b>2005</b> | <b>1991-<br/>2005<br/>Veränd.</b> | <b>1995-<br/>2005<br/>Veränd.</b> |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Fallzahl</b>   | 20.108      | 23.302      | 36.770      | 37.699      | <b>+87,5 %</b>                    | <b>+61,8 %</b>                    |
| <b>Verweil<br/>-dauer</b>                                 | 126,3       | 63,4        | 43,6        | 43,2        | <b>-65,8 %</b>                    | <b>-31,9 %</b>                    |
| <b>BT</b>   | 2.539.894   | 1.478.076   | 1.604.178   | 1.626.719   | <b>-36,0 %</b>                    | <b>+10,6 %</b>                    |
| <b>Betten,<br/>aufgest.</b>                               | 8.316       | 4.858       | 4.835       | 4.921       | <b>-40,8 %</b>                    | <b>+ 1,3 %</b>                    |
| Quelle: Stat.Bundesamt, Jahresberichte, u.eig. Berechnung |             |             |             |             |                                   |                                   |

# KH-Statistik KJPP/Somatik



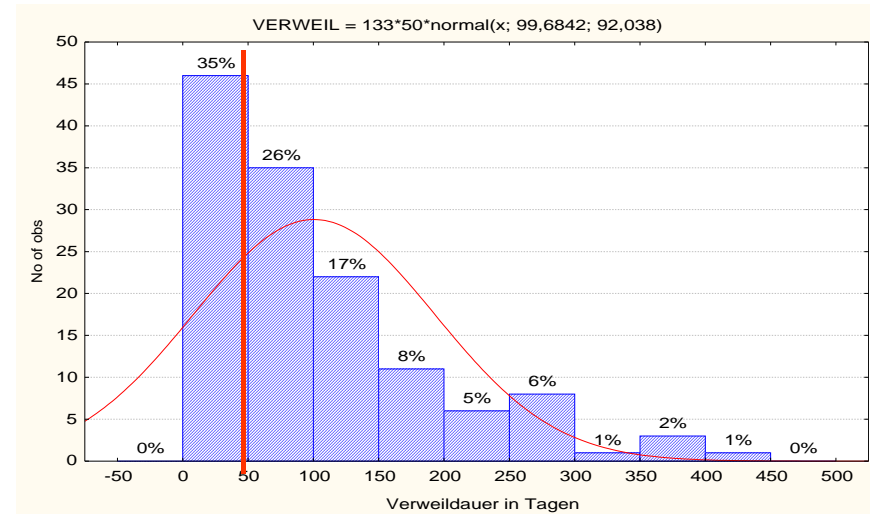
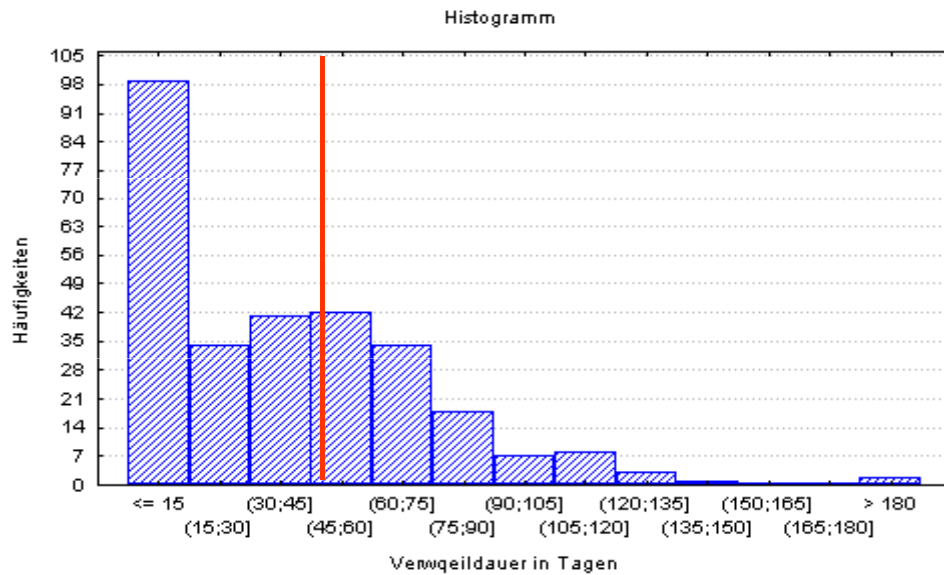
|                             | <b>1991<br/>KJPP</b> | <b>1991<br/>Pädiatrie<br/>(ohne<br/>KJPP)</b> |  | <b>1991-2005<br/>Veränd.<br/>KJPP</b> | <b>1991-2005<br/>Veränd.<br/>Somatik</b> |
|-----------------------------|----------------------|---|--|---------------------------------------|--|
| <b>Fallzahl</b>             | 20.108               | 861.838                                       |  | <b>+87,5 %</b>                        | +8,3 %                                   |
| <b>Verweil<br/>-dauer</b>   | 126,3                | 9,1   |  | <b>-65,8 %</b>                        | -40,6 %                                  |
| <b>BT</b>                   | 2.539.894            | 7.812.189                                     |  | -36,0 %                               | -35,4 %                                  |
| <b>Betten,<br/>aufgest.</b> | 8.316                | 31.708  |  | <b>-40,8 %</b>                        | -35,3 %                                  |

Quelle: [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de), Zahlen und Fakten 2006,  
renate.schepker@zfp-weissenau.de  
 Stat.Bundesamt, Jahresberichte, und eig. Berechnung

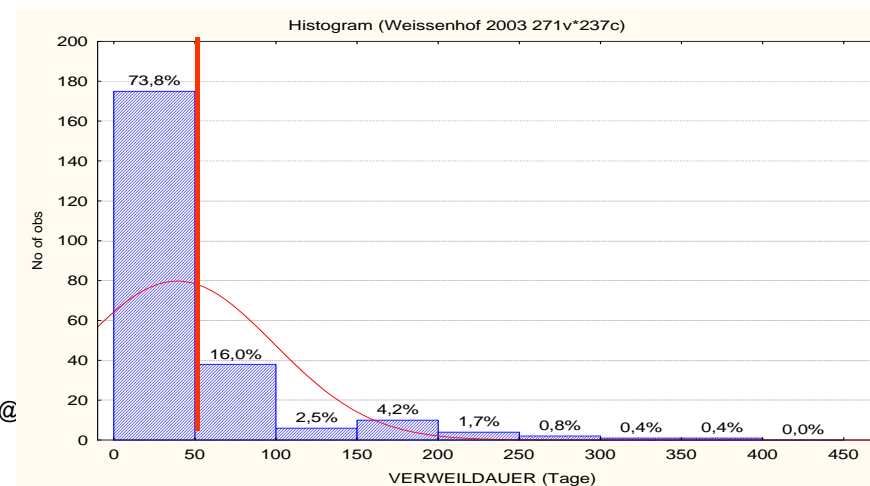
# Optimale Verweildauer



...unbestimmbar im Vergleich von 3 Kliniken



## BAG-Verweildaueranalyse 2004



renate.schepker@

# Diagnosebezug Behandlung



Laut BAG-Analyse lassen sich durch die multiaxiale Diagnose in 4 Kliniken

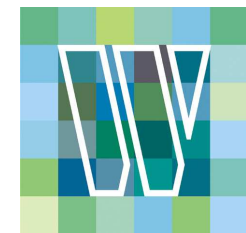
- maximal 20 % der Varianz der Verweildauer erklären
- mit allerdings z.T. unterschiedlicher Polung der gleichen Variablen

(Schepker u. Röers, unveröff. 2006)

