

# Schnittstellenfragen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Was leistet die Kinder- und Jugendpsychiatrie und was braucht es  
an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendhilfe?

**Digitales Fachgespräch**

**12.6.2023**

**Prof. Dr. Michael Kölch**

Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik  
und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

# Von wem sprechen wir und welche Sprachen haben wir?

- Historie
  - KJH: „herausforderndes Verhalten“
  - KJPP: „Diagnosen“
- Hohe Überschneidung der Klientel: gerade im Bereich „herausforderndes Verhalten“
- Delinquenz: unscharfer Begriff: von kinder- und jugendtypischem Verhalten bis hin zu „systemsprengendem“ Verhalten
- KJPP und KJH synergistische Systeme
  - bei problematischen Verläufen von Kindern und Jugendliche idealerweise
  - realiter: bei wirklich problematischen Verläufen sind regionale Netze oftmals wenig verfügbar

# Fakten zur KJPP: delinquentes Verhalten allein ist keine Diagnose, aber:

- Oppositionelle Störung/ Störung des Sozialverhaltens
- S3-Leitlinien zur Behandlung (adressieren Entwicklungsverlauf)

## Leitsymptome

### — Störung des Sozialverhaltens

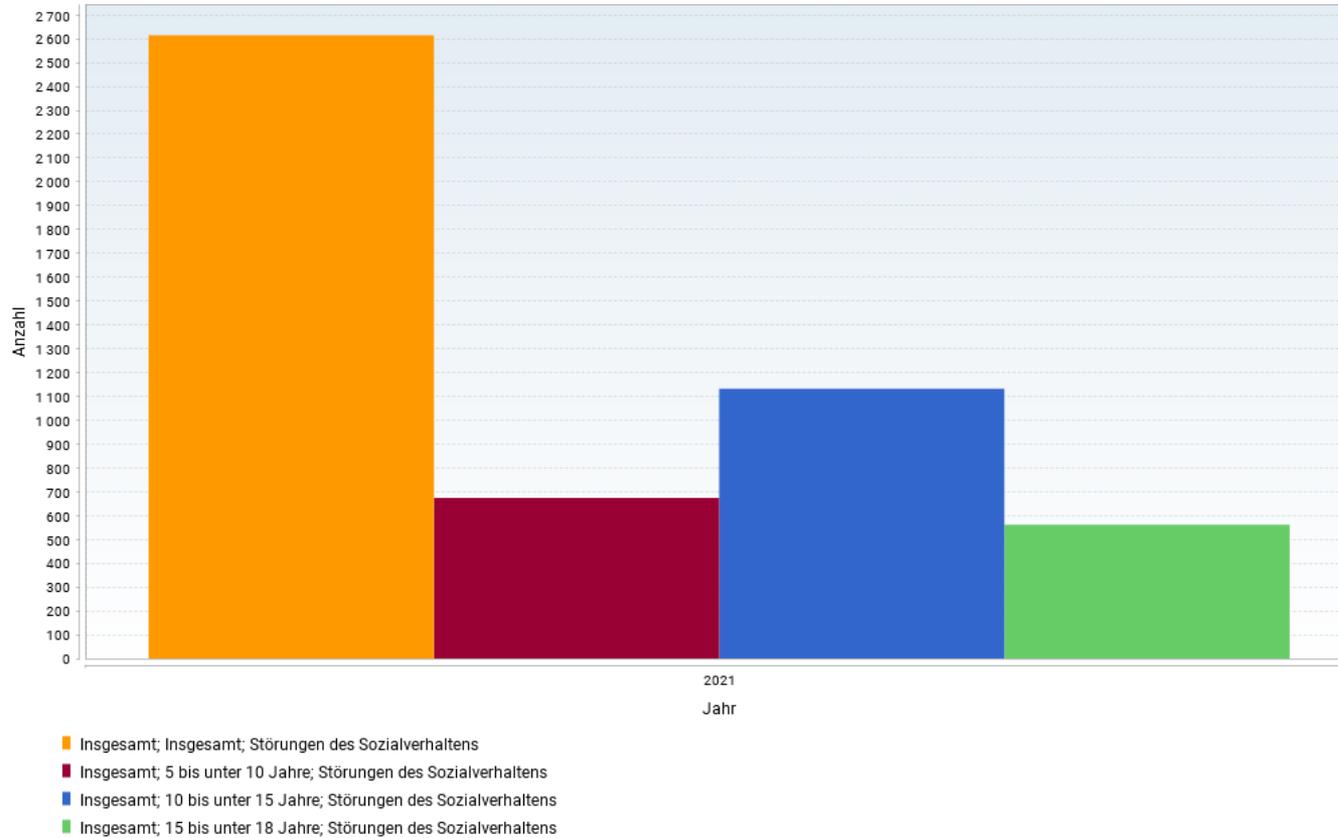
- Deutliches Maß an Ungehorsam, Streiten oder Tyrannisieren
- Ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche
- Grausamkeit gegenüber anderen Menschen oder Tieren (evtl. auch unter Waffengebrauch)
- Erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum
- Zündeln
- Stehlen
- Häufiges Lügen
- Schuleschwänzen
- Weglaufen von zu Hause

### — Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

- Aufsässiges, ungehorsames, feindseliges, provokatives und trotziges Verhalten
- Missachtung von Regeln
- Gezieltes Ärgern anderer
- Mehr gegen Erwachsene als gegen Gleichaltrige gerichtete Verhaltensauffälligkeiten
- Fehlen von schweren dissozialen oder aggressiven Handlungen

# Stationäre Diagnosen KJPP: Störung des Sozialverhaltens

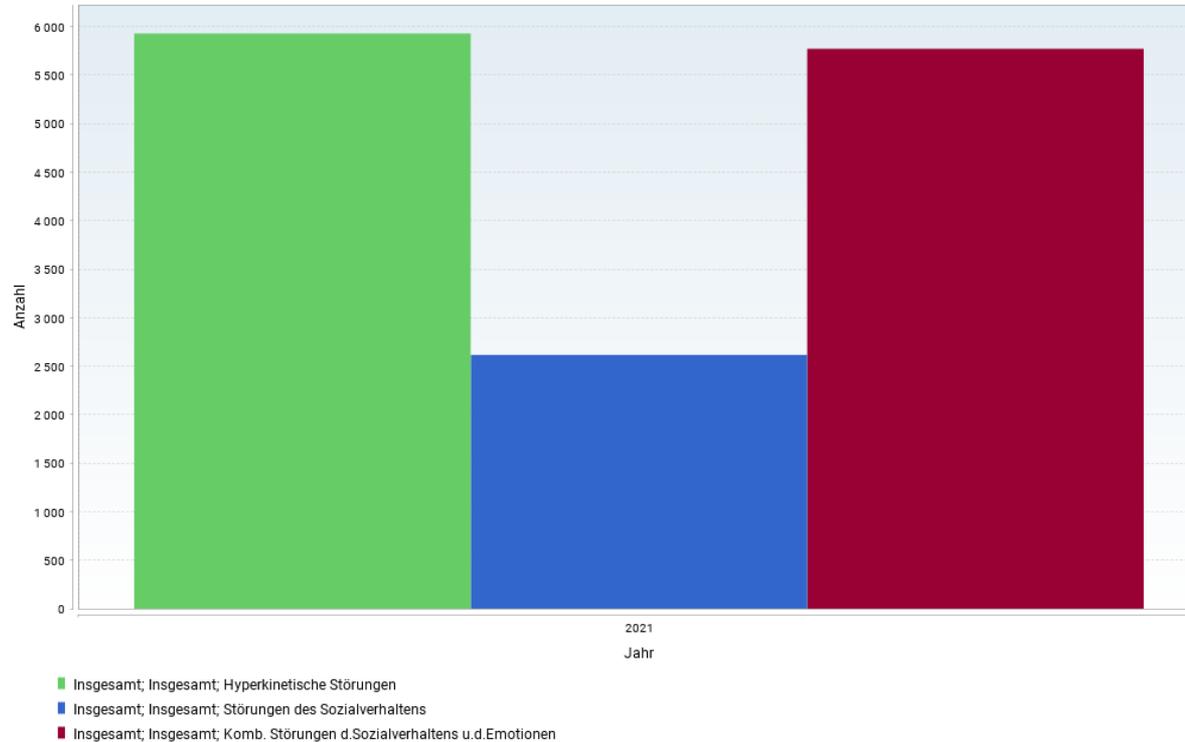
Krankenhauspatienten: Deutschland, Jahre, Geschlecht,  
Altersgruppen, Hauptdiagnose ICD-10 (1-3-Steller Hierarchie)  
Diagnosen der Krankenhauspatienten  
Deutschland  
Entlassene Patienten (Anzahl)



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023 | Stand: 11.06.2023 / 14.24.20

