

Vorlage-Nr. 14/2565

öffentlich

Datum: 03.04.2018
Dienststelle: Fachbereich 43
Bearbeitung: Herr Göbel

Landesjugendhilfeausschuss 20.04.2018 Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Besonders schwierige Jugendliche im Spannungsfeld zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kenntnisnahme:

Die Vorlage zum Thema "Besonders schwierige Jugendliche im Spannungsfeld zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie" wird zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2020. nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
---	-----------------------------------

Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
---	-----------------------------------

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

in Vertretung

B a h r - H e d e m a n n

Zusammenfassung:

In der Sitzung des Landesjugendhilfeausschusses Rheinland am 20. April 2018 wird der Leiter des Gesundheitsamtes des Kreises Mettmann, Herr Dr. Rudolf Lange, einen mündlichen Bericht über den kinder- und jugendpsychiatrischen Verbund des Kreises Mettmann abgeben.

Zur Vorbereitung des Vortrags liefert die Vorlage einige erklärende Aspekte.

Die notwendige Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie leidet unter den strukturellen Bedingungen unterschiedlicher Verantwortlichkeiten, die zum Beispiel auch in einer unterschiedlichen Kostenträgerschaft (Krankenkassen bzw. Jugendämter) ihren Ausdruck findet.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Kinder- und Jugendhilfe mit ihren stationären Angeboten nur eine sehr geringe Platzzahl an geeigneten Unterbringungsmöglichkeiten für diese Jugendlichen bereithält. Dies führt in letzter Konsequenz dazu, dass der Jugendliche ständig zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationären Jugendhilfemaßnahmen hin- und hergeschoben wird, weil keine für den Jugendlichen geeigneten Maßnahmen zur Verfügung stehen.

Aufgrund der akuten Selbst- und Fremdgefährdung vieler Jugendlicher wird in manchem Fällen eine zumindest vorübergehende geschlossene Unterbringung als notwendig erachtet. Beim LVR-Landesjugendamt Rheinland liegt zurzeit kein Antrag auf eine Betriebserlaubnis für eine geschlossene Einrichtung vor, so dass auch für die Zukunft zu wenig Plätze für diese Zielgruppe zur Verfügung stehen.

Die geltenden Bedingungen für geschlossene Einrichtungen sind im Rheinland in den Ausführungen zum sogenannten „Rheinischen Modell“ niedergelegt. Das Rheinische Modell beschreibt fakultativ geschlossene Einzelplätze innerhalb einer Gruppe. Einer Einrichtung mit institutioneller Geschlossenheit, d. h., die Unterbringung von Jugendlichen mit Freiheitsentzug in einer Gruppe, wird im Rheinland keine Betriebserlaubnis durch das LVR-Landesjugendamt erteilt. Die Regularien des Rheinischen Modells wurden von der Landschaftsversammlung Rheinland am 11.11.2005 verabschiedet.

Zurzeit begleiten die beiden LVR-Dezernate 4 (Jugend) und 8 (Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen) den Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) der LVR-Klinik Viersen und die im Kreis Viersen ansässigen Jugendämter in ihren Bestrebungen, die oftmals regionalen personenbezogenen Kooperationen zu einer strukturellen Kooperation der Systeme über den Einzelfall hinaus weiter zu entwickeln.

Ziel dieser strukturellen Kooperation ist ein flächendeckendes, kliniknahes Angebot, das sowohl die psychiatrischen als auch die jugendhilfespezifischen Bedarfe professionell abdeckt.

Die Bestrebungen der beteiligten Partner dienen der Sicherung des Kindeswohls und entsprechen damit dem Ziel 10 des LVR-Aktionsplans „Gemeinsam in Vielfalt“.

