



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

ADHS und Schule

Inklusionsdebatte – Ambivalenzen zum derzeitigen Stand

ADHS Statuskonferenz 8. und 9. 12. 2014, Berlin

J. M. Fegert, Ulm





Offenlegung möglicher Interessenkonflikte

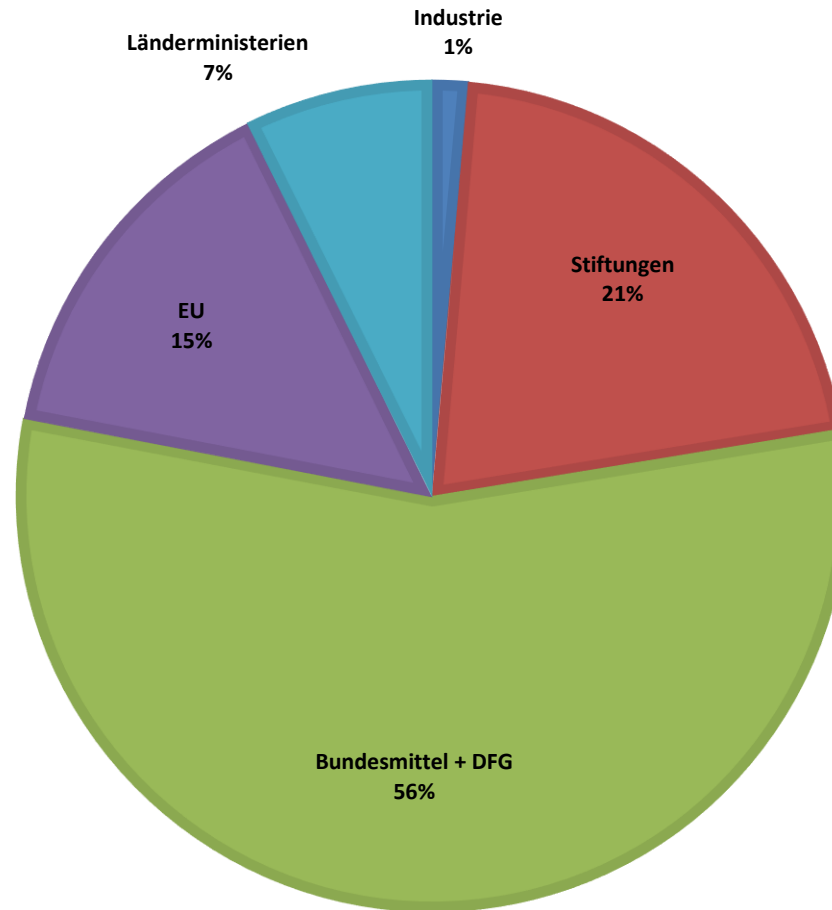
In den letzten 5 Jahren hatte der Autor (Arbeitsgruppenleiter)

- **Forschungsförderung** von EU, DFG, BMG, BMBF, BMFSFJ, Ländersozialministerien, Landesstiftung BaWü, Päpstliche Universität Gregoriana, Caritas, CJD
- **Reisebeihilfen, Vortragshonorare, Veranstaltungs- und Ausbildungs-Sponsoring** von DFG, AACAP, NIMH/NIH, EU, Goethe Institut, Pro Helvetia, **Shire**, Fachverbände und Universitäten sowie Ministerien
- **Keine industriegesponserten Vortragsreihen**, „speakers bureau“
- **Klinische Prüfungen und Beratertätigkeit** für **Servier, BMBF, Lundbeck**
- **Mindestens jährliche Erklärung zu conflicts of interest** gegenüber der DGKJP und AACAP wegen Kommissionsmitgliedschaft
- **Kein Aktienbesitz**, keine Beteiligungen an Pharmafirmen, **Mehrheitseigner 3Li**