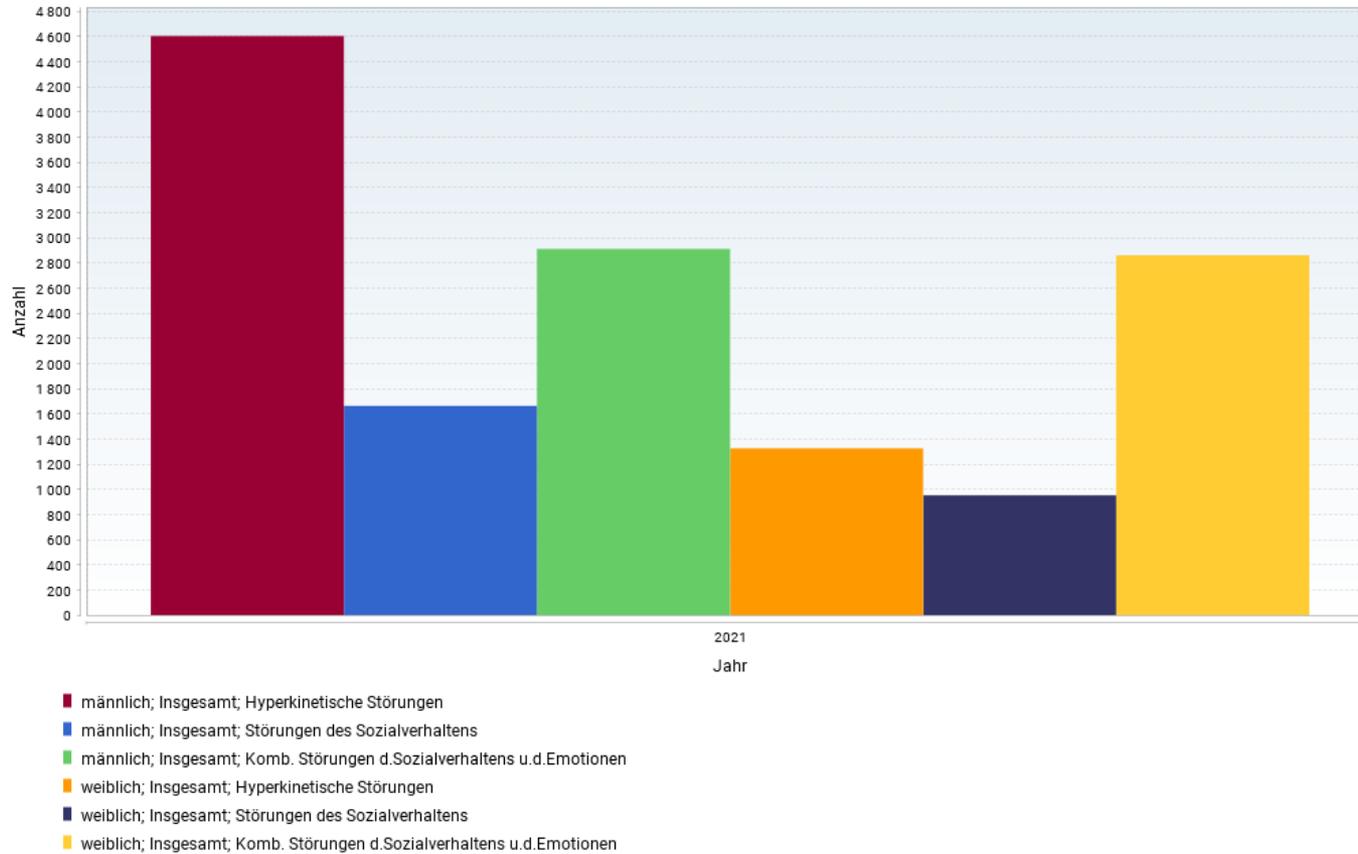
# KJPP stationär: Störung des Sozialverhaltens und Kombinationen

Krankenhauspatienten: Deutschland, Jahre, Geschlecht,  
Altersgruppen, Hauptdiagnose ICD-10 (1-3-Steller Hierarchie)  
Diagnosen der Krankenhauspatienten  
Deutschland  
Entlassene Patienten (Anzahl)