Begründung der Vorlage Nr. 14/2565:

Besonders schwierige Jugendliche im Spannungsfeld zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Gliederung:	Seite:
1. Definition	2
2. Allgemeine Aspekte der Kooperation	3
3. Sogenannter „Drehtür“-Effekt	4
4. Systemüberforderung sowie freiheitsentziehende Maßnahmen	5
5. Fazit und Ausblick	6
6. Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Verbund des Kreises Mettmann	7

1. Definition

Eine allgemeinverbindliche Definition der Begriffe „schwierige Kinder und Jugendliche“ bzw. „Systemsprenger“ existiert nicht, da es sich um eine sehr heterogene Gruppe handelt. Unter dem Begriff „Systemsprenger“ werden zumeist Jugendliche erfasst, die in komplexen familiären und sozialen Multiproblemlagen aufwachsen und aufgrund von Verhaltensstörungen und abweichenden Lebensstilen in Konflikten mit gesellschaftlichen Regelsystemen stehen, in der Heimerziehung, z. B. in Form heiminterner Gruppenregeln. Eine Folge davon sind regelmäßig drohende oder vollzogene Hilfeabbrüche in betreuenden Einrichtungen.

Andere Begrifflichkeiten, mit denen diese Jugendlichen etikettiert werden, sind „Hochrisiko-Klientel“, „besonders herausfordernde Jugendliche“ oder „verhaltensoriginelle Jugendliche“.

Typische Verhaltensformen für diese Jugendlichen sind

- Autoaggression
- Delinquenz
- häufiges Weglaufen
- hohes Aggressionspotenzial
- Impulskontrollstörung
- massives Vermeidungs- und Verweigerungsverhalten
- Perspektivlosigkeit
- Schulverweigerung
- sexuelle Gefährdung
- Suchtmittelmissbrauch

Erschwerend für eine Annäherung an den Begriff „Systemsprenger“ ist die Tatsache, dass unterschiedliche Verhaltensweisen junger Menschen als abweichend beschrieben werden, die sich – genau wie die dazugehörigen Analysen – im Zeitverlauf unter Bezugnahme auf die jeweiligen gesellschaftlichen Thematisierungen wandeln. Deren Zuschreibung als abweichendes Verhalten ist immer das Ergebnis einer Dynamik, eines Prozesses, der gesellschaftlich überformt ist und damit den jeweils historisch vorherrschenden Wertevorstellungen und Einstellungen unterliegt.

Sowohl im praktischen wie auch im wissenschaftlichen Diskurs existiert ein Einverständnis darüber, dass eine adäquate Hilfe für Systemsprenger nur durch das aktive Zusammenwirken mehrerer Beteiligten erreicht werden kann. In einer Vielzahl von Fällen bezieht sich diese aktive Zusammenarbeit auf die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) einerseits und die stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe andererseits.

2. Allgemeine Aspekte der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPPP) und Kinder- und Jugendhilfe (KJH)

An den Schnittstellen zwischen KJPPP und KJH begegnen sich unterschiedliche Fachkulturen, für deren unterschiedliche Handlungs- und Denkansätze es systemisch-methodische Gründe gibt, die dem jeweils anderen System oftmals fremd erscheinen:

- KJPPP und KJH haben nicht nur einen unterschiedlichen Auftrag, auch der Zugang zu den jeweiligen Leistungen, die Entscheidung über die Leistungsberechtigung sowie die Abrechnungsmodalitäten differieren.
- Für die KJH ist die sozialpädagogische Diagnose zentral. Sie unterscheidet sich wesentlich von der durch die KJPPP durchgeführten (medizinischen) Diagnose, die auf einem festgelegten Klassifikationssystem (ICD-10) basiert. Trotz dieser Unterschiedlichkeit ist beiden gemeinsam, dass sie ein Verstehen der Problemlage des jungen Menschen anstreben und eine Prognose über den anstehenden Entwicklungsverlauf beinhalten.
Der auf der Diagnose beruhende „Behandlungsplan“ der KJPPP und der auf der sozialpädagogischen Diagnose gründende „Hilfeplan“ der KJH wird jeweils anders aufgestellt, überprüft und fortentwickelt. Dabei differiert insbesondere die Beteiligung der jungen Menschen und weiterer Beteiligter.

