

**Ursprüngliche Ausgabe**

Dezember 2005

Dr. Oliver Bilke, Direktor der Vivantes-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Stefan Willma, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

**Aktualisierungen**

**2009**

Es waren keine Aktualisierungen notwendig.

**Einleitung**

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Berlin ist durch regionale Gliederung und Altersbezogenheit gemäß Landespsychiatrieplan klar in sechs Versorgungsregionen definiert.

Durch diese Struktur, die einen sicheren Zugang für selbst- und fremdgefährdende Patienten/-innen unter 18 Jahren gewährleistet, ergibt sich für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) die feste Verpflichtung, Patienten/-innen mit eindeutig psychiatrisch begründetem fremdgefährlichem Verhalten zu jeder Tageszeit aufzunehmen.

Es stellt sich die Frage, inwieweit in Zusammenhang mit zunehmendem Cannabis- und Alkoholkonsum, grassierender Jugendarbeitslosigkeit und der allgemein festzustellenden Veränderung der sozialen Orientierungen für diese problematische Altersgruppe, die am Anfang ihrer beruflichen und sozialen Integration steht, alle Angebote des Hilfe- und auch des Repressionssystems in der Stadt noch intensiver verbunden werden müssen.

Jeder Arbeitsbereich hat dabei seine Besonderheiten, die KJPP als ärztliches Fachgebiet kann die Verbindung zur Medizin herstellen. Diagnose und Therapie nach wissenschaftlichen Kriterien sind die verbindlichen Grundlagen.



## Diagnostische Aspekte

Die jugendpsychiatrische Diagnostik steht auf dem Boden des weltweit gebräuchlichen sogenannten multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS nach ICD 10). Es umfasst folgende Beobachtungsbereiche:

- Achse 1: klinischpsychiatrisches Syndrom (eigentliche Krankheit)
- Achse 2: umschriebene Entwicklungsstörungen/Teilleistungsstörungen
- Achse 3: Intelligenzniveau
- Achse 4: Körperliche Symptomatik
- Achse 5: aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
- Achse 6: Gesamtbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Durch die genaue und zügige Bearbeitung aller diagnostischen Achsen können neben einer seelischen Störung, Persönlichkeitsstörungen oder Drogenkonsum vor allem durch die Diagnostik von Teilleistungsstörungen typische Entwicklungshindernisse im schulischen und im beruflichen Bereich erkannt werden.

Die routinemäßige Intelligenzdiagnostik ermöglicht eine genauere Planung der schulischen und Ausbildungsmaßnahmen und schützt vor all zu anspruchsvollen Therapieangeboten oder chronischen Unterforderungen. Besonders aggressive und impulsive Patienten/-innen haben oft ein sehr unterschiedliches Intelligenzprofil.

Die verringerte Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes hat bei sozial schwachen Familien zum Teil dazu geführt, dass die medizinische Grundversorgung und die kinderärztliche Betreuung vor allem im Jugendalter zurückgegangen sind. In den jugendpsychiatrischen Abteilungen finden sich daher gehäuft Patienten/-innen mit körperlichen Störungen (Achse 4), die noch nicht eingehend diagnostiziert und schon gar nicht behandelt worden sind.

Auf der Achse 5 des MAS wird unter den sogenannten abnormen psychosozialen Umständen das Bestehen und die persönliche Bedeutung von Risikofaktoren für den Einzelfall erarbeitet, die die Entwicklung bedrohen bzw. diese bereits geprägt haben.

Wichtige Risikofaktoren für Kinder und Jugendliche sind:

- psychische Erkrankungen der Eltern,
- Alkoholismus und Drogenkonsum bei den Eltern,



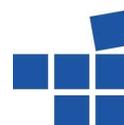
- psychische Erkrankungen von Geschwistern,
- sexueller Missbrauch,
- Migration,
- Gewalterfahrungen,
- verzerrte intrafamiliäre Kommunikation,
- Trennung und Scheidung der Eltern,
- ausweglose Armut.

