

# **Die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Hilfeplanung bei Kindern und Jugendlichen mit seelischer Behinderung**

## **Referat beim EREV-Forum 2005 in Eisenach Eingliederungshilfen nach § 35 a KJHG**

### **1. Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen im wesentlichen in der Diagnostik und Behandlung von seelisch kranken Kindern. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat die Möglichkeit, die Diagnostik und Behandlung sowohl im ambulanten, teilstationären als auch vollstationären Rahmen durchzuführen. Von seiten der Jugendhilfe wird häufig die Kinder- und Jugendpsychiatrie im wesentlichen mit ihrem vollstationären Angebot identifiziert. Dabei wird jedoch übersehen, dass zwischenzeitlich die ambulanten Angebote wesentlich ausgebaut werden. Es besteht zwar nach wie vor ein Bedarf an niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und –psychiatern; die Versorgung ist in den letzten Jahren jedoch besser geworden. Auch die Kliniken halten zunehmend ambulante Angebote vor. In vielen Kliniken werden in den Institutsambulanzen wesentlich mehr Kinder und Jugendliche behandelt als im vollstationären Rahmen. Ein besonderes Augenmerk richtet die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch auf die Einbeziehung der Familien. Auch die teilstationären Angebote (Tageskliniken) sind zwischenzeitlich ausgebaut, so dass es kaum noch Kliniken gibt, die nicht über diese Behandlungsmöglichkeit verfügen.

Alle drei Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie können für die Hilfeplanung im Rahmen des § 35 a KJHG eine wichtige Rolle spielen. Allerdings sollte den ambulanten Angeboten möglichst Vorrang eingeräumt werden, da eine Diagnostik in diesem Rahmen für die Kinder und Jugendlichen und deren Familien die geringste Belastung darstellen. Auch sind die Kosten für eine ambulante Diagnostik und Behandlung wesentlich geringer.

### **2. Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie bedient sich wie alle anderen medizinischen Fachdisziplinen in Deutschland der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (Kapitel 5 der ICD 10). Die ICD 10 ist durch die WHO entwickelt worden und international weit verbreitet. Es gibt nur wenige Länder, die andere Klassifikationssysteme benutzen.

Für die psychiatrischen Erkrankungen gibt es 9 Hauptgruppen:

- F 0 Organische psychische Störungen
- F 1 Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen
- F 2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F 3 Affektive Störungen
- F 4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F 5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen
- F 6 Persönlichkeitsstörungen
- F 7 (Intelligenzminderungen)
- F 8 Entwicklungsstörungen (Autismus)
- F 9 Verhaltens- und emotionale Störungen

Die Tatsache, dass bei einem Kind oder Jugendlichen eine psychiatrische Diagnose nach ICD 10 gestellt wurde, bedeutet für sich noch nicht, dass die Anspruchsvoraussetzungen nach § 35 a KJHG gegeben sind. Wie zu einem späteren Zeitpunkt im Referat ausgeführt wird, spielen neben der Diagnose noch andere Faktoren eine Rolle, die oft einen größeren Einfluß darauf haben, ob ein Kind oder Jugendlicher aufgrund seiner psychiatrischen Erkrankung erheblich an der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt ist.

Die Zuordnung zu einer der Diagnosegruppen hat jedoch auch Auswirkungen auf die Beurteilung, inwieweit die Anspruchsberechtigungen für Leistungen nach § 35 a KJHG gegeben sind. Im einzelnen ist hierzu folgendes auszuführen:

### **F 0 - Organische psychische Störungen**

Bei dieser Diagnosegruppe handelt es sich um Erkrankungen, bei denen primär eine organische Erkrankung vorliegt, in deren Folge es zu psychischen Auffälligkeiten bzw. Krankheiten kommt. Dies können entzündliche Erkrankungen, Tumorerkrankungen, degenerative Erkrankungen oder Unfälle mit Schädigung des zentralen Nervensystems sein. Da für die psychischen Auffälligkeiten eine organische Erkrankung vorliegt, liegen in der Regel für junge Menschen, die an einer solchen Erkrankung leiden, nicht die Anspruchsvoraussetzungen nach § 35 a KJHG vor.

### **F 1 - Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**

Drogenkonsum ist bei Jugendlichen weit verbreitet, so dass bei vielen zumindest ein schädlicher Gebrauch von Drogen diagnostiziert werden kann. Bei drogenkonsumierenden Jugendlichen ist zu beurteilen, inwieweit durch den Drogenkonsum sekundär ihre psychischen und sozialen Funktionen derartig eingeschränkt sind, dass von einer seelischen Behinderung oder drohenden seelischen Behinderung ausgegangen werden kann.