Zur Entwicklung der gemeinsamen Versorgung in nahezu allen psychosozialen Versorgungssystemen für Kinder und Jugendliche ist in den vergangenen Jahren eine deutliche Steigerung der Bedarfe zu verzeichnen. So ist die Zahl der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsfälle in Deutschland im Jahr 2015 im Vergleich zum Jahr 2000 von knapp 30.000 Fällen auf über 55.000 Fälle um ca. 85 % gestiegen!

Die sich aus diesen Entwicklungen ergebende erhöhte Herausforderung an die interdisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen bildet sich auch in den epidemiologischen Untersuchungen zu dieser Thematik ab. Die Ulmer Heimkinderstudie (Schmid, 2007), in die knapp 600 Kinder und Jugendliche aus stationären Einrichtungen einbezogen wurden, verdeutlicht eine Prävalenzrate mit psychischen Störungen bei stationär untergebrachten Kindern und Jugendlichen von ca. 60 %.

Wie groß der Anteil gemeinsamer Klientel zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe ist, verdeutlicht auch eine repräsentative Untersuchung zum Jugendhilfeanschlussbedarf bei (teil-)stationär behandelten Kindern und Jugendlichen

(Beck, 2015). Die Untersuchung bezog sich auf alle bayerischen Kliniken und Tageskliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Nach dieser Analyse wurden bei fast 47 % aller (teil-)stationär behandelten Kinder und Jugendliche im Anschluss an die klinische Behandlung eine Maßnahme der Jugendhilfe umgesetzt. Den größten Anteil machte dabei mit 20% der Bedarf an einer stationären Jugendhilfemaßnahme in Folge einer (teil-)stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung aus. Dabei handelte es sich nicht immer um Neufälle; zu einem Großteil erfolgte die klinische Behandlung aus einer stationären Jugendhilfemaßnahme heraus. Das bedeutet, dass für viele Kinder und Jugendliche eine stationäre Jugendhilfemaßnahme und eine (teil-)stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung Bestandteile einer psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsabfolge sind.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben sich die Fallzahlen von 1991 bis 2014 fast verdreifacht. Im Vergleich dazu sind die Verweildauern der Patienten erheblich gefallen. Während diese 1991 noch 123 Tage betrug, sank sie 2014 auf nur noch 35,8 Tage (Statistisches Bundesamt 2012 und 2015).

Statistisch signifikant ist auch die starke Zunahme der Eingliederungshilfen für junge Menschen mit einer (drohenden) seelischen Behinderung. Die Fallzahlen für Eingliederungshilfen für junge Menschen mit einer seelischen Behinderung belaufen sich für das Jahr 2014 auf rund 80.800. Zwischen 2008 und 2014 sind Fallzahlen sowie die damit verbundenen Inanspruchnahme-Quoten deutlich gestiegen. Allein die Anzahl der Hilfen pro Jahr hat sich im angegebenen Zeitraum um rund 86 % erhöht. Aus dieser empirischen Tatsache ergibt sich der sogenannte „Drehtür-Effekt“.

3. Der sogenannte „Drehtür-Effekt“

Die Bedingungen für die Einweisung eines Kindes bzw. eines Jugendlichen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie finden sich in § 39 SGB V Krankenhausbehandlung wieder. Dort heißt es:

- (1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Grundsätzlich existiert für die Dauer des Aufenthaltes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie keine zeitliche Begrenzung. Über die Beendigung des Aufenthaltes wegen einer fehlenden Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit entscheidet der Arzt. Häufig sind im Kontext von kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung nicht alle behandlungsrelevanten Probleme gelöst. Sie bedürfen in der Regel nach einer gewissen Verweildauer aber nicht mehr der umfangreichen Behandlung durch ein

psychiatrisches Krankenhaus. Daraus ergibt sich in der Praxis oftmals eine zeitliche Begrenzung des Krankenhausaufenthaltes. Ambulante bzw. teilstationäre Maßnahmen können sich, je nach Lage des Einzelfalls, anschließen. Ergänzende Anschlussmaßnahmen der Jugend- und Eingliederungshilfe sind in vielen Fällen erforderlich.