Proportionale Verteilung der Geldgeber

DRITTMITTELEINNAHMEN KJPP ULM 2013 NACH GELDGEBER





Gliederung

ADHS wird häufig in der Schule erkannt

Continuum of care

Inklusion im Schulwesen

Beispiel Schulbegleiter

Teil 2 Jugendhilfe

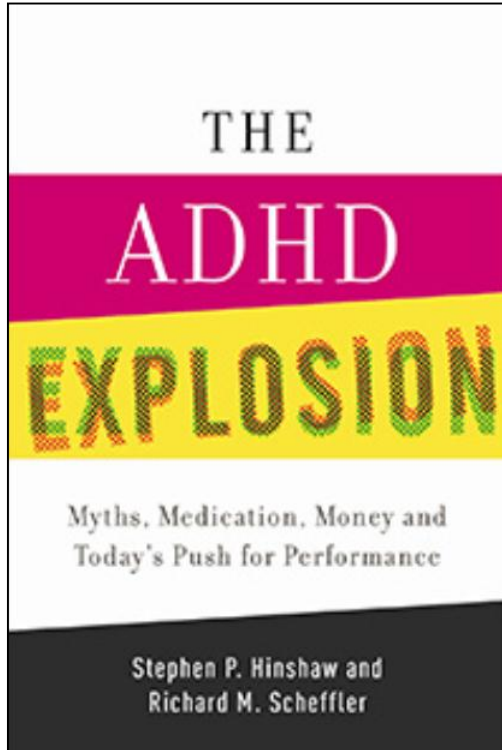


ADHS häufig in der Schule erkannt

- Häufig wird die Vorstellung den Eltern durch Lehrer nahegelegt
- Schulpolitik: G8, Schulischer Leistungsdruck führt je nach Zeitpunkt des Übergangs in die weiterführende Schule zu Vorstellungszunahme
höchste Häufigkeiten bei November- und Dezembergeborenen
- Keine repräsentative Studie zu in der Schule wahrgenommen Häufigkeiten
- Wenig schulbasierte Interventionen



Einflussfaktoren



Definitionskriterien

Behandlungsoptionen

Gesundheitspolitik & Versorgungssystem
– (Arztdichte, Versicherungssystem)

Soziale Schicht

Ethnische Zugehörigkeit

Kulturelle Faktoren

Stigmatisierung, Medien, Werbung

Schulpolitik



Betroffenenverband in den USA gibt ausführliche Informationen zu Schule und schulischen Regulierungen

Register | Login | Donate Sprache auswählen ▼

CHADD
Children and Adults with
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Understanding ADHD | Support | Advocacy | Training & Events | Membership | About CHADD

School and ADHD

- Parents & Caregivers of Children with ADHD
- Symptoms and Causes
- Evaluation and Treatment
- Coexisting Disorders
- School and ADHD**
- Behavior and Social Skills
- Adolescents and Young Adults
- Medication Abuse and Diversion
- Innovative Programs

The Academy at SOAR www.academyatSOAR.org
A private school providing differentiated academic curriculum & adventure based learning for youth with **ADHD and LD.**

ADVERTISEMENT

Kindergarten through 12th Grade



If your child is having trouble in school, where do you start?

Students diagnosed with ADHD may be entitled to classroom accommodations or services if the disorder has a negative impact on academic, social, or behavioral performance at school. A diagnosis does not automatically entitle a student to services or accommodations, however. The resources listed below will provide you with a good background in the services and/or accommodations that may be available to your child. Every public school should also provide parents with information about local procedures and policies governing

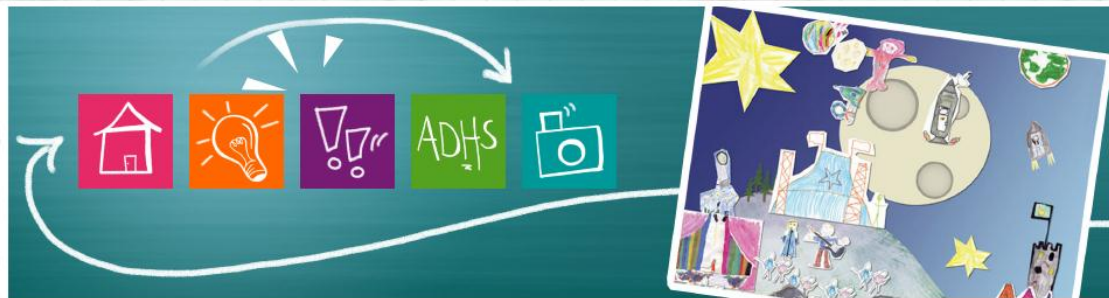
ADHD and support available through the school.

If you have placed your child in a private school, or if your child's school receives no federal funding, you may not have access to many of the services and accommodations offered in public school. But you can still use many of the suggestions in the resources below to develop a plan with your child's teacher and school to provide a more





ADHS und Zukunftsträume



Start ADHS und Schule

Kampagnenraum

Nach den großen Ferien zurück in die Schule zu kommen ist für Kinder mit ADHS eine besondere Herausforderung. Wieder volle Konzentration, neuer Lernstoff, Hausaufgaben, neue Lehrer, die womöglich noch keine Erfahrung mit ADHS haben ...

Aktionsraum

ADHS-Spot
ADHS und Schule
Riesentraumbild
Zukunftspreise
Galerie

Zu Beginn eines Schuljahrs ist der Informations- und Beratungsbedarf von Eltern und Lehrern immer hoch.

Hören Sie hier zwei **Radiobeiträge** zu ADHS in der Schule mit unseren Expertinnen Myriam Menter (ADHS Deutschland) und Simone Fleischmann (Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband).

