

**Kooperation von Jugendhilfe und
Kinder- und Jugendpsychiatrie:
Anlassbezogene und regelmäßige
Interventionsmöglichkeiten
zur Optimierung**

Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski

Interessenskonflikte (letzte 5 Jahre)

- Forschungsförderung: -
- Beratung von Firmen: -
- Von Pharmafirmen finanzierte Vorträge: -
- Aktienbesitz: -
- Arbeitgeber: LVR
- Bücher: Bergmann+Helbig, BoD, Carl Auer, Cornelsen, Deutscher Ärzteverlag, Hogrefe, Juventa, modernes lernen, Psychiatrie-Verlag, Schattauer, Thieme, Urban & Fischer, Vandenhoeck & Ruprecht
- Dozententätigkeit: Systemische Therapie in verschiedenen Ausbildungsinstituten

Gliederung

- Anlassbezogene Interventionsmöglichkeiten
- Regelmäßige Interventionsmöglichkeiten
- Prämissen der Kooperation
- Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen
- Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen im Anschluss an Jugendhilfemaßnahmen
- Wer ist zuständig – KJP oder JH?
- Perspektiv-Dilemma
- Psychopharmakotherapie
- Kurzzeitpsychiatrie
- Ausblick

Anlässe für Kooperationsinterventionen

- Umstrukturierung in der Jugendhilfe
- Eröffnung einer neuen Jugendhilfegruppe bzw. eines neuen Jugendhilfeangebots
- Eröffnung einer neuen Station/tagesklinischen Gruppe bzw. eines neuen Klinikangebots
- Kooperatives Klinikaufnahmemanagement
- Begleitung der Krankenhausbehandlung durch die Jugendhilfe
- Gemeinsame Perspektivplanung, ggf. gemeinsame Teilnahme am Hilfeplangespräch inkl. Vorbereitung
- Kooperatives Klinikentlassmanagement

Kooperation vor, während und nach der KJP-Behandlung

- Klinikaufnahmemanagement: Begleitung des Kindes/Jugendlichen/der Familie durch einen gut informierten Mitarbeiter (Bezugsbetreuer) der Jugendhilfe
- Begleitung der Krankenhausbehandlung durch den Bezugsbetreuer
- Informationsmanagement in der Jugendhilfeeinrichtung
- Gemeinsame Perspektivplanung, ggf. gemeinsame Teilnahme am Hilfeplangespräch inkl. Vorbereitung
- Kooperatives Klinikentlassmanagement: Das Jugendhilfeteam wird auf die Wiederkehr des Bewohners gut vorbereitet

Anlässe für Kooperationsinterventionen

- Offizielle (schriftliche) Beschwerden
- Unzufriedenheit der Mitarbeiter bzgl. Kooperation
- Gelungene Kooperation bzgl. eines Kindes oder Jugendlichen
- Bedürfnis nach Fortbildung zu einem bestimmten Störungsbild
- Ungünstiger Verlauf bei einem Kind bzw. Jugendlichen in der Jugendhilfe, Bedarf nach Input bzw. Ideen zu weiteren Hypothesen und daraus abzuleitenden Interventionen

Anlassbezogene Konferenzen auf Leitungsebene

- Die Chef- und Oberärzte der KJP Viersen führen seit vielen Jahren mit den Leitungen verschiedener Jugendhilfeeinrichtungen anlassbezogen Kooperationsgespräche.
- Dies hat zu einem tiefer gehenden gegenseitigen Verständnis der jeweiligen Denk- und Handlungsalgorithmen sowie der Rahmenbedingungen geführt.
- Viele Missverständnisse konnten ausgeräumt und viele unnötige Reibungsverluste vermindert werden.

Regelmäßige Interventionsoptionen

- Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen
- Gemeinsame Konferenzen auf Leitungsebene
- Gemeinsame Konferenzen auf weiteren Ebenen
- Kinder- und jugendpsychiatrische Beratung in der Jugendhilfeeinrichtung
- Beratung der Klinik durch die Jugendhilfe
- Hospitation von Jugendhilfemitarbeitern in der Klinik
- Einladung an die Klinikmitarbeiter aller Ebenen, die Jugendhilfeeinrichtung zu besuchen bzw. zu hospitieren

Regelmäßige Konferenzen auf Leitungsebene - Schlüssel zu tiefer gehendem gegenseitigen Verständnis

- Die Chefarzte der KJP Viersen führen seit über 15 Jahren mit den Leitern der 14 Jugendämter aus dem Pflichtversorgungsgebiet in gegenseitig wertschätzender Atmosphäre ein- bis zweimal jährlich Kooperationsgespräche.
- Dies hat zu einem tiefer gehenden gegenseitigen Verständnis der jeweiligen Denk- und Handlungsalgorithmen sowie der Rahmenbedingungen geführt.
- Viele Missverständnisse konnten ausgeräumt und viele unnötige Reibungsverluste vermindert werden.