**Ergo: DRG-System nicht funktional!**

# Trend mehr Akutpsychiatrie

|                               | <b>Station<br/>6-13 J</b> | <b>Stat. 14-15<br/>J</b> | <b>Stat. 16-18 J</b> |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------|
| <b>Patienten<br/>gesamt</b>   | <b>49</b>                 | <b>77</b>                | <b>74</b>            |
| <b>Notaufnah<br/>men in %</b> | <b>61,2 %</b>             | <b>48 %</b>              | <b>50 %</b>          |



**11 / 05 – 5 / 06:** „Projekt Umstrukturierung“, R. Voggel, ZfP Weissenau

# Aktuelle Personalsituation



„Gefühlter“ Psych-PV - Erfüllungsgrad in einigen Abteilungen bereits wie vor der Psychiatrie-Enquete: unverantwortlich niedrige Dosis an Therapie und Zuwendung für Patienten, „Schule für Kranke zum Beschäftigungsausgleich“

Sehr unterschiedliche Psych-PV-Quoten in einzelnen Abteilungen je nach „Startdatum“, Tarifstruktur

# Psych-PV-Evaluation KJPP



- durchschn. 88 % Psych-PV-Erfüllungsgrad
- 25 % der Kliniken unter 81 % Psych-PV-Erfüllung
- 25 % unter 77 % PED
- bei hoher Varianz

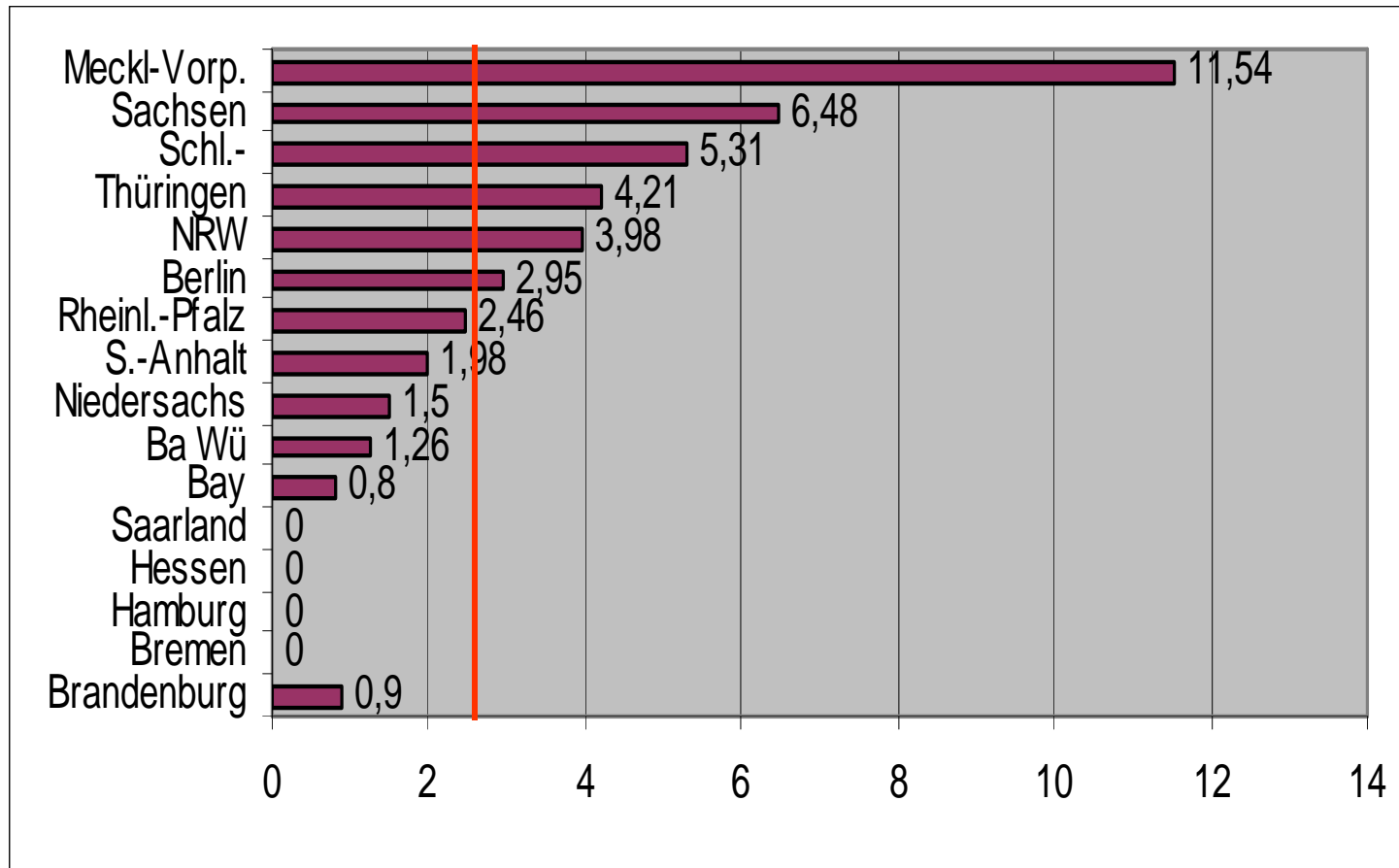
(abh. auch von: Qualifikationsniveau,  
Basispflegesatz, Trägerabgaben,  
Verrechnung MS/Elternzeit,  
Sonderfunktionen etc.)

# KJPP-Visionen Krisenmanagement



- Notdienste durch Niedergelassene / PIAs flächendeckend auch aufsuchend
- Opferschutzambulanzen mit Krisendienst nach NRW-Vorbild flächendeckend
- Heimkinder-Konsiliardienst n. Ulmer Vorbild mit allgemeinen und individuellen Krisenvereinbarungen
- Konzeptuelle Übernahmevereinbarungen und Behandlungspfade u. a. mit Niedergelassenen
- reduzieren stationäre bKrisenaufnahmen und deren Dauer

# Betten Jugend-Sucht / Mio.EW



# Demgegenüber grob missverständlich: GMK-Bericht 2007, Stand 31.12.2005

davon Betten/Plätze mit speziellem Ausweis für Suchtbehandlung

|                        | Fachkrankenhaus |               | Fachabteilung |               | Summe         |               | Gesamt-<br>summe |
|------------------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|
|                        | vollstationär   | teilstationär | vollstationär | teilstationär | vollstationär | teilstationär |                  |
| Baden-Württemberg      |                 |               | 25            |               | 25            |               | 25               |
| Bayern                 |                 |               |               |               |               |               | 0                |
| Berlin                 |                 |               |               |               |               |               | 0                |
| Brandenburg            |                 |               |               |               |               |               | 0                |
| Bremen                 |                 |               |               |               |               |               | 0                |
| Hamburg                | 12              |               |               |               | 12            |               | 12               |
| Hessen                 |                 |               |               |               |               |               | 0                |
| Mecklenburg-Vorpommern |                 |               |               |               |               |               | 0                |
| Niedersachsen          |                 |               |               |               |               |               | 0                |
| Nordrhein-Westfalen    | 55              |               | 9             |               | 64            |               | 64               |
| Rheinland-Pfalz        |                 |               |               |               |               |               | 0                |
| Saarland               |                 |               |               |               |               |               | 0                |
| Sachsen                |                 |               |               |               |               |               | 0                |
| Sachsen-Anhalt         |                 |               |               |               |               |               | 0                |
| Schleswig-Holstein     |                 |               | 6             |               | 6             |               | 6                |
| Thüringen              |                 |               |               |               |               |               | 0                |
| <b>Summe</b>           | <b>67</b>       | <b>0</b>      | <b>40</b>     | <b>0</b>      | <b>107</b>    | <b>0</b>      | <b>107</b>       |