Zum gesetzlich vorgeschriebenen Bestandteil der Entlassung eines Kindes oder eines Jugendlichen gehört auch ein Entlassmanagement. Das Entlassmanagement ist in § 39 Abs. 1a SGB V beschrieben. Dort heißt es:

Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung.

Inzwischen ist durch eine Vielzahl von Vereinbarungen und Vorgaben das „Entlassmanagement“ konkretisiert.

Wenn die Sorgeberechtigten oder in deren Vertretung ein Vormund für die Zeit nach der Entlassung aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie beim örtlichen Jugendamt einen Antrag auf Hilfen zur Erziehung eingereicht haben, liegt die Verantwortung und Gewährleistung für die weitere Versorgung bei den kommunalen Jugendämtern.

Aus der Praxis der Jugendhilfe sind eine Vielzahl von Fällen bekannt, in denen für die aus der KJPPP entlassenen Jugendlichen keine geeigneten Einrichtungen gefunden werden konnten bzw. die Einrichtungen sich nach einer gewissen Zeit mit dem Jugendlichen überfordert sahen. Da der Jugendliche trotz sozialpädagogischer Intervention weiterhin eine hohe Auffälligkeit aufwies, wendet sich die Kinder- und Jugendhilfe dementsprechend wieder an die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Bitte bzw. Aufforderung, den Jugendlichen wieder stationär aufzunehmen, da er in der KJH „falsch platziert“ sei. Begründet wird die fehlende Passgenauigkeit der Maßnahme immer mit der hohen Selbst- und/oder Fremdgefährdung, die von dem Jugendlichen ausgeht. Damit beginnt ein sogenannter „Drehtür-Effekt“ zu Lasten des Jugendlichen, der mit einer gegenseitigen Zuschreibung der alleinigen Verantwortung für den Jugendlichen zwischen der KJH und KJPPP einhergeht.

Erschwerend kommt oft hinzu, dass sich mit einem Wechsel des Jugendlichen von der KJPPP in das System der KJH auch die Leistungsträgerschaft ändert. Gleiches gilt auch umgekehrt. Verbunden damit ist die Herausforderung an das jeweils leistende Anschlusssystem, für den Einzelfall in kurzer Zeit ausreichend Ressourcen bereitzustellen, was nicht immer problemlos zu leisten ist.

4. Systemüberforderung sowie freiheitsentziehende Maßnahmen

Von den Behandelnden aus der KJPPP wird in Einzelfällen die Empfehlung ausgesprochen, den nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftigen Jugendlichen nach seiner Entlassung (vorerst) in einer freiheitsentziehenden Maßnahme unterzubringen. Freiheitsentziehende Maßnahmen werden in der Kinder- und Jugendhilfe und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kritisch gesehen, in vielen Fällen abgelehnt.

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind in beiden Systemen nur bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung zulässig (§ 1631b BGB) und bedürfen immer einer familiengerichtlichen Entscheidung.