Regelmäßige Konferenzen auf Leitungsebene - Schlüssel zu tiefer gehendem gegenseitigen Verständnis

Dennoch gibt es einige ‚Evergreens‘, die ‚alle Jahre wieder‘ Thema sind:

- ‚Keine sofortige stationäre Aufnahme in die KJP, obwohl die JH am Ende ist und die Indikation zur KJPPP-Aufnahme gestellt hat‘
- ‚Verschreibung einer konkreten Jugendhilfemaßnahme durch die KJPPP ohne vorige Abstimmung mit dem zuständigen Jugendamt‘
- ‚Jugendamt folgt nicht den Empfehlungen der KJP‘
- ‚Jugendamt kommt nicht in die Pötte‘
- ‚KJP übersendet nicht frühzeitig genug eine schriftliche Empfehlung für das Jugendamt‘

Konferenzen auf Leitungsebene

Es gibt zahlreiche, gern wiederholte Begründungen wie etwa:

- „Das Jugendamt meldet sich nicht/ist nicht erreichbar/kommt nicht!“ ,
- „Die Klinik ist nicht erreichbar/gibt zu kurzfristige Termine vor!“ ,
- „Der MDK erlaubt keine längere Fortsetzung der Behandlung!
Der Aufnahmedruck ist so groß!“ ,
- „Das Jugendamt braucht zu lange für die Organisation der
Anschlussmaßnahme!“ ,
- „Die Klinik übersendet die schriftliche Stellungnahme eine
Woche vor der Entlassung – nach sechs Monaten stationärer
Behandlung!“ ,
- „Die Eltern haben uns Klinikmitarbeitern lange nicht erlaubt,
Kontakt zum Jugendamt aufzunehmen!“

Konferenzen auf Leitungsebene reicht nicht!

- Offenbar ist der Durchdringungsgrad über alle Hierarchieebenen sowohl innerhalb der Klinik als auch der Jugendämter bezüglich der auf der Leitungsebene erreichten gegenseitigen Kenntnisse noch nicht ausreichend, insbesondere auch hinsichtlich der oftmals neuen Mitarbeiter auf der Sachbearbeiter- bzw. Fallführungsebene.
- Es wurde daher vereinbart, zusätzlich zu den Treffen auf Leitungsebene auch Meetings der Ebenen unterhalb der Leitungsebene durchzuführen.
- Dabei sahen sich zum Teil Mitarbeiter, die sich ‚in die Höhle des Löwen‘ begaben, um deren Arbeitsplatz und -bedingungen kennenzulernen, durch an sie – stellvertretend für die Einrichtung – gerichtete Vorwürfe überwältigt, auch wenn anschließend Bemühungen um ein gutes Klima spürbar wurden.

Konferenzen und Durchdringungsgrad

- Der Austausch einer dezentralen Tagesklinik mit dem einzigen vor Ort zuständigen Jugendamt bzw. nur wenigen Jugendhilfeeinrichtungen gestaltet sich dagegen auf allen Ebenen weitgehend unproblematisch.
- Hieraus lässt sich nicht nur ableiten, dass die Qualität der Kooperation personenabhängig ist, sondern auch, dass mit zunehmender Größe und Komplexität der KJP- und JH-Systeme **höherfrequente** Kooperationstermine erforderlich sind, um den **entfremdungsfördernden Faktoren Einhalt** zu gebieten.

Prämissen der Kooperation von KJP und JH

- Es darf nicht um die Dominanz eines Systems über das andere gehen, sondern um eine Zusammenarbeit der beiden für die Klienten wichtigen Systeme.



Kölch, Michael / Fegert, Jörg. M. / Berg, Gundolf / Jung, Martin (2015): Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG KJPP, BKJPP – erarbeitet durch die Gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion zur Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie mit der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des § 35a SGB VIII sowie im Rahmen von § 27 SGB VIII und § 1631b BGB. www.dgkjp.de/images/files/dgkjp/Jugendhilfe/Kooperation_KJP_KJH.pdf

Prämissen der Kooperation von KJP und JH

- Behandlungsplanung im SGB V und Hilfeplanung im SGB VIII erfolgen nach unterschiedlichen, jeweils systemimmanenten Ablaufregeln.
- An der Schnittstelle zwischen den Systemen gibt es Schwierigkeiten, die zu vermindern wären, indem das Wissen um Abläufe im jeweils anderen Hilfesystem bei den Handelnden kontinuierlich verbessert würde.