Die persönlichen Risikofaktoren sind häufig durch psychosoziale oder schulische Maßnahmen besser als durch medizinische Therapie beeinflussbar.

### **Zugangswege in die KJPP**

Mehr als ein Drittel der KJPP-Patienten/-innen kommt als „Selbstmelder/in“ oder direkt über die Eltern, ein weiteres Drittel über die Jugendhilfe mit ihren vielfältigen Angeboten und Trägern und zwanzig Prozent über Fachärzte/-innen und Psychotherapeuten/-innen. Etwa zehn Prozent der Patienten/-innen werden gemäß § 1631 BGB oder seltener nach dem PsychKG untergebracht. Hier stehen die Selbstgefährdung und der schwere Suizidversuch als Gründe für die Unterbringung im Vordergrund.

Die zwangsweise Zuführung in die Psychiatrie, so sinnvoll sie im Einzelfall sein mag, bedeutet stets ein massives Eingreifen in die durch die UN-Kinderrechtskonvention und staatliche Gesetze gesicherte persönliche Freiheit. Wenn möglich, sollte ein Zwangsszenario vermieden werden, was jedoch nicht davon abhalten sollte, im problematischen Einzelfall klar und transparent auch schützende Gewalt anzuwenden. Schnelle, im Bedarfsfall auch kurzfristige und offene Kontaktaufnahmen zwischen KJPP, vor Ort tätiger Polizei und ggf. Jugendhilfe können Situationen entschärfen, vor allem, wenn Unklarheiten über die faktischen Möglichkeiten und personellen Ressourcen der anderen Institutionen bestehen. Verzögerungen auch auf gerichtlicher Seite führen dazu, dass soziale und rechtliche Probleme innerhalb des psychiatrischen Krankenhauses „ausagiert“ werden. Personalmangel und falsche Zuweisungen ausschließlich aggressiv dissozialer Jugendlicher können die Versorgungslage verkomplizieren. Oft sind Polizisten/-innen und Psychiater/innen langfristig betrachtet die „falschen Personen am falschen Ort“. Sie übernehmen aber ganz kurzfristig Verantwortung für unüberschaubare



Gewalt- und vor allem Selbstgefährdungssituationen und damit für das Überleben und die Unversehrtheit von Menschen.

### **Therapeutische Aspekte**

Die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung orientiert sich am Modell des sogenannten multimodalen Therapieansatzes. Auf dem Boden der multiaxialen Diagnostik sind für jeden Einzelfall Schwerpunkte in der Therapie zu setzen, sei es auf psychotherapeutischem, medikamentösem oder sozialpsychiatrischem Gebiet. Begleitende Fachtherapien oder Familientherapie werden je nach Einzelfall eingesetzt.

Die etwas höhere Personaldichte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. PsychPV) und die wesentlich deutlicher notwendige Einbeziehung von Behörden und Angehörigen ermöglichen im Gegensatz zur Erwachsenenversorgungspsychiatrie im Prinzip einen intensiven therapeutischen Gesamtansatz.

Für viele Patienten/-innen ab dem 18. Lebensjahr oder denen, die aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie „herauswachsen“, bedeutet der Übergang in das wesentlich stärker auf Verselbstständigung und Eigenverantwortlichkeit angelegte System der Erwachsenenpsychiatrie und gegebenenfalls der Sozialhilfe eine schwierige Übergangsphase.

Genau in dieser Altersstufe gehen gerade die chronifizierte motivationslosen oder ambivalenten Patienten/-innen der richtigen Versorgung verloren und tauchen erst später bei anderen staatlichen Stellen (Strafbehörden, Job-Centern etc.) wieder auf.