# 17 Suchtstat KJPP Budget 07



| <b>Bundesland</b>                    | <b>Betten</b> | <b>Kliniken</b> |
|--------------------------------------|---------------|-----------------|
| Hamburg                              | 12            | 1               |
| Ba Württemberg                       | 15            | 1               |
| Bayern                               | 10            | 1               |
| Berlin                               | 10            | 1               |
| Brandenburg                          | 2             | 1               |
| Meckl-Vorpommern                     | 20            | 1               |
| Niedersachsen                        | 12            | 1               |
| NRW                                  | 72            | 7               |
| Sachsen                              | 28            |                 |
| S.-Anhalt                            | 5             | 1               |
| Schl.-Holstein                       | 15            | 1               |
| Thüringen                            | 10            | 1               |
| Bremen, Saarland, Hessen, Rhl.-Pfalz | 0             | 0               |
| <b>Gesamt</b>                        | <b>201</b>    | <b>17</b>       |

# Eigene Sicht – Sucht z.B.



## **ICD- 10 revisited – - selten bei Jugendlichen**

- Starker Wunsch / Zwang zum Konsum
- Kontrolle Beginn, Menge, Ende reduziert
- Substanzkonsum zur Vermeidung Entzugssymptomatik
- Körperlicher Entzug
- Toleranzentwicklung
- Gesellschaftliche Regeln außer acht, Konsum auch an Werktagen
- Vernachlässigung anderer Interessen / Vergnügungen
- Inkaufnahme körperl./ psychischer schädlicher Folgen

**Inkaufnahme erheblicher sozialer Nachteile / Folgen  
Versagen bei altersgemäßen Entwicklungsaufgaben**

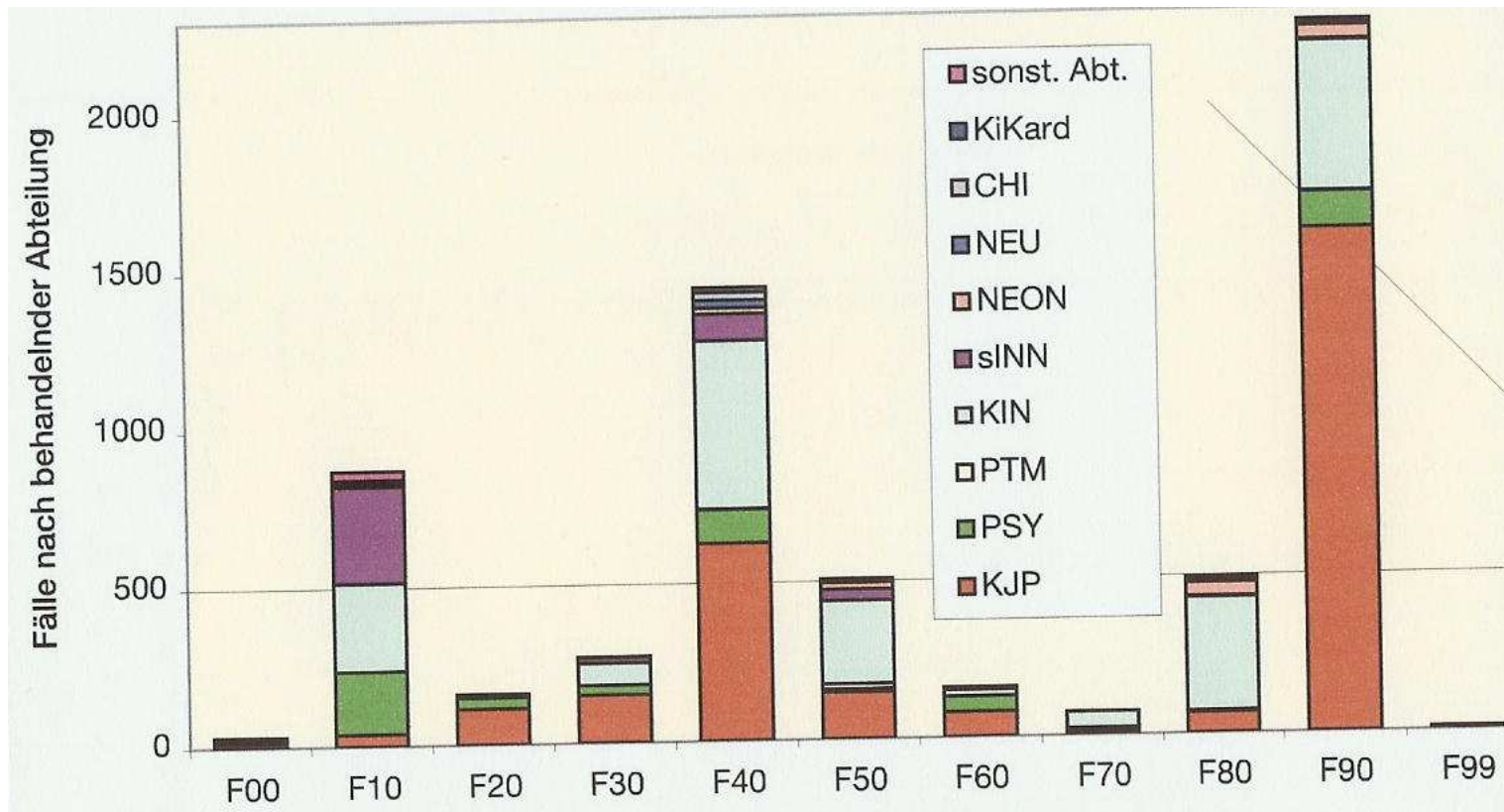
# Irrtümer der Sucht- Versorgungspolitik



- „Es sind nur wenige Jugendliche betroffen“
  - 9 % der 12-17jährigen Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit
  - 6 % Cannabissmissbrauch oder –abhängigkeit  
(Bremer Jugendstudie 1997)
  - 10 % Dauerkonsumenten von THC (HBSC 2003)
- „Das gibt sich wieder“
  - Jeder 6. XTC-Gebraucher ist suchtgefährdet
  - Jugendliche signifikant gefährdeter als Erw.



# KJPP behandelt ... kaum.



Aus: Nieders, Min.f.Soziales: KJP in Niedersachsen 2005, S. 26

# Erreichungsgrad



- Das KJPP-System behandelt ca. 50 % der epidemiologisch zu erwartenden Patienten
- Die meisten ADHS-Störungen werden von Kinderärzten diagnostiziert und behandelt
- Die wenigsten Jugendhilfe-Betroffenen sind kjpp-seitig untersucht
- Die meisten Psychopharmaka werden nicht von KJPPs verordnet
- Stationär werden ca 1/3 mediziert, Psychotherapie und Familientherapie 1.Methode

# KJPDIs: nicht flächendeckend



Anzahl der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste zur Wahrnehmung von Aufgaben nach PsychKG oder entsprechender Rechtsgrundlage am 31.12.2005

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| Baden-Württemberg      |           |
| Bayern                 |           |
| Berlin                 | 12        |
| Brandenburg            | 7         |
| Bremen                 | 1         |
| Hamburg                | 8         |
| Hessen                 | 1         |
| Mecklenburg-Vorpommern | 18        |
| Niedersachsen          | 3         |
| Nordrhein-Westfalen    | 11        |
| Rheinland-Pfalz        |           |
| Saarland               |           |
| Sachsen                |           |
| Sachsen-Anhalt         | 4         |
| Schleswig-Holstein     | 1         |
| Thüringen              |           |
| <b>Summe</b>           | <b>66</b> |