Kölch, Michael / Fegert, Jörg. M. / Berg, Gundolf / Jung, Martin (2015): Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG KJPP, BKJPP – erarbeitet durch die Gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion zur Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie mit der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des § 35a SGB VIII sowie im Rahmen von § 27 SGB VIII und § 1631b BGB. www.dgkjp.de/images/files/dgkjp/Jugendhilfe/Kooperation_KJP_KJH.pdf

Prämissen der Kooperation von KJP und JH

- So könnten beispielsweise Erfahrungen, die in der KJP während der Behandlung bereits gemacht wurden, dazu beitragen, bestimmte Jugendhilfemaßnahmen gar nicht erst zu planen, sondern direkt intensivere beziehungsweise andere Hilfen zu planen.
- Dies ist auch umgekehrt der Fall für die Planung von kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Behandlung

Kölch, Michael / Fegert, Jörg. M. / Berg, Gundolf / Jung, Martin (2015): Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG KJPP, BKJPP – erarbeitet durch die Gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion zur Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie mit der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des § 35a SGB VIII sowie im Rahmen von § 27 SGB VIII und § 1631b BGB. www.dgkjp.de/images/files/dgkjp/Jugendhilfe/Kooperation_KJP_KJH.pdf

Besser früh!

- KJP sollte möglichst früh den Kontakt zur JH suchen und nicht erst kurz vor Entlassung.
- JH sollte möglichst früh den Kontakt zur KJP suchen und nicht erst kurz vor Scheitern/Beendigung der Maßnahme.
- Was KJPs als extrem kontraproduktiv empfindet: Wenn die Jugendhilfeeinrichtung während der stationären KJP-Behandlung den Platz kündigt.

Unzureichender Informationsaustausch

- Viele der Kinder und Jugendlichen, die kinder- und jugendpsychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt wurden und im Anschluss eine Maßnahme der Jugendhilfe erhalten, benötigen kontinuierliche kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Weiterbehandlung.
- Öfters wird beklagt, dass den behandelnden Ärzten keine Rückmeldung über den Hilfeplan beziehungsweise zu den Ergebnissen der Hilfeplanung gegeben wird.
- Andererseits werden – zum Teil durch die Schweigepflicht begründet – keine Informationen zur kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung an die JH weitergegeben.

Spitzcok von Brisinski, I.; Philips, L. (2016) Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Jugendämtern. In: Hagen, B. (Hrsg.) Jugendhilfe in Kooperation. Erziehungshilfen – Kinder- und Jugend-psychiatrie – Polizei – Justiz. Beiträge zu Theorie und Praxis der Jugendhilfe 14, 155-170

Unzureichender Informationsaustausch

- Immer wieder wird aus der Praxis berichtet, dass ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt im Hilfeplangespräch Maßnahmen beschlossen werden, die die KJP-Behandlung betreffen.
- Dies sind zum Beispiel Empfehlungen zu parallelen Behandlungen oder zu Klinikbehandlungen bei bereits ambulant behandelten Patienten.
- Oft erscheint unzureichende Information der zuständigen Mitarbeiter der JH dafür wesentlich.
- Dadurch wird die Behandlungskontinuität gefährdet, die betroffenen Familien werden oft hochgradig verunsichert und es werden Behandlungsressourcen durch unnötige Doppeluntersuchungen und -behandlungen blockiert.

Spitzcok von Brisinski, I.; Philips, L. (2016) Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Jugendämtern. In: Hagen, B. (Hrsg.) Jugendhilfe in Kooperation. Erziehungshilfen – Kinder- und Jugend-psychiatrie – Polizei – Justiz. Beiträge zu Theorie und Praxis der Jugendhilfe 14, 155-170

Informationsaustausch im Hilfeplanverfahren

- In der Untersuchung von Beck (2015) wurde in 65 % der Fälle nach Einschätzung der Klinikmitarbeiter das Hilfeplanverfahren zeitgerecht noch während des Klinikaufenthalts eröffnet.
- In 32 % der Fälle wurde kein Hilfeplanverfahren während der Krankenhausbehandlung eröffnet und in 3 % zu spät.