### **F 2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen**

Psychotische Erkrankungen, die in diese Diagnosegruppe fallen, haben für die betroffenen jungen Menschen oft gravierende Auswirkungen, die ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erheblich beeinträchtigt. Abgesehen von einmaligen Episoden psychotischer Erkrankungen ist in der Regel davon auszugehen, dass bei jungen Menschen mit diesen Krankheitsbildern eine seelische Behinderung besteht.

### **F 3 Affektive Störungen**

Hierzu gehören manische und depressive Erkrankungen. Für die Beurteilung, inwieweit junge Menschen mit diesen Erkrankungen zum Personenkreis nach § 35 a KJHG gehören, gilt im Grundsatz das gleiche wie für Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis.

### **F 4 - Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**

Erkrankungen aus diesem Formenkreis sind weit verbreitet, wobei ihre Ausprägung und der Krankheitswert sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik ist daher ein besonderes Augenmerk auf den Ausprägungsgrad der Erkrankung zu legen.

### **F 5 - Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**

In diese Diagnosegruppe fallen u.a. Eßstörungen. Die Eßstörungen nehmen insbesondere bei weiblichen Jugendlichen zu. Bei der Beurteilung, inwieweit junge Menschen mit diesen Störungsbildern zum Personenkreis nach § 35 a KJHG gehören, muß neben der Schwere der Erkrankung insbesondere auch die Krankheitsdauer berücksichtigt werden. Insbesondere bei chronischen Verläufen sind meistens die Voraussetzungen für die Zuordnung nach § 35 a KJHG gegeben.

### **F 6 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**

Eine Persönlichkeitsstörung kann per Definition eigentlich erst bei einem erwachsenen Menschen diagnostiziert werden. Allerdings finden sich bei Jugendlichen zunehmend Krankheitsbilder, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer manifesten Persönlichkeitsstörung führen. Häufig wird bei jungen Menschen deshalb nicht von einer Persönlichkeitsstörung sondern von einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung gesprochen. Wie bei den bereits beschriebenen Krankheitsbildern spielt hier die Schwere und die Dauer der Erkrankung für die Zuordnung nach § 35a KJHG eine wichtige Rolle.

### **F 7 - Intelligenzminderungen**

Nach Auffassung der meisten Kinder- und Jugendpsychiater stellt eine Intelligenzminderung keine psychiatrische Erkrankung dar. Deshalb wird die Intelligenz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen des multiaxialen Klassifikationsschemas, das an anderer Stelle des Referats vorgestellt wird, erfaßt.

### **F 8 - Entwicklungsstörung**

Zu den Entwicklungsstörungen gehören u.a. Kinder- und Jugendliche mit Autismus. Es gibt unterschiedliche Formen des Autismus. So ist der frühkindliche Autismus häufig mit einer geistigen Behinderung verbunden, während bei Kindern und Jugendlichen mit Asperger Autismus häufig eine normale Intelligenz vorliegt. Neben den bereits beschriebenen Faktoren spielt zur Beurteilung der Zugehörigkeit nach § 35 a KJHG bei autistischen Kindern und Jugendlichen auch das Intelligenzniveau eine wichtige Rolle.

### **F 9 - Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**

In diese Diagnosegruppe gehören neben hyperkinetischen Störungen auch emotionale Störungen und Störungen des Sozialverhaltens. Auch in dieser Diagnosegruppe kann nicht generell davon ausgegangen werden, dass diese Kinder und Jugendlichen zum Personenkreis nach § 35a KJHG gehören. Die bereits beschriebenen Kriterien zur Beurteilung einer Fragestellung im Rahmen des § 35a KJHG gelten auch hier.

Aus den bisherigen Ausführungen wird deutlich, dass aus der Zuordnung zu einer Diagnose oder Diagnosegruppe alleine sich nicht ableiten läßt, ob ein Kind oder Jugendlicher zum Personenkreis nach § 35a KJHG gehört. Vielmehr spielen hierfür auch andere Faktoren eine

Rolle. Insbesondere ist zu beurteilen, inwieweit durch die psychiatrische Erkrankung die Integration eines Kindes und Jugendlichen beeinträchtigt bzw. gefährdet ist. Dies gilt allerdings nicht nur für die Beurteilung von Fragestellungen im Rahmen des § 35a KJHG sondern ist auch grundsätzlich für die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung von Bedeutung. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat daher ein multiaxiales Klassifikationsschema entwickelt. In diesem Klassifikationsschema werden 6 Achsen betrachtet:

- 1. Achse      Klinisch-psychiatrisches Syndrom**
- 2. Achse      Umschriebene Entwicklungsstörungen (z.B. LRS)**
- 3. Achse      Intelligenzniveau**
- 4. Achse      Körperliche Symptomatik**
- 5. Achse      Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände**
- 6. Achse      Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus**

In der 1. Achse werden die bereits ausführlich beschriebenen Diagnosen nach ICD 10 eingetragen. In der 2. Achse werden umschriebene Entwicklungsstörungen erfaßt. Hierzu gehört z.B. die Lese-Rechtschreibstörung, Rechenstörung oder auch Sprachstörungen. Das Vorliegen einer Entwicklungsstörung bedingt jedoch nicht automatisch, dass die jungen Menschen zum Personenkreis nach § 35a KJHG gehören. Vielmehr ist hierbei zu prüfen, inwieweit sie durch diese Entwicklungsstörung beeinträchtigt sind und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschwert wird bzw. inwieweit durch das Vorliegen einer Entwicklungsstörung eine seelische Behinderung droht.

In der 3. Achse wird das Intelligenzniveau erfaßt. Häufig wird eine Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewünscht, um eine Abgrenzung zur geistigen Behinderung festzustellen. Dies ist bekanntermaßen ein wichtiges Kriterium zur Zuordnung nach BSHG oder KJHG.

In der 4. Achse wird die körperliche Symptomatik erfaßt. Bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik gilt es abzugrenzen, inwieweit eine mögliche Behinderung eines jungen Menschen durch diese körperliche Symptomatik hervorgerufen wird oder durch das gleichzeitige Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung bedingt ist.

In der 5. Achse werden die verschiedenen Bereiche im psychosozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen erfaßt. Neben der familiären Beziehung werden Erkrankungen der Eltern, akute belastende Lebensereignisse und gesellschaftliche Faktoren, wie z.B. Verfolgung oder Migration erfaßt. Auch zwischenmenschliche Belastungen im Zusammenhang mit der Schule oder Arbeit werden in der 5. Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas beschrieben. Auch die beschriebenen abnormen psychosozialen Umstände haben häufig erhebliche Auswirkungen auf die Frage, inwieweit ein Kind oder Jugendlicher die Anspruchsvoraussetzungen nach § 35 a KJHG erfüllt.

In der 6. Achse wird die globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus erfaßt. Dies erfolgt in 8 Abstufungen. Auch wenn die Beurteilungskriterien auf den ersten Blick relativ pauschal wirken, haben wissenschaftliche Untersuchungen gezeigt, dass die Zuordnung in einem hohen Maße reliabel sind.

### **3. Kooperationsvereinbarung mit dem Jugendamt Groß-Gerau**

Die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die sowohl Hilfen der Jugendhilfe als auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie benötigen, steigt ständig. In vielen Jugendhilfemaßnahmen werden Kinder und Jugendliche betreut, die zuvor Kontakt mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten oder die neben der Jugendhilfemaßnahme eine psychiatrische Behandlung benötigen. Es wird geschätzt, dass 50 – 70 % der Kinder und Jugendlichen in Jugendhilfemaßnahmen Kontakt mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten oder haben.

Es erscheint daher notwendig und sinnvoll, klare Kooperationsvereinbarungen zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie zu schaffen. Ziel solcher Vereinbarungen soll es sein, die Hilfen im Interesse der betroffenen Kinder, Jugendlichen und deren Familien optimal aufeinander abzustimmen. Hierdurch können jedoch auch finanzielle Ressourcen in beiden Systemen geschont werden.

Der Amtsleiter des Kreisjugendamtes Groß-Gerau und der Referent als Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Riedstadt haben die Notwendigkeit einer verlässlichen Kooperationsvereinbarung erkannt und zusammen mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Kooperationsvereinbarung nach intensiven Diskussionen entworfen. Dabei soll nicht verschwiegen werden, dass die Diskussionen teilweise kontrovers verliefen. Insgesamt ist es jedoch gelungen, eine Verfahrensregelung zu finden, die zum einen die betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Familien im Mittelpunkt sieht, aber auch die Fachlichkeit und Rahmenbedingungen der beteiligten Institutionen berücksichtigt. An dieser Stelle muß jedoch einschränkend vermerkt werden, dass die Rahmenvereinbarung noch nicht unterzeichnet ist, da sie zur Zeit noch vom Kreisausschuß des Kreises Groß-Gerau beraten wird.