# Hoheitliche Funktionen



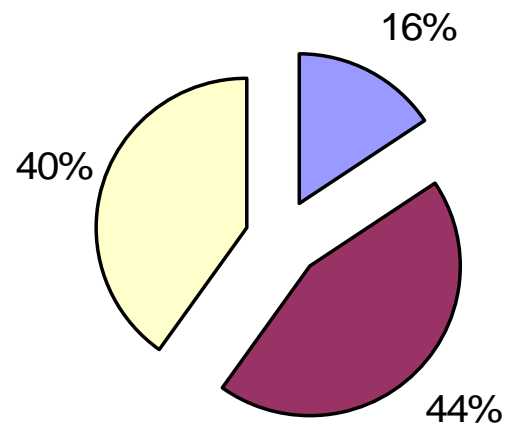
13,6% aller Patienten wurden im Jahr 2004 und 2005 mit Genehmigung zur Freiheitsentziehung behandelt

- 12,5% nach §1631b BGB
- 1,1% nach dem jeweiligen Landes-Unterbringungsgesetz

(BAG-Umfrage 2006 bei 56 % der aufgestellten 4.436 kinder- und jugendpsychiatrisch/psychotherapeutischen Krankenhausbetten am 31.12.2004)

# § 1631b und Verfahrenssicherheit für Kinder

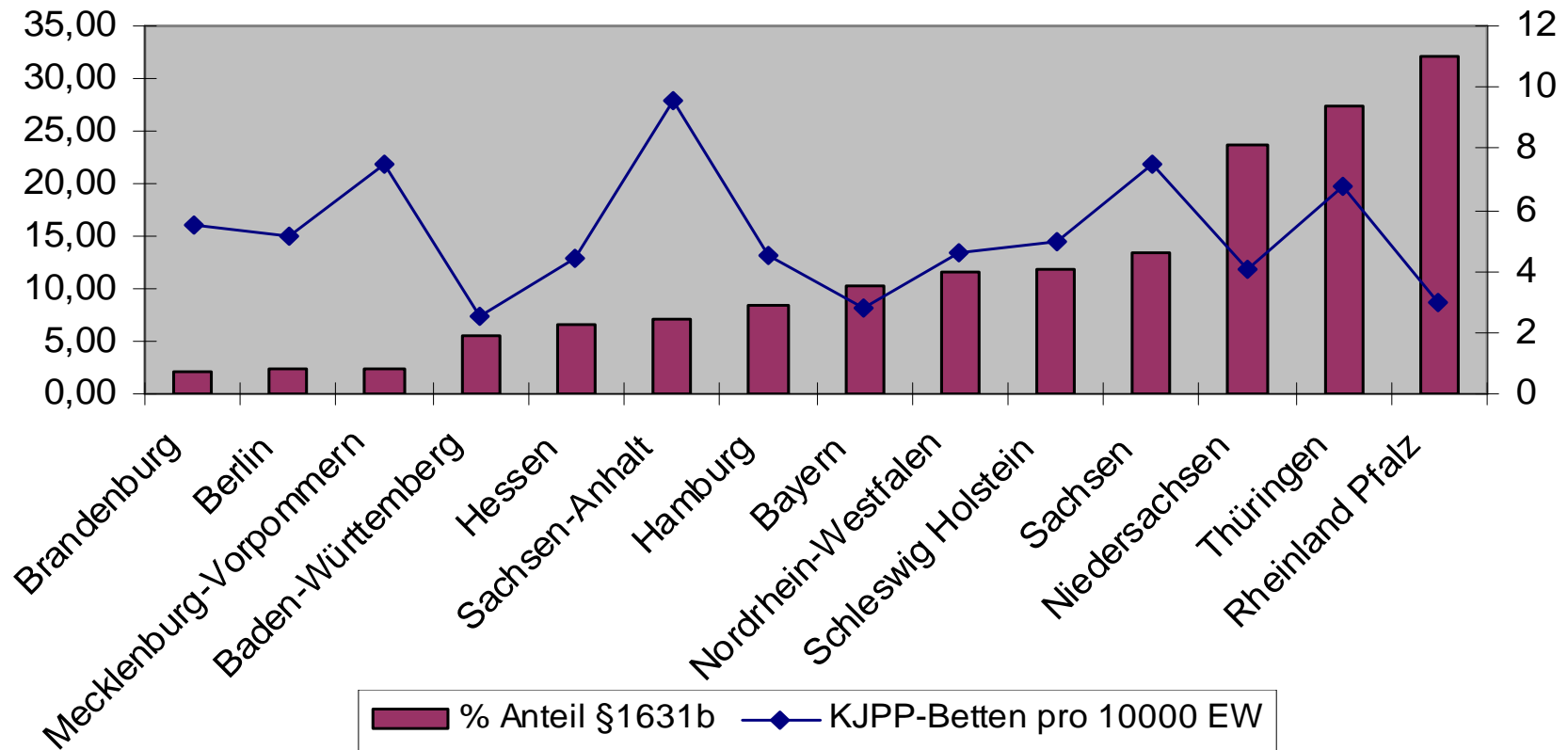
## Bestellung eines Verfahrenspflegers



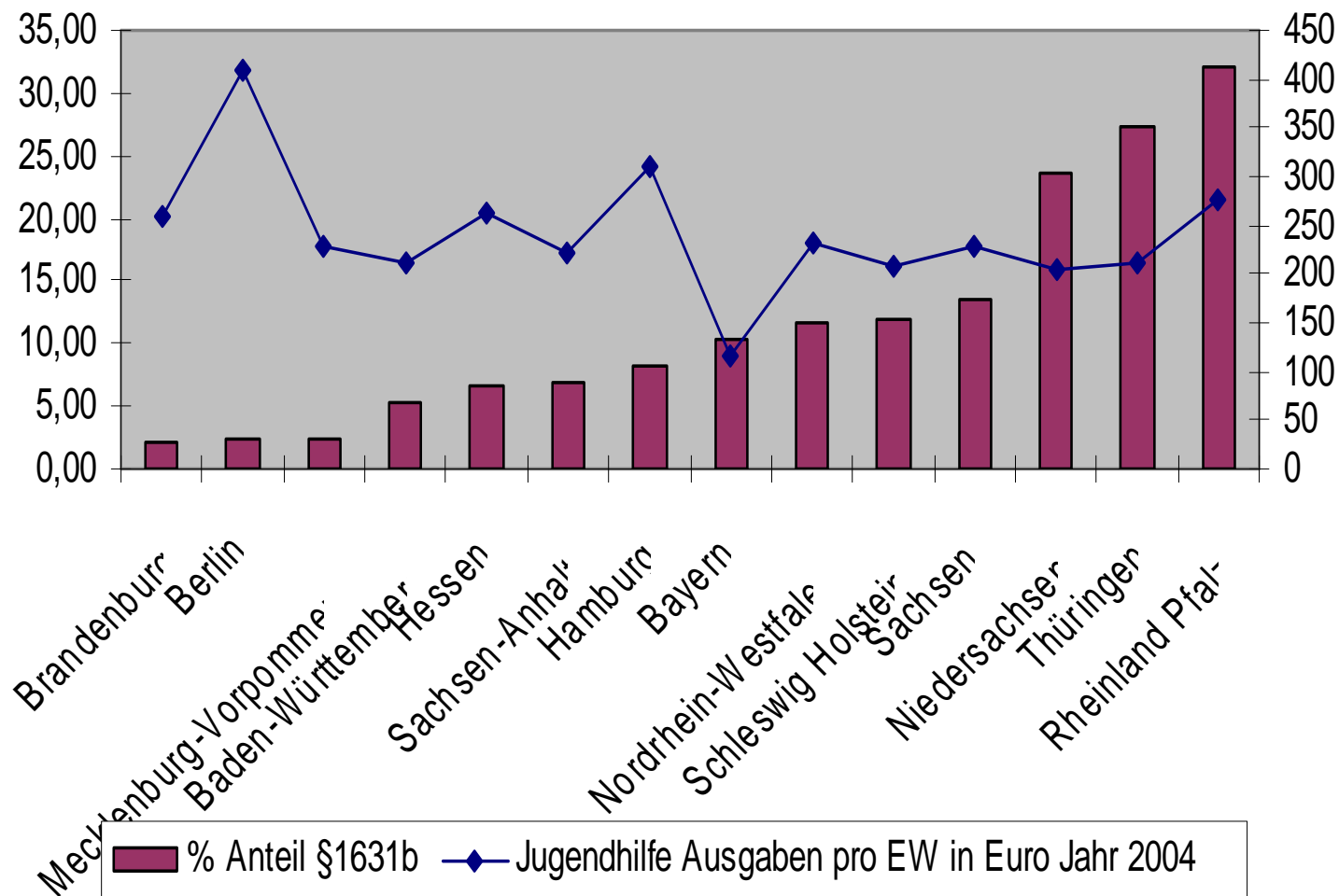
■ zu 90-100% ■ zu 50-90% □ zu weniger als 50%