Beck, Norbert (2015): Jugendhilfebedarf nach (teil-)stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Eine deskriptive Analyse. in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jg. 43, Heft 6, 443–453

Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen

Wo ist das Problem für die Kinder- und Jugendpsychiatrie?

- Ohne Perspektive hat das Kind/der Jugendliche kein Ziel, auf das es/er motiviert hinarbeiten kann, so dass Therapie ins Leere läuft bzw. es sogar zu Verschlechterung und Chronifizierung kommt.
- Da KJPs meist hoch ausgelastet sind und lange Wartelisten haben, verschärft jeder ausbehandelte, aber noch nicht entlassene Patient die Lage bei den noch nicht aufgenommenen, stationär sehr dringend behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen.
- Die Krankenkassen prüfen sehr genau, ob noch eine Behandlungsbedürftigkeit im Krankenhaus vorliegt.
- Ein ‚Parken‘ im Krankenhaus, bis eine geeignete Jugendhilfemaßnahme zur Verfügung steht, ist nicht möglich.

Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen

- Beck (2015) erfasste über einen Zeitraum von 6 Monaten die abgeschlossenen Behandlungsfälle aus 36 bayerischen Kliniken und Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und fand, dass bei 33 % eine Jugendhilfeanschlussmaßnahme umgesetzt wurde.
- Insgesamt wurde seitens der KJP bei 70,5 % (n = 1.422) eine Maßnahme aus dem Bereich der Hilfen zur Erziehung/Eingliederungshilfe gemäß SGB VIII im Anschluss an die klinische Behandlung als indiziert angesehen.

Beck, Norbert (2015): Jugendhilfebedarf nach (teil-)stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Eine deskriptive Analyse. in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jg. 43, Heft 6, 443–453

Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen

- Nur 47,5 % der empfohlenen Jugendhilfemaßnahmen wurden direkt im Anschluss an die Behandlung realisiert.
- Betrachtet man alle im Anschluss an die (teil-)stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung umgesetzten Jugendhilfeanschlussmaßnahmen, so handelt es sich in 36.6 % der Fälle um Neumaßnahmen, in den anderen Fällen hatten die Kinder und Jugendlichen schon im Vorfeld der klinischen Behandlung eine Jugendhilfemaßnahme in Anspruch genommen.

Beck, Norbert (2015): Jugendhilfebedarf nach (teil-)stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Eine deskriptive Analyse. in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jg. 43, Heft 6, 443–453

Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen

- In unserer eigenen Erhebung (Spitzcok von Brisinski & Philips, Publikation in Vorbereitung) erhielten rund 30 % aller tagesklinischen und vollstationären Patienten eine Jugendhilfeanschlussmaßnahme (davon ein Drittel stationäre Jugendhilfe und zwei Drittel ambulante), im Gegensatz zur vorgenannten Studie entsprach der Prozentsatz der seitens der KJP empfohlenen Jugendhilfeanschlussmaßnahmen jedoch annähernd dem der umgesetzten Maßnahmen.

Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen

Möglicherweise spielt hierbei eine stärkere Abstimmung von KJP und JH vor Indikationsstellung eine Rolle:

- Die Verlockung für KJP-Mitarbeiter ist groß, von bei einem anderen Patienten als geeignet und hilfreich erlebte Jugendhilfemaßnahmen anzunehmen, dass sie auch für den aktuellen Patienten erste Wahl sind, ohne ausreichend umfangreiches Wissen, welche Alternativen am Wohnort – oder, bei überregionaler stationärer Jugendhilfe – landes- beziehungsweise bundesweit tatsächlich realisiert werden können.
- So schwingen sie sich unter Umständen zu ‚Experten für Jugendhilfemaßnahmen‘ auf, obwohl sie weder formal federführend noch wirkliche Experten für Jugendhilfemaßnahmen sind. Dem kann nur durch regelmäßigen Austausch mit den Jugendämtern entgegen gewirkt werden.

Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen

- In der Population von Beck (2015) erfolgte die Empfehlung für eine Jugendhilfemaßnahme nach der (teil-)stationären Behandlung zu 67 % im Konsens von Klinik, Jugendamt und Erziehungsberechtigten, bei jeder dritten empfohlenen Maßnahme konnte dagegen kein Konsens hinsichtlich Form und Notwendigkeit gefunden werden.
- In unserer eigenen Erhebung (Spitzczok von Brisinski & Philips, Publikation in Vorbereitung) konnte dagegen nur bei 1,4 % kein Konsens gefunden werden.