Die Rahmenvereinbarung ist von einer Grundhaltung geprägt, die eine gleichberechtigte Kooperation beider Hilfesysteme vorsieht. Im folgenden werden auszugsweise einige Leitgedanken wiedergegeben:

*Grundsätzlich darf eine Zusammenarbeit nicht von menschlichen Zufälligkeiten geprägt sein. Die gemeinsame Aufgabe der Hilfesysteme soll die fördernde Begleitung von Entwicklungsprozessen bei Kindern und Jugendlichen sein. Hierzu gehört auch die hilfreiche Gestaltung von akuten Krisen. „Gleiche Augenhöhe“ ist eine Grundbedingung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit.*

*Grundvoraussetzungen für die Zusammenarbeit sind:*

*Klarheit hinsichtlich der Verantwortung, Zuständigkeit und Handlungsschritte*

*Transparenz der Handlungen*

*Beteiligung der Betroffenen und deren gesetzliche Vertreter*

*Gemeinsame Gestaltung der Übergänge*

*Um zu einer tragfähigen und verlässlichen Zusammenarbeit kommen zu können, sollten regelmäßig zu aktualisierende Informationen über Angebote, Zuständigkeiten, Entwicklungen, Organigramme, Telefonlisten, Rufbereitschaft usw. ausgetauscht werden.*

*Zu bestimmten Themenbereichen sollten gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt werden.*

*Wichtig ist, dass beide Systeme die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Strukturen des Kooperationspartners kennen und damit umgehen lernen.*

Um einen Überblick über den Umfang der Rahmenvereinbarung zu geben, wird in folgender Abbildung das Inhaltsverzeichnis vorgestellt:

1. Aufgabe der Jugendhilfe
2. Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie
3. Zusammenarbeit der Institutionen Jugendamt und Kinder- und Jugendpsychiatrie
  - 3.1. Struktur der Zusammenarbeit
    - 3.1.1 Vorgaben für die Jugendhilfe
    - 3.1.2 Vorgaben für die Kinder- und Jugendpsychiatrie
4. Empfehlungen zur Prozessqualität
  - 4.1 Anmeldung/Aufnahme in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik unter Beteiligung des Jugendamtes
  - 4.2 Ablauf des Aufnahmeverfahrens
  - 4.3 Umgang mit Krisensituationen im Rahmen der Jugendhilfe
  - 4.4 Abstimmung der Arbeitsaufträge
  - 4.5 Durchführung eines Wechsels von einer Jugendhilfeeinrichtung in die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik
  - 4.6 Unterbringung auf Anregung des Jugendamtes
  - 4.7 Der Umgang mit Widerständen bezüglich einer Vorstellung oder Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
  - 4.8 Grundsätze während der teilstationären/stationären Behandlung
  - 4.9 Verfahren zur Vorstellung eines Kindes und Jugendlichen beim Jugendamt
5. Entlassungsprozessgestaltung
  - 5.1 Entlassung nach Krisenintervention
  - 5.2 Entlassung nach Diagnostik
  - 5.3 Entlassung nach stationärer Therapie
  - 5.4 Übergangseinrichtung der KPPKJ („verlängertes Dach“)
6. Schlussbemerkungen

#### **4. Visionen**

Der Hilfeplanprozess für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung hat aus Sicht des Referenten viele Schnittstellen, die einer weiteren Verbesserung bedürfen.

Aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie erscheint die Begleitung des Hilfeplanprozesses auch nach Abschluß einer Diagnostik sinnvoll und ist sicherlich im Interesse der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Analog der Verfahrensvereinbarung mit einem Jugendamt wäre es auch wünschenswert, wenn verbindliche Richtlinien in der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfeeinrichtungen und Kinder- und Jugendpsychiatrie erarbeitet werden.

Nach den Beobachtungen des Referenten gelingt es häufig nicht, die Schule in die Hilfeplanung mit einzubeziehen. Es bedarf auch hier verbindlicher Kooperationsstrukturen in der Zusammenarbeit zwischen Schule, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Dr. Eberhard Meyer  
Ärztlicher Direktor  
Kinder- und Jugendpsychiater  
Psychotherapeut

---

**Zur Person des Referenten:**

Dr. Eberhard Meyer, Jahrgang 1953, verheiratet, 3 Kinder.

Seit 1989 Ärztlicher Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Riedstadt.

Die KPPKJ Riedstadt verfügt insgesamt über 67 stationäre Betten, 21 Plätze in den Tageskliniken und 3 Institutsambulanzen im Versorgungsgebiet Südhessen. Das ambulante Angebot ist dezentral organisiert, so dass die weitaus größte Zahl der Kinder und Jugendlichen und deren Familien ambulant betreut werden kann.