**BAG-Umfrage 2006**

# Kein Zusammenhang GU /Bettendichte - BAG-Umfrage 2006



## Kein systematischer Zusammenhang zwischen Unterbringungen KJPP und Jugendhilfeausgaben



# Freiheitsentziehung ?



Auch in der Jugendhilfe möglich, aber dort noch bedeutsamere Verfahrensunsicherheiten (DJI 2006)

Begutachtung durch „erfahrenen Arzt“ noch Voraussetzung

Länderdiskrepanzen nur mit unterschiedlichen Ideologien und Rechtsauffassungen erklärbar

Reform § 1631b BGB beim BMJ in Arbeit,

Referentenentwurf vorgelegt: 2stufiges Verfahren, auch Unterbringung in Jugendhilfe mit GuA Sozialpädagoge

BVerfG-Urteil 07/2007: „Unverzögerlichkeit“ heißt < 7 Tage, Unterbringungsort ist zu benennen, Verhältnismäßigkeit ist zu wahren

- Noch größere Divergenzen bezüglich Jugendforensik !

# Grünbuch EU-Komm



- Unbehandelte Sucht oder Störung des Sozialverhaltens: enorme gesellschaftliche Folgekosten im Bereich Justiz, Sozialhilfe  
Ausfall an BSP /Steuereinnahmen

Trägt die KJPP  
die zukünftige Gesellschaft?





**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit**



[renate.schepker@zfp-weissenau.de](mailto:renate.schepker@zfp-weissenau.de)

...

*Kinder brauchen Pädagogik,  
weil und solange sie Kinder sind.*

*Kinder brauchen (medizinische, Psycho-) Therapie,  
wenn und solange sie krank sind.*

*(n. Herzka)*

**Jugendhilfe: zuständig für Hilfen zur Erziehung,  
incl. ggfs. Gestaltung des Lebensmittelpunkts  
und der Lebenswelt (auf Antrag der Eltern bzw.  
eines Vormundes / Vormünderin) = HzE**

**KJPP: zuständig für krankheitsbedingt  
erforderliche Maßnahmen(-empfehlungen)**

# Individuelle Hilfeplanung



Für Maßnahmen für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder:

- Zuständig nach § 35 a KJHG Jugendhilfe
- Hilfeplanung halbjährlich nach § 36 KJHG

Für geistig und körperlich behinderte Kinder (seelische Behinderung nicht im Vordergrund)

- Eingliederungshilfe nach §§ 39/40 BSHG

Ein Rechtsanspruch des Kindes (nicht der Eltern!) besteht auf Maßnahmen nach § 35 a, anders bei HzE – Beantragung zum § 35a durch Kinder ab 14 J selbst möglich !

# Definition Hilfebedarf



2stufiges Vorgehen nach § 35 a:

- Ärztliches Zeugnis mit Beschreibung der Störung (KJPP, auch KJPth, nicht: potenzieller Leistungserbringer)
- Hilfeplanprozess und eigene fachliche Definition Hilfebedarf durch Jugendhilfe, Auswahl der pass. Hilfen
- Umsetzung und Überprüfung der Hilfen halbjährlich nach § 36 a unter Einbeziehung des Jugendlichen, der Eltern und ggfs. des Arztes

# Persönliches Budget ?



Laut SGB IX für alle Altersgruppen möglich  
Müsste für Kinder und Jugendliche von den Eltern  
verwaltet werden

Würde „spezifische Steuerungsinstrumente der Kinder- und  
Jugendhilfe“ aushebeln, die „bewährt und wirksam“ sind,  
daher nicht ins SGB VIII übernommen

- große Zurückhaltung bei Jugendämtern  
(Eigenproblematik der Eltern, Elternselbstbehalt lt.  
Gesetz vorgesehen.....)
- Modellversuch BaWü: vorschulische und schulische  
Maßnahmen ausgenommen, aber: familienergänzende  
Hilfen für Familien mit behinderten Kindern  
(überwiegend nicht seelische Behinderungen)

# Persönliches Budget ff ?



Übergang der Hilfen Jugend-Erwachsenenalter:  
verschiedene Wege

- als „Hilfe für junge Volljährige“ weiterführbar (incl. Elternselbstbehalt)
- Voraussetzung: Hilfebeginn/-beantragung vor 18. LJ
- Gelegentliche Rechtauffassung: wenn nicht Besserung / Heilung bis 24 J zu garantieren, gel. sofortiger Übergang ins BSHG
- Nach KJHG weiterführbar bis Ende Aus- und Weiterbildung (spätestens 25 J)
- Theoretisch als persönliches Budget weiterführbar, aber kaum praktische Erfahrungen
- KJPP sollte ältere Patienten besser vorbereiten

# Neuerungen d. KICK <sup>1</sup>



- mehr Augenhöhe JuHi-KJPP, Zweistufigkeit
- Resultierend: Professionalisierung JuHi und Verbesserung der Instrumente (z.B. Bayern)
- Zum Kinderschutz (§ 8 a KJHG)  
Kooperationsverpflichtungen etabliert (mit freien Trägern, Beratungsstellen etc. etc.)
- Gemeinsame Problemdefinitionen iR § 36 KJHG
- Zu diskutieren: Verhältnis ärztlicher Schweigepflicht und Kindeswohlgefährdung auch in EPP (psychisch kranke Eltern)