Beck, Norbert (2015): Jugendhilfebedarf nach (teil-)stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Eine deskriptive Analyse. in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jg. 43, Heft 6, 443–453

Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen

- Beklagt wird mitunter seitens der KJP, dass die Jugendhilfeanschlussmaßnahme nicht schnell genug vom Jugendamt realisiert werde, sodass sie nicht nahtlos an die KJP-Behandlung anschließt, obwohl dies wünschenswert ist.
- Seitens der JH wird darauf verwiesen, dass für die Realisierung einer geeigneten Jugendhilfemaßnahme ein ausreichender Zeitraum zur Vorbereitung zur Verfügung stehen muss, der nicht gegeben sei, wenn das Jugendamt erst kurz vor Entlassung aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung einbezogen wird bzw. erst sehr spät konkrete Erfordernisse an die Jugendhilfemaßnahme seitens der KJP schriftlich an das Jugendamt übermittelt würden.

Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen

- Die KJP entgegnet darauf nicht selten, dass sich oftmals erst gegen Ende der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung mit ausreichender Sicherheit abbilde, ob und gegebenenfalls was für eine Jugendhilfeanschlussmaßnahme erforderlich ist, und eine tagesklinische oder stationäre Weiterbehandlung bis zur Realisierung der Jugendhilfeanschlussmaßnahme meist nicht möglich ist aufgrund des Aufnahmedrucks (Überbelegung) und der Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

Spitzcok von Brisinski, I.; Philips, L. (2016) Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Jugendämtern. In: Hagen, B. (Hrsg.) Jugendhilfe in Kooperation. Erziehungshilfen – Kinder- und Jugend-psychiatrie – Polizei – Justiz. Beiträge zu Theorie und Praxis der Jugendhilfe 14, 155-170

Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Rahmenbedingungen

- In der Erhebung von Beck (2015) wurden 59 % geplant aufgenommen, bei 40,5 % handelte es sich um Notfallaufnahmen, und 0,6 % wurden lediglich zu gutachterlichen Zwecken aufgenommen.
- Da sich in den vergangenen 25 Jahren die Zahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Betten in Deutschland um rund 25 % verringert hat (Spitzcok von Brisinski, 2014) und die durchschnittliche Verweildauer der stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten Patienten um rund 70 % von 126 Tagen (Kölch et al., 2015) auf aktuell 35,8 Tage (Statistisches Bundesamt, 2015), sind die tagesklinischen und vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Ressourcen knapp.

Beck, Norbert (2015): Jugendhilfebedarf nach (teil-)stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Eine deskriptive Analyse. in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 43(6), 443–453

Kölch, Michael / Fegert, Jörg. M. / Berg, Gundolf / Jung, Martin (2015): Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG KJPP, BKJPP – erarbeitet durch die Gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion zur Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie mit der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des § 35a SGB VIII sowie im Rahmen von § 27 SGB VIII und § 1631b BGB. www.dgkjp.de/images/files/dgkjp/Jugendhilfe/Kooperation_KJP_KJH.pdf

Spitzcok von Brisinski, Ingo (2014): Vertrauensintervalle in der kinder- und jugendpsychiatrischen Bedarfsplanung. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 24(2), 2-4

Statistisches Bundesamt (2015): Grunddaten der Krankenhäuser 2014.

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?__blob=publicationFile

Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen im Anschluss an Jugendhilfemaßnahmen

- In der Ulmer Heimkinderstudie (Schmid et al., 2008) waren von 689 Kindern und Jugendlichen in stationären Jugendhilfemaßnahmen bei ca. 60 % die Diagnosekriterien für eine psychische Störung gemäß ICD-10 erfüllt.
- Demnach leidet mehr als die Hälfte der betreuten Kinder unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen.

Schmid, Marc / Goldbeck, Lutz / Nützel, Jakob / Fegert, Jörg M. (2008): Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:2

Wer ist zuständig – KJP oder JH?

- Beklagt wird mitunter seitens der JH, dass die KJP nicht immer übereinstimmt mit der Einschätzung der JH, wie schnell und wie lange eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung notwendig ist.
- Dies trifft insbesondere auf Jugendliche mit hoher Aggressivität zu, bei denen die Fremdgefährdung augenscheinlich nicht auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen ist: Während die JH aufgrund erschöpfter eigener Ressourcen von der Notwendigkeit einer sofortigen und länger anhaltenden stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ausgeht, kommt die KJP mitunter zu der Einschätzung, dass es sich um eine vorwiegend pädagogische Problematik handelt oder auch eine juristische.