# Differenzierung nach Geschlecht

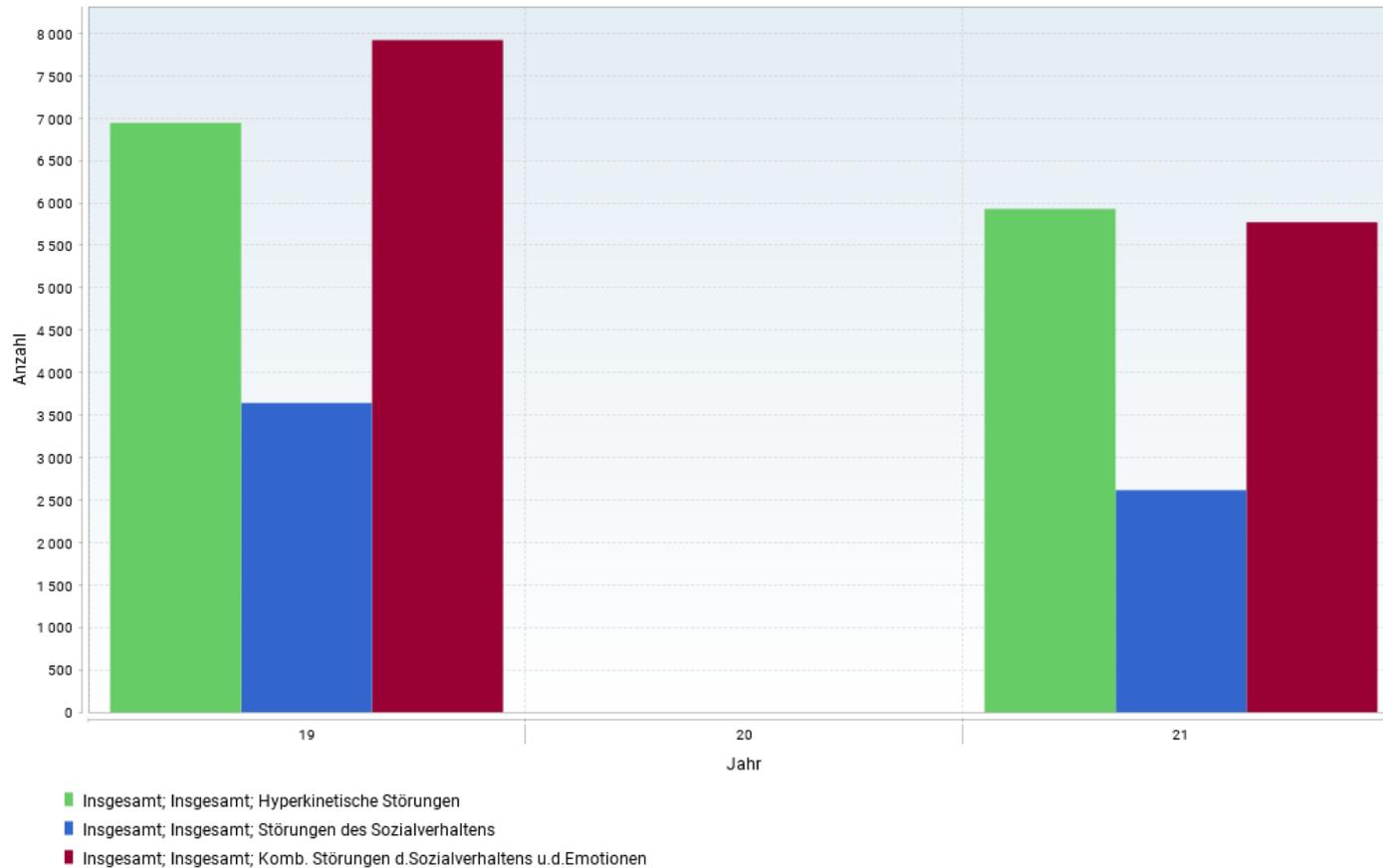
Krankenhauspatienten: Deutschland, Jahre, Geschlecht,  
Altersgruppen, Hauptdiagnose ICD-10 (1-3-Steller Hierarchie)  
Diagnosen der Krankenhauspatienten  
Deutschland  
Entlassene Patienten (Anzahl)