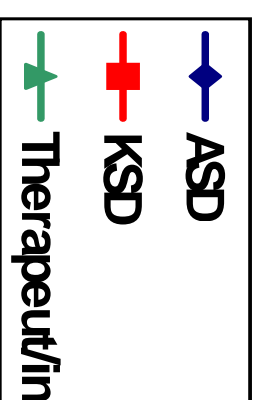
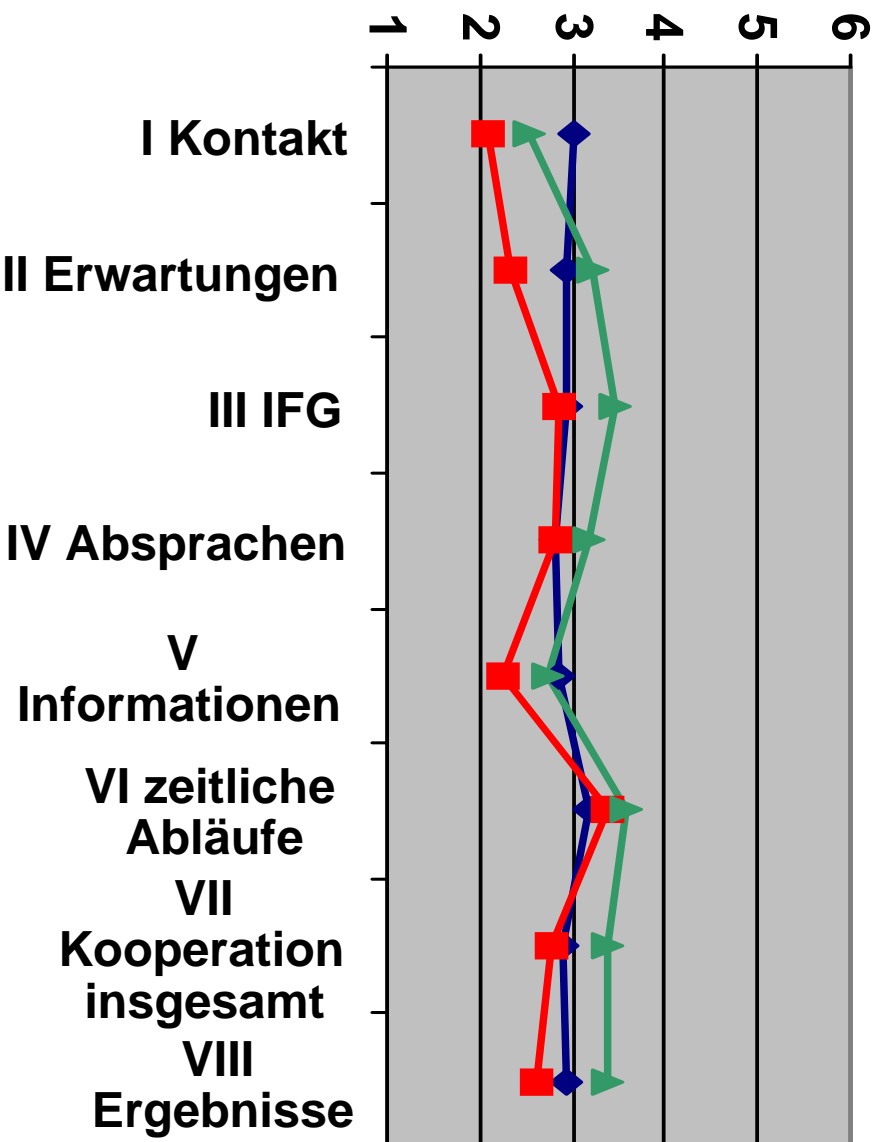
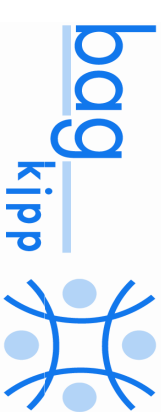
1 = Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetz

# Also nicht mehr... ?

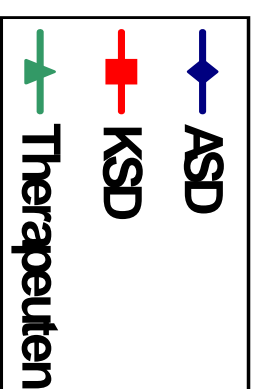
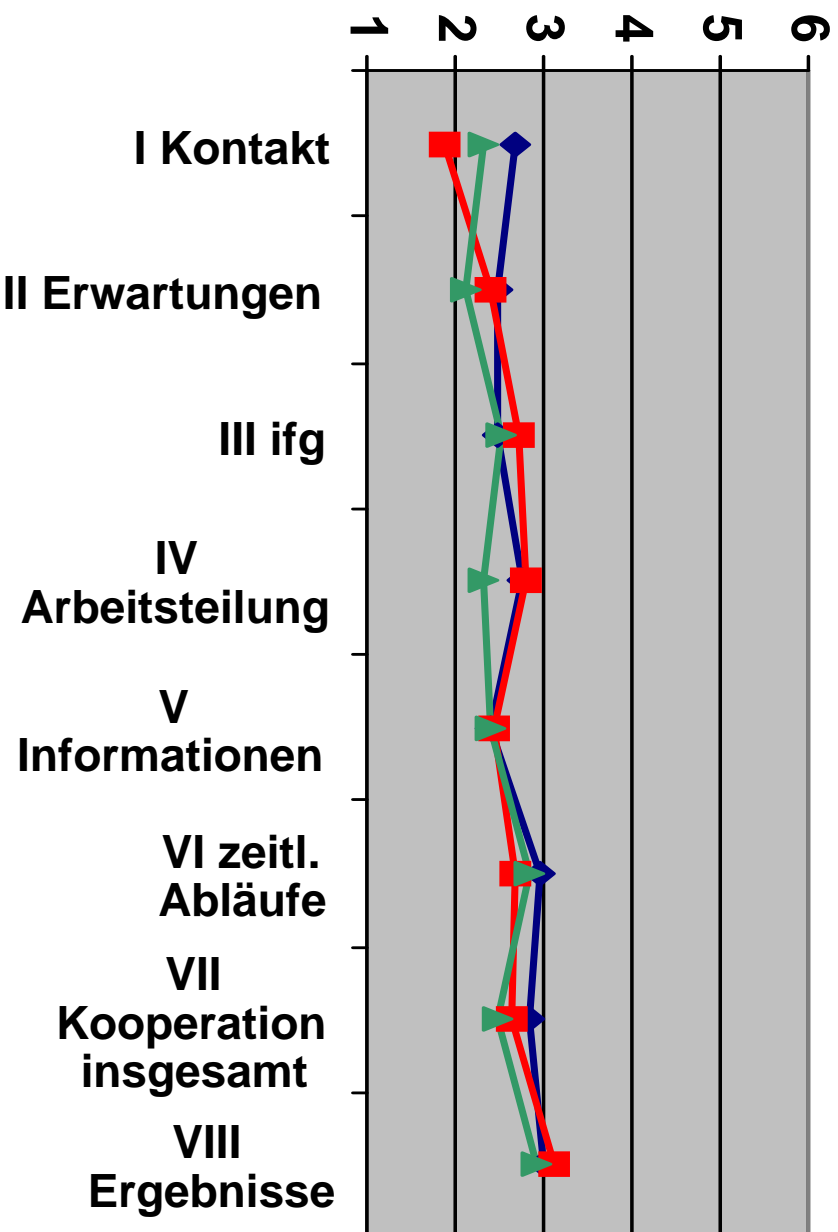
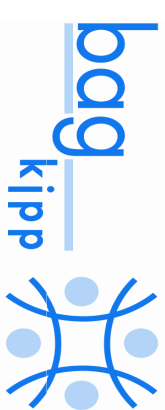


- Diskontinuierliche Hilfeverläufe
- „Verschieben“ von Verantwortung zwischen KJPP und JuHi
- Prolongieren von Problematik durch häufige Umzüge der Eltern
- Ideologische Differenzen (Jugendhilfe: „Menschen statt Mauern“; KJPP: „Psychiatisierung pädag. Probleme“)