Wer ist zuständig – KJP oder JH?

- Eine Krankenhausbehandlung ist nur zulässig, wenn diese medizinisch begründet ist.
- Die Aufnahmeentscheidung liegt in der Verantwortung des aufnehmenden Krankenhausarztes (§ 39 SGB V).
- Auch eine Einweisung durch einen Vertragsarzt oder durch den Rettungsdienst entlässt ihn nicht aus der Pflicht, zu prüfen, ob das Behandlungsziel nicht durch ambulante oder teilstationäre Behandlung erreicht werden kann (Bundessozialgericht GS 1/06).

Wer ist zuständig – KJP oder JH?

Gleiches gilt bezüglich richterlicher Beschlüsse für eine geschlossene Unterbringung nach § 1631b BGB oder nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz des betreffenden Bundeslandes (PsychKG in NRW):

- Kommt der Krankenhausarzt zu der fachlichen Einschätzung, dass eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nicht oder nicht mehr medizinisch begründet indiziert ist, darf keine Aufnahme bzw. Weiterbehandlung erfolgen, sodass gegebenenfalls an eine Jugendschutzstelle verwiesen werden muss.

Perspektiv-Dilemma

- **Kinder- und Jugendpsychiatrie:** Erst muss die Jugendhilfeperspektive geklärt sein, dann kann eine erfolgsversprechende stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erfolgen
- **Jugendhilfe:** Erst muss eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Prognose erfolgen, damit eine erfolgsversprechende Jugendhilfemaßnahme ausgewählt werden kann.

Systemische Psychopharmakotherapie

- Nicht selten zeigen Adoleszente eine positive Einstellung zu Cannabis, Pilzen und anderen pflanzlichen Erzeugnissen, aber auch hinsichtlich Ecstasy, „Badesalzen“ und anderen chemischen Stoffen, solange sie nicht dem Zweck dienen, sich an die Spielregeln der Erwachsenenengesellschaft anzupassen.
- Daher sind Interventionen zur Akzeptanz von Medikamenten bei Adoleszenten oft nur dann erfolgreich, wenn sie die Unterstützung der **Autonomie** des Adoleszenten herausstellen.

Spitzcok von Brisinski, I. (2017): Familie und Individuation. Systemische Perspektiven in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung. Psychotherapie im Dialog 18(2), 56-59

Systemische Psychopharmakotherapie

- Es darf daher nicht vermittelt werden, dass die Adoleszenten „eingestellt werden“ (wie eine Maschine mit einem Schraubenzieher), sondern, dass sie ein **Werkzeug** zur Verfügung gestellt bekommen, das sie selbstverantwortlich nutzen können, um ihre Ziele zu erreichen.

Spitzcok von Brisinski I. Systemische und lösungsorientierte Ansätze in der Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters. Z system Ther 2003; 21: 157–167

Systemische Psychopharmakotherapie

- Nicht selten sind auch die Eltern und/oder Pädagogen kritisch gegenüber „Chemie fürs Hirn“, sodass **Individuation** für Adoleszente auch bedeuten kann, eine positivere Einstellung gegenüber Psychopharmaka zu entwickeln als die Eltern.

Spitzcok von Brisinski, I. (2017): Familie und Individuation. Systemische Perspektiven in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung. Psychotherapie im Dialog 18(2), 56-59

Psychopharmaka und Lernen

- Ruf (2015) beschreibt für durch Medikation beeinflusste strukturelle Bahnungen im Gehirn nur Beispiele, die Lernprozesse erschweren.
- Es gibt jedoch viele empirische Belege, dass Lernprozesse durch Psychopharmaka erleichtert werden können.

Psychopharmaka und Lernen

- Keil & Liyanage (2004) berichten, dass ein spürbarer therapeutischer Effekt bei Kind und Familie erst erzielt werden konnte, nachdem durch Medikation eine deutliche Entspannung eingetreten war.
- Erst danach waren gemeinsame positive Erlebnisse sowie neue Sicht- und Handlungsweisen möglich, die stabil aufrechterhalten werden konnten.

Keil EM, Liyanage M. Herausforderung ADHS: ein lösungsorientiertes Therapiekonzept für Kind und System. Z system Ther 2004; 22: 225–238

Können Psychopharmaka Probleme lösen?