# Effekt Covid-19

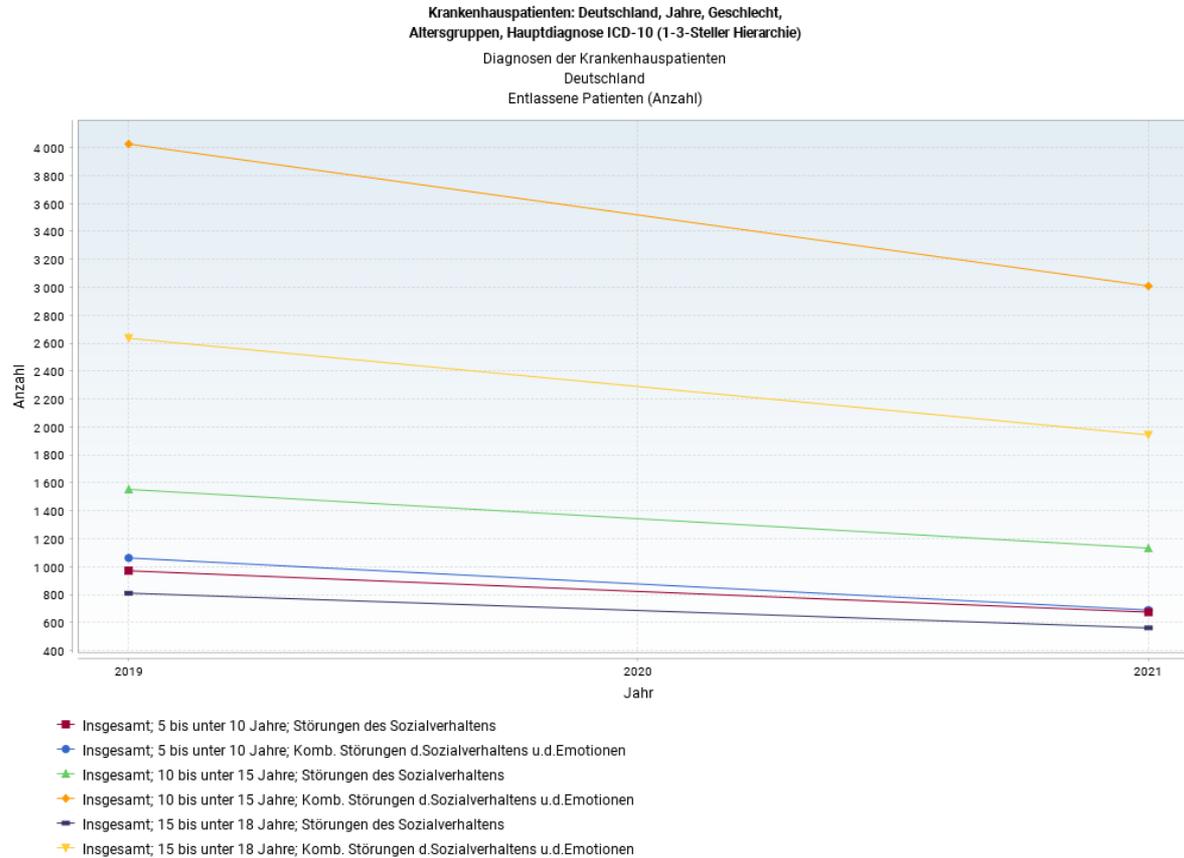
Krankenhauspatienten: Deutschland, Jahre, Geschlecht,  
Altersgruppen, Hauptdiagnose ICD-10 (1-3-Steller Hierarchie)

Diagnosen der Krankenhauspatienten  
Deutschland  
Entlassene Patienten (Anzahl)



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023 | Stand: 11.06.2023 / 14:34:50

# Wer kam nicht mehr in die KJPP?



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023 | Stand: 11.06.2023 / 14.34.50

## §35a SGB VIII

- Gründe für Fremdunterbringungen – **Jugendhilfestatistik §35a SGB VIII**
- Familiäre Probleme und Risikokonstellationen bedingen Unterbringung in KJH Einrichtungen
- Stationäre Maßnahmen als Ergebnis einer Eskalationsstufe?
- Gefahr von Diskontinuität durch Ortswechsel aufgrund KJH Maßnahmen

Grund für die Hilfestellung	2010	2017
Unversorgtheit des jungen Menschen	1,2	1,8
Gefährdung des Kindeswohls	2,8	2,0
Belastung des jungen Menschen durch familiäre Konflikte	8,5	5,3
Unzureichende Förderung/Betreuung/Versorgung des jungen Menschen	5,5	6,1
Belastung des jungen Menschen durch Problemlagen der Eltern	8,1	6,7
Eingeschränkte Erziehungskompetenz	12,3	9,1
Auffälligkeiten im sozialen Verhalten des jungen Menschen	33,8	34,4
Schule/berufliche Probleme des jungen Menschen	55,0	53,7
Entwicklungsauffälligkeiten/seelische Probleme des jungen Menschen	61,1	65,1
N (Fälle) =	19.078	32.811

# Fazit 1

- In der KJPP machen Patient:innen mit Störung des Sozialverhaltens ambulant wie stationär einen relevanten Anteil aus
- Kombination von psychopathologischen Phänomenen sind eher die Regel als die Ausnahme im Kindes- und Jugendalter
- KJPP: Therapie ein Baustein in einem Gesamtkonzept
- Verläufe sind wissenschaftlich gut erforscht

# „ultra high risk“ Gruppe: Kinder in institutioneller Erziehung Ford et al. 2007

Extrem hohe Prävalenz psychiatrischer Diagnosen und Traumavorgeschichte verglichen mit anderen Hochrisikogruppen:

1. 44 – 96 % erfüllen die Diagnosekriterien für mind. eine psychische Störung  
Blower et al., 2004; Ford et al., 2007; Meltzer et al., 2004; Schmid et al., 2008
2. Kinder und Jugendliche in **institutioneller Erziehung**: erhöhte Rate (60-70%) an Traumatisierungen durch Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch  
Richardson & Lelliott, 2003, Hukkanen et al. 2003, Klein et al. 2003, Burns et al., 2004; Ihle et al., 2002

# MAZ.Studie: affektive Dysregulation (Dölitzsch et al. 2016)

**Table 4**  
Proportion of participants with and without DP in regard to suicide ideation, interpersonal traumatic experiences, delinquency and quality of life.