# Projekt „Gemeinsamer Fall“ Jä Unna – WI Hamm Jahr 1



# JÄ Unna - WI Hamm Jahr 2



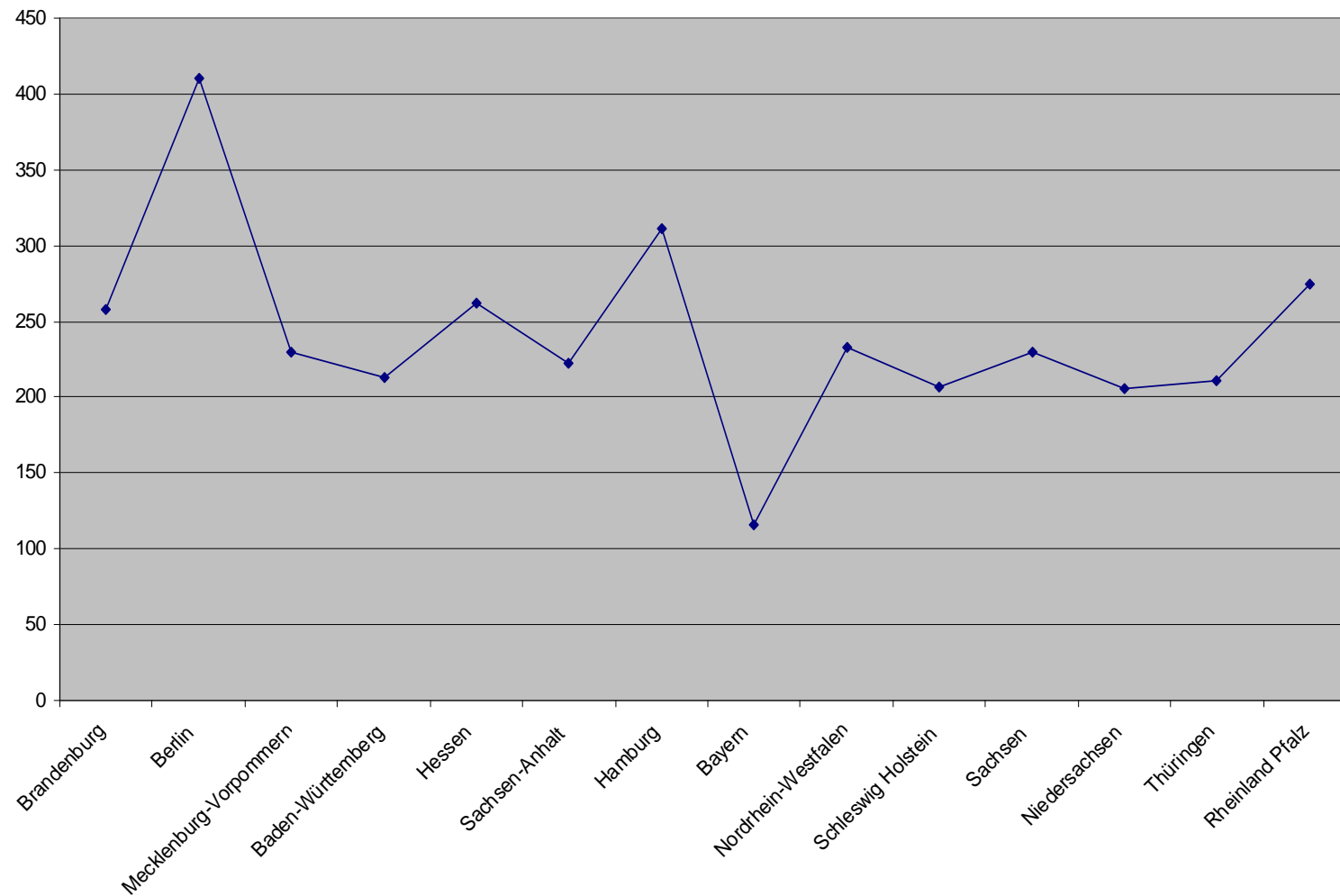
# Ulmer Heimkinderstudie

(Folie: J.F. Fegert)



| Diagnose                   | Prävalenz Heim       | Prävalenz Bevölkerung                          |
|----------------------------|----------------------|--|
| SSV (F 91, F 92)           | 26 % (+ 22 % F 90.1) | 6 %  |
| HKS<br>(F 90.0 + F 90.1)   | 24 %                 | 3-6 %  |
| Depression<br>(F 32, F 34) | 10,4 %               | 1-5 %  |
| Angst                      | 4 %                  | 1,8 – 5,3 %                                    |
| Enuresis                   | 6 %<br>(14 Jahre)    | 2 %  |
| Substanzmissbrauch         | 8,8 %<br>(14 Jahre)  | 4 % (Alkohol) ab 16 LJ<br>1 % Cannabis ab 14LJ |

# DJI: Jugendhilfe-Ausgaben / EW € im Jahr 2004



# KJPP und Jugendhilfe



- Jugendhilfe ist nicht der „komplementäre Bereich“ der KJPP
- Zuständig für das Recht auf Erziehung allgemein (bis auf schulische Bildung)
- Familienergänzende, ggfs. familienersetzende Hilfen allgemein
- Stellungnahmen bei elterlichem Versagen, auch: Kinderschutzfunktionen
- Jugendgerichtshilfe
- Primär ambulantes Vorgehen
- „Lebensweltorientierter Ansatz“

# Interventionen

(Folie: J.F. Fegert, L. Goldbeck)



- 1. Sprechstunden in den Jugendhilfeeinrichtungen**  
(aufsuchend, hochfrequent, niederschwellig, milieuorientiert) i.S. Liaisondienst
- 2. Multimodale Behandlung**  
(Beratung im Hilfeprozess, Psychoedukation, Medikation, Elterngespräche – leitlinienorientiert, evidenzbasiert)
- 3. Behandlungskontinuität** – Screening und Therapie b.B.
- 4. Multidisziplinäre Kooperation mit allen Mitarbeitern in den Jugendhilfeeinrichtungen**
- 5. Spezielle Gruppenpsychotherapieangebote (z.B. SKT)**
- 6. Mehrstufige Kriseninterventionsvereinbarungen**
- 7. Psychoedukation / Fortbildungsmodule für die Einrichtungen über bedeutsame Störungsbilder**

# Wiss. Evaluation Heimkinderstudie 2

- 87 % der Kinder der Interventionsgruppe im Screening klinisch auffällig (KG :88 %) hins. externalisierenden Verhaltens
- Je 21 stationäre Aufnahmen, durchschn. je Kopf 1,3 d in der IG (KG: 2,5) in 12 Monaten nach Screening
- Symptombelastung nach 2 J hochsign. Gesunken
- Forderung: flächendeckende Liaisondienste!