- Medikamente können Probleme lösen, da nicht nur Probleme zu Symptomen führen, sondern auch Symptome zu Problemen.
- Gelingt es, Symptome zu mildern oder zu beseitigen, führt dies oft dazu, dass sich die
- symptombedingten Probleme ebenfalls mildern oder auflösen.
- Die Auffassung, dass hinter jedem Symptom ein Problem stecken muss, das es zu lösen gilt, um das Symptom zu beseitigen, hat u. a. de Shazer (1989) in der lösungsorientierten Therapie falsifiziert.

De Shazer S. Der Dreh. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 1989

Spitzcok von Brisinski, I. (2017): Familie und Individuation. Systemische Perspektiven in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung. Psychotherapie im Dialog 18(2), 56-59

Achsen eines Koordinatensystems

- Neurobiologische und soziale Erklärungsmodelle schließen einander nicht aus, sondern sind Achsen eines Koordinatensystems.
- Werden Medikamente kompetenzorientiert als Werkzeug der Kunden zur Erleichterung aktiver selbstverantwortlicher Arbeit an den Lösungen ihrer Probleme eingesetzt, können sie dazu beitragen, Inpatient und Familie in ihrer Autonomie und Individuation zu stärken.

Spitzcok von Brisinski I. (2003) Systemische und lösungsorientierte Ansätze in der Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters. Z system Ther 21: 157–167

Spitzcok von Brisinski, I. (2017): Familie und Individuation. Systemische Perspektiven in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung. Psychotherapie im Dialog 18(2), 56-59

Systemische Psychopharmakotherapie – nur für Ärzte?

- Selbst wenn der verordnende Arzt (noch) nicht Medikamente mit systemischem Konzept verordnet, kann ein positiv konnotierendes Reframing auch durch andere (z. B. außerhalb psychiatrischer Versorgungssysteme tätige Pädagogen und/oder Psychotherapeuten) erfolgen.

Spitzcok von Brisinski, I. (2017): Familie und Individuation. Systemische Perspektiven in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung. Psychotherapie im Dialog 18(2), 56-59

Der Dreh: Kurzzeitpsychiatrie

Versagen oder überhöhte Erwartungen?

- Wird ein Adoleszenter mehrfach notfallmäßig stationär im Krankenhaus aufgenommen, wird dies meist als **Versagen** der Psychiatrie, der Eingliederungshilfe, der Familie und/oder des noch unreifen, nicht ausreichend in der Individuation fortgeschrittenen Klienten konnotiert
- „Drehtürpsychiatrie“ ist (leider teils unnötig) negativ besetzt.

Der Dreh: Kurzzeitpsychiatrie

- Oft wird erwartet, dass sich die Probleme bereits nach *einer* stationären Konsultation dauerhaft so weit zurückgebildet haben, dass keine weitere oder höchstens noch ambulante Therapie erforderlich ist.
- Hinzu kommt, dass sich die Patienten im Kontext solcher ungeplanten Mehrfachaufenthalte oft nicht so verhalten, wie es vom Umfeld bzw. vom Behandlersystem erwartet wird.

Spitzcok von Brisinski, I. (2017): Familie und Individuation. Systemische Perspektiven in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung. Psychotherapie im Dialog 18(2), 56-59

Der Dreh: Kurzzeitpsychiatrie

Intervalltraining und/oder bedarfsorientierte Konsultationen in unregelmäßigem Abstand

- Das häufig mehrfache vorzeitige Abbrechen eines qualifizierten Entzugs bei Adoleszenten mit Abhängigkeitserkrankung legt diese Sichtweise nahe, denn viele schaffen es im 2., 3. oder 4. Anlauf, die Phase der qualifizierten Entzugsbehandlung erfolgreich abzuschließen und die anschließende Rehabilitation ebenfalls.

Spitzcok von Brisinski, I. (2017): Familie und Individuation. Systemische Perspektiven in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung. Psychotherapie im Dialog 18(2), 56-59

Der Dreh: Kurzzeitpsychiatrie

Häufige Wechsel sind manchmal das einzig Aushaltbare

- Adoleszente, die häufig zwischen stationärer Eingliederungshilfe und Krankenhaus pendeln („Systemsprenger“), leiden oftmals unter einer **Bindungsstörung**, sodass der Aufbau einer längerfristigen, tiefer gehenden, tragfähigen Beziehung zunächst eine Überforderung darstellen kann.