Die nachhaltige Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe ist vor allem für mehrfach auffällige Kinder und Jugendliche zentral. Sowohl auf gesamt Berliner Ebene, bei den bezirklichen Jugendämtern mit ihren jeweiligen Besonderheiten als auch auf der Ebene der Träger der Maßnahmen sind vielfältige Kooperationsbeziehungen zu pflegen, gerade um Übergänge zu gestalten.

### **Risikofaktoren in der Jugend**

Um eine optimale Versorgung der seelisch auffälligen Jugendlichen zu gewährleisten, müssen die entwicklungspsychologischen Aufgaben und die Besonderheiten bei seelischen Störungen Berücksichtigung finden.

In dieser Altersphase scheint die Verselbstständigung und Loslösung vom Elternhaus (oberflächlich betrachtet) häufig bereits abgeschlossen, pubertäre Konflikte sind behoben und der Blick geht eigentlich auf



berufliche Integration, schulische und universitäre Ausbildung und das Finden erster eigener romantischer Liebesbeziehungen.

Gerade bei Patienten/-innen mit chronischen seelischen Erkrankungen aus dem Bereich der Psychosen, des Drogenkonsums, aber auch bei Patienten/-innen mit Angststörungen und Depressionen sowie Impulsivität sind diese typischen Entwicklungsaufgaben deutlich verzögert.

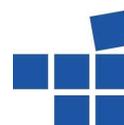
Insbesondere ein frühzeitig beginnender Cannabiskonsum, der sich bei psychisch auffälligen Jugendlichen teilweise bereits ab dem 12. oder 13. Lebensjahr einspielt, gehört in der späteren Jugend so selbstverständlich zu den Konfliktlösungsstrategien, dass ohne einen auf diese Problematik zielenden Therapieansatz die gesamte Behandlungsplanung nicht gelingen kann.

Ein zweiter wichtiger Zugangsbereich in dieser Altersphase ist die gelungene Loslösung vom Elternhaus. Insbesondere agierende und scheinbar die familiären Strukturen „sprengende“ Jugendliche führen letztlich paradoxerweise zu einem hohen Zusammenhalt innerhalb der Familie. Dieser ist allerdings um die problematischen Verhaltensweisen herum gruppiert, wie wir dies beispielsweise bei jungen Opiatabhängigen in der Familientherapie regelmäßig finden.

Bei chronifizierten seelischen Störungen, die bereits im Kindes- oder Jugendalter beginnen, ist andererseits festzustellen, dass ähnlich wie bei chronischen körperlichen Erkrankungen das elterliche Erziehungsverhalten wesentlich offener und weniger stark reglementierend ist als bei normal entwickelten Jugendlichen. Dies führt häufig zu einer innerfamiliären Orientierungslosigkeit und Beliebigkeit, so dass polizeiliche Ordnungsmacht und die dann folgenden pädagogischen Strukturen der Kinder- und Jugendpsychiatrie teilweise der erste Erziehungsansatz mit klaren Konsequenzen sind, die diese Patienten/-innen erfahren.

Hier ist der Übergang zur Jugendhilfe und zu eindeutig pädagogisch strukturierten Maßnahmen klar, oft ist in dieser Altersstufe ohnehin nur eine enge und möglichst unbürokratische Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie möglich.

Ein weiteres Entwicklungshemmnis in dieser Altersstufe ist auf dem Arbeitsmarkt zu sehen. Je nach Situation entsteht bei den Jugendlichen



eindeutig das Gefühl, aufgrund ihrer seelischen Störung, aber auch aufgrund der Gesamtentwicklung des Arbeitsmarktes ohnehin eine geringe Chance zu haben.

Begriffe wie Hartz IV oder Ein-Euro-Jobs tauchen bereits in der Befragung von 12- bis 13-Jährigen als „berufliche Perspektive“ auf. In ihrem sozialen Umfeld finden sie aufgrund von allgemeiner Armut und Arbeitslosigkeit kaum andere Rollenvorbilder. Bestehen dann noch Konzentrationsstörungen, niedrige Intelligenz oder Impulssteuerungsprobleme, ist der Schritt zu dissozialem oder delinquentem Verhalten nicht groß.