Correlates	N	YSR				CBCL			
		DP (n=20-25)	non-DP (n=292-346)	$\chi^2$	RR	DP (n=37-44)	non-DP (n=275-327)	$\chi^2$	RR
Suicidal ideation (K-SADS)	338	52.2%	20.0%	12.85***	2.61*	47.5%	18.8%	16.83***	2.53*
Interpersonal traumatic experience (K-SADS)	312	64.9%	52.4%	2.05	1.24	80.0%	52.1%	5.88*	1.54*
<b>Delinquency</b>									
Vandalism	367	76.0%	51.2%	5.76*	1.49*	60.5%	51.9%	1.13	1.17
Property offenses	367	88.0%	73.4%	2.61	1.20*	69.8%	75.0%	0.55	0.93
Serious property offenses	367	64.0%	37.1%	7.07**	1.72*	39.5%	38.9%	0.01	1.02
Violent offenses	367	64.0%	49.7%	1.90	1.29	51.2%	50.6%	0.01	1.01
Serious violent offenses	367	40.0%	26.6%	2.10	1.50	20.9%	28.4%	1.06	0.74
Sexual offenses	367	16.0%	5.0%	5.25*	3.22*	2.3%	6.2%	1.04	0.38
Any offense	367	88.0%	82.5%	0.50	1.07	86.0%	82.4%	0.35	1.04
Being a victim	367	88.0%	59.6%	7.92**	1.48*	72.1%	60.2%	2.28	1.20
<b>Areas with deficits in quality of life</b>									
Getting along at school	371	60.0%	33.5%	7.15**	1.79*	47.7%	33.6%	3.37	1.42*
Relations to family members	371	32.0%	28.0%	0.18	1.14	29.5%	28.1%	0.04	1.05
Relations with peers	371	32.0%	14.2%	5.71*	2.26*	13.6%	15.6%	0.12	0.87
Spending time alone (leisure activities)	371	44.0%	24.9%	4.43*	1.77*	31.8%	25.4%	0.83	1.25
Physical health	371	64.0%	30.6%	11.76***	2.09*	40.9%	31.8%	1.46	1.29
Mental state	371	80.0%	51.7%	7.49**	1.55*	65.9%	52.0%	3.02	1.27*
Global state	371	60.0%	35.5%	5.97*	1.69*	47.7%	35.8%	2.37	1.33

Notes: DP=dysregulation profile, RR=relative risk.

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

\*\*\*  $p < 0.001$  (for RR only 95%-CIs are calculated)

## Spezifischer Faktor: Affektive Dysregulation

Gruppe mit höherer Wahrscheinlichkeit einer gemischten Störung, v.a. auch SSV + emotionale Störung und beginnenden Persönlichkeitsstörungen  
höhere Suizidalität  
höherer Anteil mit Traumavorerfahrung  
reduzierter Gesundheitszustand

# MAZ.Studie: Zusammenhang AD, Substanzabusus (SUD) und ACE

(Seker et al. 2021)

Prevalence rates of childhood adversities and levels of impulsive-irresponsible behavior by substance-use disorder among adolescents in residential care.

Characteristic	Child Welfare			Juvenile Justice		
	No SUD n (%)	SUD n (%)	<i>p</i>	No SUD n (%)	SUD n (%)	<i>p</i>
Childhood Adversity						
Sexual Abuse <sup>a</sup>	24 (13)	13 (22)	0.10	0 (0)	2 (5)	0.51
Domestic Violence <sup>a</sup>	57 (30)	28 (48)	0.01*	6 (18)	13 (34)	0.16
Physical Abuse (Within the Home Environment) <sup>a</sup>	38 (20)	30 (52)	<0.001***	4 (12)	15 (39)	0.01*
Victim of Violence (Outside the Home Environment) <sup>a</sup>	22 (12)	12 (21)	0.12	7 (21)	17 (45)	0.04*
Catastrophe/Accident <sup>a</sup>	19 (10)	10 (17)	0.20	4 (12)	11 (29)	0.12
Number of Childhood Adversities <sup>b</sup>	0.90 (1.01)	1.72 (1.31)	<0.001***	0.66 (1.18)	1.66 (1.34)	<0.001***
Impulsive-Irresponsible Behavior <sup>b</sup>	12.01 (2.54)	14.24 (2.46)	<0.001***	11.91 (2.44)	14.21 (1.94)	<0.001***

- Anzahl der ACE erhöht Risiko für SUD
- körperliches Gewalterleben intrafamiliär prädiziert SUD
- aber:
- Impulsives Verhalten/affektive Dysregulation prädiziert SUD stärker als ACE

Regression of associations between substance-use disorders, childhood adversities, and impulsive-irresponsible behavior among child welfare-involved adolescents (n = 286).