Allgemein gilt, dass freiheitsentziehende Maßnahmen erst nach höchst kritischer Prüfung des Einzelfalls und aller Hilfeoptionen in Freiheit in Betracht zu ziehen sind. Ein wichtiger Gesichtspunkt der Prüfung ist aus Sicht der KJH, welches Setting und wie ein Wahren von Bezugskontinuitäten selbst bei freiheitsentziehenden Maßnahmen gelingen kann. Ein Grundsatz der KJH bei freiheitsentziehenden Maßnahmen besteht darin, den Freiheitsentzug nicht als ein pädagogisches Mittel anzusehen, sondern in ihm eine Voraussetzung zu sehen, mit dem Jugendlichen pädagogisch arbeiten zu können, was sonst bei permanenter Entweichung nicht möglich ist.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAG LJÄ) hat in einem internen Positionspapier 2002 eine knappe Checkliste entwickelt, nach der die Jugendämter im Rahmen der Hilfeplanung prüfen sollen, ob wirklich die Notwendigkeit für eine freiheitsentziehende Maßnahme besteht, das heißt, ob die Verhältnismäßigkeit einer Freiheitsentziehung gewahrt ist:

1. Es gibt kein erzieherisch wirksames Umfeld.
2. Es gibt keine andere Hilfe.
3. Es gibt keine fachliche Alternative.
4. Die freiheitsentziehenden Bedingungen sind notwendig, um pädagogisch einwirken zu können.
5. Im Zentrum steht die pädagogische Beziehung.
6. Freiheitsentziehung ist auf ein Mindestmaß zu beschränken.
7. Es ist die Reduzierung auf den kürzesten Zeitraum anzustreben.

Im Rheinland sind die Voraussetzungen für eine freiheitsentziehende Maßnahme mit dem sogenannten „Rheinischen Modell“ vorgegeben. Das Rheinische Modell beschreibt fakultativ geschlossene Einzelplätze innerhalb einer Gruppe. Einer Einrichtung mit institutioneller Geschlossenheit, d. h., die Unterbringung von Jugendlichen mit Freiheitsentzug in einer Gruppe, wird im Rheinland keine Betriebserlaubnis durch das LVR-Landesjugendamt erteilt.

Die Regularien dazu wurden von der Landschaftsversammlung Rheinland am 11.11.2005 verabschiedet.

5. Fazit und Ausblick:

Die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in der gemeinsamen Versorgung sogenannter Systemsprenger stellt eine Herausforderung dar, die aus der oft regionalen personenbezogenen Kooperation zu einer strukturellen Kooperation der Systeme über den Einzelfall hinaus weiterentwickelt werden muss. Ziel dieser strukturellen Kooperationen ist ein flächendeckendes, kliniknahes Angebot, das sowohl die psychiatrischen als auch die jugendhilfespezifischen Bedarfe professionell abdeckt. Die konkrete Ausgestaltung ist von den Akteuren vor Ort

gemeinsam zu gestalten und reflektiert die regionalen Bedingungen. Wichtigstes Kriterium der Zusammenarbeit ist die gemeinsam getragene Verantwortung für den einzelnen Jugendlichen, in dem Leistungen der Gesundheitsversorgung (SGB V) sowie der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) vernetzt zum Tragen kommen. Zur Umsetzung dieser Kooperationen bedarf es eines pädagogischen Intensivangebotes, entweder in Gruppenform oder als Einzelmaßnahme. Die Zusammenarbeit mit der KJP kann in Form eines ärztlichen Konsiliardienstes stattfinden. Möglich ist aber auch die dauerhafte Einbindung eines Arztes in das gemeinsame Team der Maßnahme. Die ärztlichen Leistungen werden durch die zuständigen Krankenkassen abgerechnet. Ob für diese kooperativen Settings geschlossene bzw. fakultativ geschlossene oder offene Modelle notwendig sind, ergibt sich immer aus dem konkreten Einzelfall und der darauf beruhenden familiengerichtlichen Entscheidung.

Der hohe Bedarf an Versorgungsleistungen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen kann nur dann sichergestellt werden, wenn die bewährten Träger der Erziehungshilfe mit den jeweiligen Kliniken ein entsprechendes Maßnahme-Angebot umsetzen und vorhalten. Das LVR-Landesjugendamt Rheinland steht sowohl den Trägern als auch den Kliniken mit seinem Beratungsangebot jederzeit zur Verfügung.