Diese chronifizierten psychosozialen Problemstellungen lassen sich durch psychiatrische Maßnahmen allein selbstverständlich nicht beheben, wohl aber durch eine sorgfältige Diagnostik individueller Leistungshemmnisse (z. B. im Bereich der Teilleistungsstörungen oder der Intelligenz) sowie durch eine sorgfältige Diagnostik der in dieser Altersgruppe vorkommenden Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen (z. B. Zappelphilipp-Syndrom) steuern. Durch danach folgende einfache therapeutische Maßnahmen lassen sich die Problemsituationen teilweise deutlich verringern.

#### **Kooperationsfragen in Berlin**

In der Region Berlin mit ihren vielen einzelnen Bezirken und speziellen Traditionen ergeben sich ebenfalls vielfältige Ansätze zur engeren Kooperation im Bereich junger Menschen.

Dies darf sich nicht in der Schaffung sogenannter Spezialstationen in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken oder spezieller Jugendhilfeeinrichtungen erschöpfen, da hiermit nur die Spitze des Eisbergs betrachtet wird und letztlich nur einige wenige höchst problematische Jugendliche versorgt werden. Dennoch besteht ein dringender Bedarf an geschützten Jugendhilfeplätzen mit klar und deutlich strukturierten pädagogischen Konzepten und schulischer Re-Integration, um unnötige Zuweisungen in die KJPP zu vermeiden.

Darüber hinaus bedarf es politisch geförderter und vor allem gewollter – das bedeutet heutzutage immer: klar finanzierter – grundlegender Entscheidungen, die im Sinne einer Lebenszeitvorbeugung chronifizierter Störungen diese Altersphase noch deutlicher in den Vordergrund der Versorgungsplanung stellen.



Es stellt sich in Zeiten notwendigen Ressourcensparens schon die Frage, in welchen Altersstufen interveniert und intensiv auf die Entwicklung eingewirkt werden könnte. Wenn der Prävention unzureichend Geld zur Verfügung gestellt wird, können durch Fehlentwicklungen von Kindern und Jugendlichen andere Personen ebenfalls geschädigt werden. Die Prävention sollte früher und gezielter ansetzen (können).

Die relativ hohe Zahl an Kinder- und Jugendpsychiatern/-innen im niedergelassenen Bereich, die in einigen Bezirken abnehmende, aber immer noch gesicherte Versorgung im erwachsenenpsychiatrischen Bereich sowie die hohe Dichte an Beratungsstellen und die bereits jetzt existierenden Kooperationsstrukturen müssten es eigentlich erleichtern, für diese Altersgruppe verbindlichere Strukturen zu schaffen.

Nachteil einer ausschließlich bezirklichen Versorgungsplanung in Berlin ist die relativ hohe Mobilität Jugendlicher in und mit ihren teilweise instabilen Familien. Die Zuordnung zu einer bestimmten Region im Sinne der sogenannten Sozialraumorientierung mag bei älteren Patienten/-innen mit chronifizierten Störungen, die in stabilen Verhältnissen leben, hilfreich sein und hohe Verbindlichkeit erzeugen. Gerade bei beweglichen Familien oder bei Jugendlichen, die öfter den Wohnsitz wechseln, ist aber dem individuellen Case-Management und der individuellen Betreuung über Institutionsgrenzen hinweg der Vorzug zu geben. Die jugendlichen Patienten/-innen können nicht im Sinne eines falsch verstandenen Verselbstständigungs- und Entwicklungskonzeptes zu Case-Managern/-innen ihrer eigenen Probleme gemacht werden. Dies ist eine falsch verstandene Verantwortungszumessung in dieser schwierigen Entwicklungsphase. Letztlich müssen dann bei Fehlentwicklungen Polizei oder Psychiatrie eingreifen, die jeweils selbst keinen ausreichenden Einfluss auf gesellschaftliche Strömungen haben.