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>OR</i>	95% CI	<i>p</i>	Adjusted <i>p</i> <sup>a</sup>
Intercept	-19.34					
Age	0.55	0.15	1.74	1.32, 2.38	<0.001***	0.016
Number of Offenses	0.17	0.07	1.19	1.03, 1.36	0.01*	0.025
Physical Abuse (Within the Home Environment)	0.89	0.61	1.43	0.74, 8.22	0.15	0.05
Number of Childhood Adversities	1.98	1.01	7.24	1.01, 50.49	0.05	0.03
Impulsive-Irresponsible Behavior	0.61	0.15	1.85	1.41, 2.51	<0.001***	0.008
Number of Childhood Adversities × Impulsive-Irresponsible Behavior	-0.13	0.07	0.08	0.77, 1.01	0.08	0.05

# MAZ.Studie Langzeitverlauf: Wer hat ein Risiko für erneute Straffälligkeit?

## Mind. eine Verurteilung nach MAZ.:

24,3% (144): 61.1% (88) vs. 38,9% (56) neue Verurteilungen

**männlich** (28.9%) vs. weiblich (14.7%) **\*\*\* OR=2.4**

	ja	nein	
Verurteilung vor Eintritt Massnahme	40.9%	14,9%	*** OR=4.0
mittel- und schwere Delikte vor Ende MAZ	25.9%	15.8%	* OR=1.9
Risikokonsum Alkohol (A.U.D.I.T)	36.0%	21.4%	** OR=2.1
Konsum illegaler Substanzen (SDS)	31.3%	14.4%	*** OR=2.7
Psychopathologie			
Irgendeine Störung	16,3%	23,1%	n.s.
Kriterien für substanzbezogene Störung aktuell erfüllt	44.4%	20.3%	** OR=3.1
Hyperkinetische Störung	14,3%	21,7%	n.s.
Conduct Disorder	32,1%	19,0%	** OR=2.0

# Prävalenzen psychischer Störungen im jungen Erwachsenenalter (Schmid et al. 2022)

<b>Substanzstörungen (F10-F19)</b>	67 (37.2%)
<b>Psychotische Störungen (F20-F29)</b>	3 (1.7%)
<b>Affektive Störungen (F30-F39)</b>	34 (18.9%)
<b>Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (F43.10)</b>	7 (3.9%)
<b>Angststörungen (F40-F48)</b>	31 (16.7%)
<b>ADHS (F90.*)</b>	36 (20.0%)

## Fazit 2

- In KJH Teilpopulation mit hohem Risiko für starke Teilhabebeeinträchtigung und anhaltenden Problemen im Bereich Delinquenz
- Differenzierte Forschungsergebnisse zu Risikofaktoren, insbesondere frühe Affektregulationsprobleme kombiniert mit Impulsivität zeigen schlechtere Verläufe über das Aufwachsen
- In der Praxis oftmals wenig Transfer von Wissenschaft in Kooperation

# Kooperation in „schwierigen Fällen“

- KJPP „letzte Wiese“?
- „Elegante“ Lösung, um Jugendhilfeplanung nicht mit „ideologischen“ Themen zu belasten?

# Elterliche Gründe für den Wunsch nach FEM

**Tabelle 1.** Von den Eltern benannte Gründe für den Wunsch nach freiheitsentziehenden Maßnahmen

	Verfahren <i>N</i> = 127 (Häufigkeit absolut, %)
Weglaufen/Trebegänger	29 (22.8)
Suizidabsichten/-versuche	33 (26.0)
Substanzmissbrauch (Drogen, Alkohol)	44 (34.6)
Schulabsentismus	24 (18.9)
Verwahrlosung	4 (3.1)
Störungen des Sozialverhaltens	27 (21.3)
Dissoziale Persönlichkeitsentwicklungsstörung/psychotische Symptomatik	22 (17.3)
Delinquenz/Kriminalität	27 (21.3)
Sexuelle Gefährdung	7 (5.5)
Aggressives Verhalten	10 (7.9)