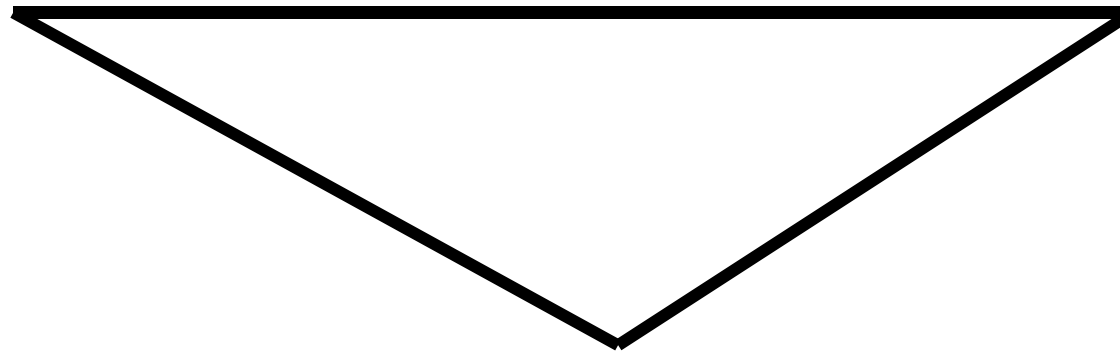
Z.B. Kooperation Trilateral



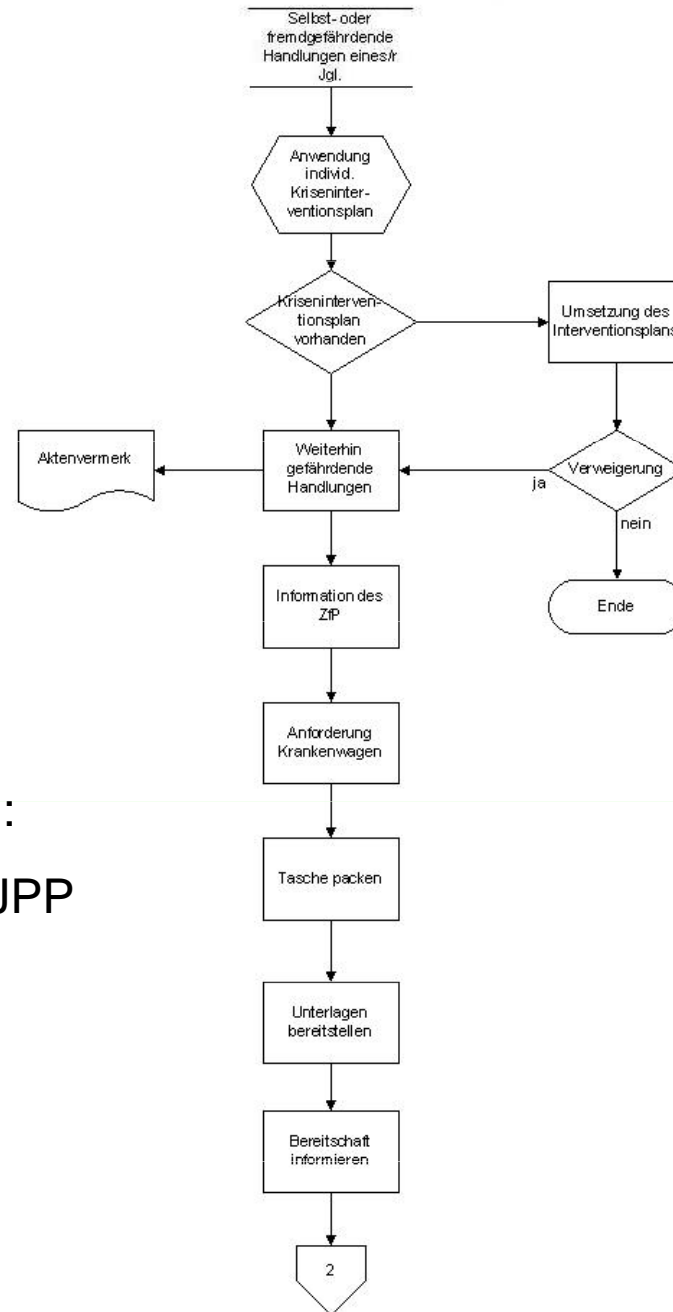
## Dreiecksvertrag

ZfP-Weissenau

Heim Linzgau



Niedergelassene Praxis Dr. Höhne

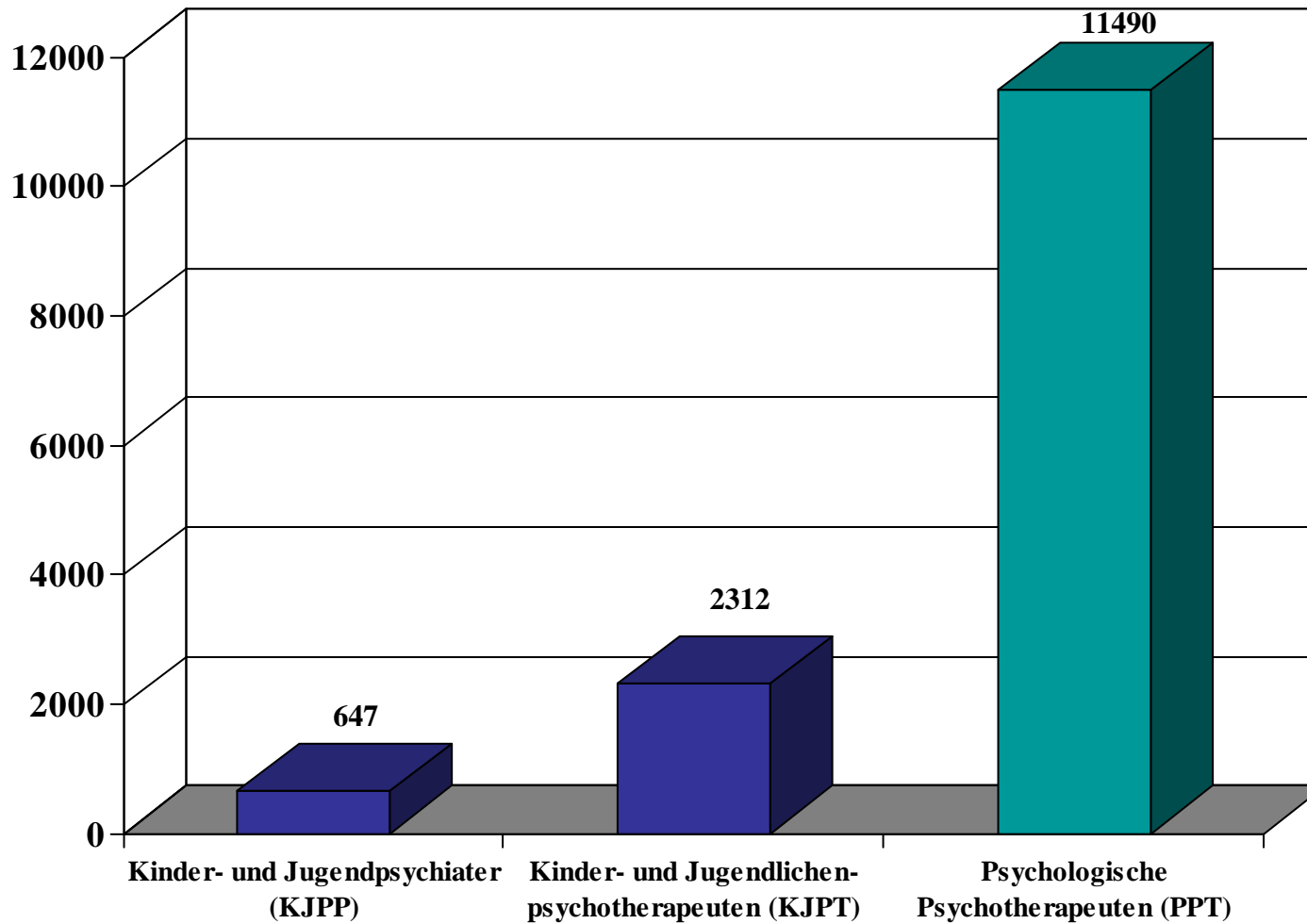


Ablaufschema  
stationäre Krise :  
vom Heim in die KJPP



[renate.schepker@zfp-weissenau.de](mailto:renate.schepker@zfp-weissenau.de)

# Niedergel. KJPP, KJPT und PPT 2003



# Versorgungsgrad



1 niedergelassener ... in Südwürttemberg  
versorgt pro Jahr (2005)

- KJPth: 22 Patienten
- KJPP mit SPV-Praxis : 254 Patienten
- KVen stellen nicht sicher, daher: freie  
Niederlassung für KJPP überall