## **Fazit**

Die Altersstufe zwischen 15 und 25 Jahren rückt zunehmend in den Mittelpunkt der psychosozialen Versorgungsplanung, da in dieser schwierigen Übergangszeit seelische Störungen ohne frühzeitige Behandlung und konsequente Weiterbetreuung in einen chronifizierten Zustand übergehen. Die dauernde Verfügbarkeit von Drogen als Ersatzproblemlöser und durch die mangelnde Möglichkeit des ersten Arbeitsmarktes, auf Besonderheiten des Einzelnen einzugehen, stellt hier eine



gesundheits- und sozialpolitische Herausforderung erster Ordnung dar.

Durch die in vielen Regionen beginnende noch engere Kooperation zwischen Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie einerseits, durch die den Entwicklungsgedanken stärker in den Vordergrund stellende Jugendhilfe, die über das 18. Lebensjahr hinaus aktiv wird sowie durch eine die familiären Bedingungen stärker miteinbeziehende Suchtberatung und Drogenhilfe lassen sich hier bezirkliche und regionale Kooperationen schaffen. Diese sind aber auf lange Sicht nur durch politisch gewollte Rahmenbedingungen stabil, wenn sie nicht nur wissenschaftliche oder versorgungsorientierte Modellprojekte bleiben sollen.

Die erhebliche Belastung der Jugendhilfe durch Kostenreduktionsansprüche und durch eine verringerte Betreuungsintensität verschärft noch diese Situation.

In diesem herausfordernden und spannenden Arbeitsfeld sind noch viele Fragen für unsere Berliner Patienten/-innen und Klienten/-innen gemeinsam zu lösen.

## **Abkürzungsverzeichnis**

ICD 10	International Classification of Diseases, 10. Revision
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema
PsychKG	Gesetz für psychisch Kranke
PsychPV	Personaldichte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie



### **Impressum**

Infoblatt Nr. 36  
Dezember 2005  
aktualisiert 2009

### **Herausgeber**

Stiftung SPI  
Sozialpädagogisches Institut Berlin – Walter May  
Rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts, Sitz Berlin.  
Anerkannt durch die Senatsverwaltung für Justiz. Sie unterliegt  
nach dem Berliner Stiftungsgesetz der Stiftungsaufsicht Berlins.  
Der Gerichtsstand der Stiftung ist Berlin.

### **Verantwortlich im Sinne des Pressegesetzes**

Hartmut Brocke, Vorstandsvorsitzender/Direktor  
e-Mail: info@stiftung-spi.de

### **Redaktion**

Stiftung SPI  
Clearingstelle Jugendhilfe/Polizei  
Konstanze Fritsch  
Rheinsberger Straße 76  
10115 Berlin  
Fon: 030.449 01 54  
Fax: 030.449 01 67  
e-Mail: clearingstelle@stiftung-spi.de  
Gefördert durch die Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin

### **Verfasser**

**Ursprüngliche Ausgabe:** Dr. Oliver Bilke, Direktor der Vivantes-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Stefan Willma, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

**Aktualisierte Ausgabe:** Dr. Oliver Bilke, Direktor der Vivantes-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Stefan Willma, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Das Infoblatt erscheint mindestens dreimal im Jahr als Lose-Blatt-Sammlung  
zu Themen aus den Bereichen Recht, Pädagogik, Verwaltungsstrukturen und Polizeiaufgaben.  
Die Vervielfältigung unter Angabe der Quelle ist ausdrücklich erwünscht.

Der in den Infoblättern abgebildete Informationsstand bezieht sich auf das Datum der Herausgabe. Nachträglich bekannt werdende Aktualisierungen können in bereits veröffentlichten Infoblatt-Ausgaben redaktionell nicht berücksichtigt werden.