**Anmerkungen.** Mehrfachnennungen möglich, da in den Anträgen eine unterschiedliche Anzahl von Gründen benannt wurde.

# Gründe des Richters für Genehmigung von FEM

**Tabelle 2.** Gründe des Richters für einen Beschluss

	Verfahren zu Mädchen (n = 68)		Verfahren zu Jungen (n = 59)	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verwahrlosung	0.0	0.0	1.0	1.7
Weglaufen/Trebegänger	9.0	13.2	6.0	10.2
Delinquenz/Kriminalität	2.0	2.9	10.0	16.9
Sexuelle Gefährdung	4.0	5.9	2.0	3.4
Sicherung der Beschulung	6.0	8.8	5.0	8.5
Substanzmissbrauch/Sucht	18.0	26.5	22.0	37.3
Fremdaggression	4.0	5.9	5.0	8.5
Seelische Störung/psychotische Symptome	11.0	16.2	13.0	22.0
Depression	0.0	0.0	2.0	3.4
Suizidabsichten/-versuche	15.0	22.1	4.0	6.8
Störungen des Sozialverhaltens	21.0	30.9	16.0	27.1
Mediensucht	0.0	0.0	1.0	1.7

**Anmerkungen.** Mehrfachnennungen möglich, da in den Anträgen eine unterschiedliche Anzahl von Gründen benannt wurde.

# Wo wird untergebracht?

**Tabelle 3.** Art/Ort der Unterbringung nach Erhebungsjahr

Jahr	Einrichtung der Jugendhilfe	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Gesamt
	n	n	N
2008	4	8	12
2009	20	25	45
2010	6	21	27
2011	6	37	43
$\Sigma$	36	91	127

# Spezifische Patientenkonstellationen mit „höherem Risiko“ für FEM in KJP - I

- „Schulvermeidung“: emotionale Störung mit Trennungsangst vs. Störung des Sozialverhaltens
- Essstörungen: mangelnde Krankheitseinsicht bei meist guten kognitiven Funktionen
- Schizophrene und bipolare Patienten: aufgrund der Störung Krankheits- und Behandlungseinsicht beeinträchtigt
- Persönlichkeitsstörungen vom emot.-instab. Typus
- Suizidalität
- Intelligenzminderung und psychische Störungen

# Spezifische Patientenkonstellationen mit „höherem Risiko“ für FEM in KJP - II

- Störung des Sozialverhaltens: „Systemsprenger“
- Substanzabusus mit hohem Gefährdungspotential (z.B. i.v. Heroin) oder mittelbar hohem Gefährdungspotential (z.B. Prostitution um Substanzabusus zu finanzieren)

# Problematische Aspekte von FEM - Medizinische Sicht

## Problemstellung:

- oft eine Zuweisung von durchaus evidenten Problemen von Kindern und Jugendlichen an die Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ( „letzte Wiese“)
- Einweisung in Kliniken mit medizinischer Diagnose, die zwar Anlass, aber im eigentlichen nicht hinreichender Grund für einen längeren Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist (Kölch, Fegert, Berg, Jung 2015).
- „Systemsprenger“: hohes Risiko für Zwangsmaßnahmen in beiden beteiligten Systemen = Delegationsketten
- Störung des Sozialverhaltens und damit verbundene akute oder chronische Eigen- oder Fremdgefährdung machen in Kliniken inzwischen einen Hauptgrund für Notaufnahmen und Unterbringungen nach §1631b BGB aus

# Beschreibung der Klientel: Kinder und Jugendliche mit Delinquenz haben/sind

- komplexen und fachübergreifenden Hilfebedarf
- oft über Jahre chronisch vernachlässigt
- multipel traumatisiert (Kumulation von ACE)
- überwiegend mehrere, parallel bestehende Diagnosen
  - meist ausgeprägte Störungen des Sozialverhaltens,
  - beginnende Persönlichkeitsstörungen
  - Substanzabhängigkeit
  - posttraumatische Belastungsstörungen
- Neben Diagnosen mögliche Ursachen die im multiaxialen Diagnoseschema (MAS) auf der Achse V kodierten psychosozialen Risikofaktoren

# Fazit

- Im Alltag findet bei delinquenten Kindern und Jugendlichen oft eine kooperative Betreuung von KJH und KJP statt
- Hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen mit delinquentem Verhalten und psychischen Störungen (ADHS, depress. Störungen etc.)
- Die KJP stellt sowohl diagnostisch, wie therapeutisch bei der Versorgung von „at-risk“ Kindern/Jugendlichen, aber auch bei delinquenten Kindern/Jugendlichen ihr Portfolio an Maßnahmen bereit
- Cave: undifferenzierte Psychiatrisierung delinquenten Verhaltens
- FEM finden auch in der KJP statt, cave: Ziel!
- Forensische KJP unzureichend bundesweit vorhanden
- Einzeltaten nicht generalisieren
- Lösungen suchen im derzeitigen Rechtsrahmen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik  
und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter  
Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock  
E-Mail: [michael.koelch@med.uni-rostock.de](mailto:michael.koelch@med.uni-rostock.de)