Spitzcok von Brisinski, I. (2017): Familie und Individuation. Systemische Perspektiven in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung. Psychotherapie im Dialog 18(2), 56-59

Der Dreh: Kurzzeitpsychiatrie

- Diese Adoleszenten verhalten sich in Abständen von Wochen oder Monaten durch Selbst- oder Fremdgefährdung so, dass sie in der Eingliederungshilfe nicht mehr gehalten werden.
- Im Krankenhaus zeigen sie bald keine Selbst- oder Fremdgefährdung mehr, aber auch keine ausreichende Therapiemotivation, sodass sie zurück in die Eingliederungshilfe wechseln.

Der Dreh: Kurzzeitpsychiatrie

- Das Adoleszentensystem agiert, während Eingliederungshilfesystem und Psychiatriesystem reagieren.
- Enge Kooperation beider Systeme mit geplantem mehrfachen Wechsel kann manchmal verhindern, dass Adoleszente Selbst- oder Fremdgefährdung zeigen müssen, bevor sie wechseln dürfen.

Spitzzok von Brisinski, I. (2017): Familie und Individuation. Systemische Perspektiven in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung. Psychotherapie im Dialog 18(2), 56-59

Krankenhausaufenthalte sind geil!?

- Für Adoleszente mit Münchhausen-Syndrom sind Krankenhausaufenthalte meist ein Kick.



Spitzzok von Brisinski I, et al. Münchhausen-Syndrom und andere artifizielle Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Forum Kinder Jugendpsych Psychosom Psychother 2016; 26: 2–58

Krankenhausaufenthalte sind geil!?

- Die Reaktion auf notfallmäßig präsentierte Symptome des Klienten als alleiniges Handlungsmuster ist nicht sinnvoll, auch nicht ein Beziehungsabbruch, sondern ein seitens der Leistungserbringer freiwilliges Angebot regelmäßiger, relativ hochfrequenter psychotherapeutischer Kontakte mit somatischer Kompetenz und Geduld bezüglich Individuation, **ohne sofortige absolute Abstinenz zu erwarten.**

Ausblick

- Allen Unkenrufen zum Trotz: Die Kooperation von KJPPP und KJH ist überwiegend gut, wie empirische Studien belegen.
- Probleme zeigen sich überwiegend bei hochproblematischen Kindern und Jugendlichen, für die keines der beiden Systeme allein ausreichende Maßnahmen bieten kann.

Spitzcok von Brisinski, I.; Philips, L. (2016) Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Jugendämtern. In: Hagen, B. (Hrsg.) Jugendhilfe in Kooperation. Erziehungshilfen – Kinder- und Jugend-psychiatrie – Polizei – Justiz. Beiträge zu Theorie und Praxis der Jugendhilfe 14, 155-170

Ausblick

Auch wenn Vieles gut läuft – nichts ist so gut, als dass es nicht noch weiter verbessert werden könnte. Es sind bereits mehrere Leitfäden zur Zusammenarbeit von KJP und JH erschienen wie z. B.:

- Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, 2011,
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, 2012,
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin & Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport, 2003,
- Landschaftsverband Rheinland Dezernat Schule, Jugend / Landesjugendamt Dezernat Gesundheit, Heilpädagogische Netzwerke, 2007).

Spitzcok von Brisinski, I.; Philips, L. (2016) Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Jugendämtern. In: Hagen, B. (Hrsg.) Jugendhilfe in Kooperation. Erziehungshilfen – Kinder- und Jugend-psychiatrie – Polizei – Justiz. Beiträge zu Theorie und Praxis der Jugendhilfe 14, 155-170

Ausblick

- Aus Sicht der Gemeinsamen Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion von DGKJP, BAG KJPP, BKJPP sind die Einbeziehung in die Hilfeplanung, die Berücksichtigung kinder- und jugendpsychiatrischer Expertise im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 35a SGB VIII, die Entwicklung eines gemeinsamen Fallverständnisses unter Kenntnis der fachlichen Standards der jeweils anderen Seite, der Umgang mit Krisen und freiheitsentziehenden Maßnahmen nach § 1631b BGB, der Einbezug von Eltern beziehungsweise Sorgeberechtigten und der Umgang mit Finanzierungslücken, die in der Kooperation zwischen den SGB V- und den SGB VIII-Versorgungssystemen evident werden, Themenfelder für eine weitere Verbesserung der Kooperation zwischen KJPPP und KJH

Spitzcok von Brisinski, I.; Philips, L. (2016) Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Jugendämtern. In: Hagen, B. (Hrsg.) Jugendhilfe in Kooperation. Erziehungshilfen – Kinder- und Jugend-psychiatrie – Polizei – Justiz. Beiträge zu Theorie und Praxis der Jugendhilfe 14, 155-170



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**