Dazu ist ein regelmäßiger strukturierter Austausch zwischen den Kooperationspartnern auf regionaler Ebene erforderlich. Empfehlenswert ist die Entwicklung eines Auswertungskonzeptes zur Qualitätssicherung als Grundlage für die regionale Steuerung.

Die LVR-Kliniken in Bedburg, Bonn, Düsseldorf, Essen und Viersen halten Abteilungen für Kinder- Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie vor. Diese Abteilungen haben (verbindliche) Kooperationsformen und Inhalte mit den freien und öffentlichen Trägern der Jugendhilfe entwickelt, die unter anderem durch regelmäßige Gespräche getragen werden. Institutionell verankert sind solche Gespräche zum Beispiel in den gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsgemeinschaften nach § 78 SGB VIII.

Während für die Stadt Essen eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt, wird an den anderen Standorten das gemeinsam getragene Vorgehen durch mündliche Übereinkünfte und ein durch eine lange Praxiserfahrung geprägtes Miteinander bestimmt.

6. Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Verbund des Kreises Mettmann

Mit dem Landespsychiatrieplan aus dem Jahre 2017 fokussiert das zuständige Ministerium auf den zentralen Gedanken in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, dass Aufwachsen, Erziehung, Bildung und Gesundheit nur in Zusammenarbeit verschiedener Beteiligter möglich sind. Dies gilt auch für jene Kinder und Jugendlichen, die wegen ihrer psychischen Störung oder Erkrankung kinder- und jugendpsychiatrische und/oder psychotherapeutische Hilfen benötigen. Dazu ist eine abgestimmte Behandlungs-, Rehabilitations- bzw. Hilfeplanung unter Einbeziehung Kinder bzw. Jugendliche und ihrer Eltern notwendig.

„Kinder- und jugendpsychiatrische Verbände wie im Kreis Mettmann sollten in Anlehnung an den Gemeindepsychiatrischen Verbund in weiteren Regionen aufgebaut werden.“ (MGEPA 2017, Landespsychiatrieplan NRW, S. 41).

Die Herausbildung eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Verbundes im Kreis Mettmann wurde durch ein gefördertes dreijähriges Projekt von 2014 bis 2017 unterstützt.

Im Mai 2017 schuf die Kommunale Konferenz Gesundheit, Alter und Pflege mit dem Papier „Kooperationsverbund für seelische Gesundheit für Kinder und Jugendliche im Kreis Mettmann“ einen kreiseinheitlichen Rahmen für die weitere Umsetzung vor Ort und in einzelnen Gremien.

Konstitutive Merkmale des Verbundes sind unter anderem

- eine kinder- und jugendpsychiatrische Beratungsstelle beim Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) der Kreisverwaltung Mettmann,
- Zusammenarbeit in der PSAG (Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft) für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene des Kreises Mettmann – Koordination dieser PSAG liegt bei beim SpD
- Zusammenarbeit im Arbeitskreis Trauma
- Zusammenarbeit in den Arbeitskreisen „Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“ in allen vier Regionen des Kreises
- verschiedene thematisch bezogene Elemente (Angehörigengruppe, niederschwellige Freizeitangebote) an verschiedenen Standorten des Kreises
- ein sog. „Kleines psychosoziales Adressbuch“ für die Altersgruppen Kinder bis junge Erwachsene
- Kooperation in der Einzelfallarbeit.

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KJPPP) des LVR-Klinikums Düsseldorf ist in die Arbeit der PSAG, den AK Trauma und die regionalen Arbeitskreise „Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“ eingebunden, die Tagesklinik Hilden der Abteilung für KJPPP des LVR-Klinikums Düsseldorf in den entsprechenden Arbeitskreis der Region des Kreises.

Literatur:

Schmid, M. (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa

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

MGEPA 2017, Landespsychiatrieplan NRW

In Vertretung

B a h r – H e d e m a n n