ADHS-Raum

Im Rahmen einer **Telefonaktion** standen fünf ADHS-Experten für Fragen bereit. In vier Stunden führten sie über 60 Beratungsgespräche. Ausgewählte Fragen und Antworten aus der Telefonaktion finden Sie [hier](#).

Presseraum

Hilfreiche Informationen und Tipps für eine erfolgreiche Schulzeit mit ADHS bietet auch das ADHS Schul- und Lernkit.



ADHS - Zentrum	News	ADHS	Kinder	Jugendliche	junge Erwachsene	Download
Erwachsene	Erzieher(in) Lehrer(in)	§ § Recht	Stellungnahmen	Kritik	Forum	suchen

Literatur & Shop

Empfehlenswerte Bücher und weitere Produkte finden Sie in unserem eigens erstellten Amazon-Shop

[Zum Amazon-Shop](#)

ADHS-Zentrum als App



ADHS bei Kindern

ADHS in der Schule

Kinder mit ADHS, Hyperaktive, fallen grundsätzlich aus der Rolle. Sie bleiben nicht sitzen und treiben den Lehrer mit ihrem Zwischenreden in den nervlichen Wahnsinn. Durch das ständige abgelenkt sein, werden sie den schulischen Anforderungen nicht gerecht. Hefteinträge sind unvollständig oder fehlen ganz. Zettel, auch wichtige Elternbriefe (etc.), verschwinden meist spurlos. Von Konzentration keine Spur – im Unfug treiben jedoch die sprichwörtliche Nr. 1. Chaos im Kopf, so auch die Schultasche. Des öfteren findet man dort Uralt – demnächst lebende – Nahrungsmittel die schlicht vergessen wurden, Hefte die sich in einer "Orangensaftkur" aufgelöst haben. Und Stifte oder Füller in jeder Ecke. Hinzukommt die Impulsivität im Lehrer-Schülergespräch. Das ständige reinrufen und unerwartete Handlungen ausführen. (u.s.w.)

Bei "Hypos" (den Träumern) sieht etwas anders aus. Sie sitzen den Tag in der Schule ab ohne die Aussicht auf Erfolg durch Konzentrationsmangel. Die auffallend unauffälligen Kinder sind für den Lehrer zwar sehr bequem, sie tragen jedoch keine Früchte. Sie träumen, bzw. gehen den Gedanken nach, der ihnen gerade durch den Kopf geht. Auch hier ist die Vergesslichkeit deutlich zu merken. Die Schultasche sieht ähnlich aus, wie beim hyperaktiven Kind. Die Impulsivität sieht man von außen nur selten an, die innerliche Angespanntheit ist beim ersten

Literatur / Anzeigen

ADS - Topfit beim Lernen

Bedienungsanleitung für dein Gehirn
Lernstrategien für jeden Schüler, ganz besonders mit dem Handicap ADS (AufmerksamkeitsdefizitSyndrom), die zum Erfolg führen.

www.amazon.de

Das Erwachsenen-Buch

Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Neu Konzentration- und Organisations Hilfen für Ihr Berufs- und Privatleben
Das Opti-Mind-Konzept für ADS-Erwachsene

www.amazon.de





Schulbasierte Intervention

In den USA erhalten 70 % - 80 % aller Kinder, die Interventionen zur Förderung der seelischen Gesundheit erhalten, diese in der Schule (Hoagwood K. et al. 2001)

Rones, M. und Hoagwood, K. 2000

School-Based Mental Health Services: A Research Review

- 47 Studien zeigen, dass es eine Reihe von Programmen gibt, die positive Einflüsse auf emotionale und Verhaltensprobleme haben
- Keine spezifischen Programme in Bezug auf bestimmte Symptomatik



Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health Services

Kimberly Hoagwood, Ph.D.
Barbara J. Burns, Ph.D.
Laurel Kiser, Ph.D.
Heather Ringeisen, Ph.D.
Sonja K. Schoenwald, Ph.D.

The authors review the status, strength, and quality of evidence-based practice in child and adolescent mental health services. The definitional criteria that have been applied to the evidence base differ considerably across treatments, and these definitions circumscribe the range, depth, and extensionality of the evidence. The authors describe major dimensions that differentiate evidence-based practices for children from those for adults and summarize the status of the scientific literature on a range of service practices. The readiness of the child and adolescent evidence base for large-scale dissemination should be viewed with healthy skepticism until studies of the fit between empirically based treatments and the context of service delivery have been undertaken. Acceleration of the pace at which evidence-based practices can be more readily disseminated will require new models of development of clinical services that consider the practice setting in which the service is ultimately to be delivered. (*Psychiatric Services* 52:1179-1189, 2001)

As is true with any newly popularized term, the term "evidence-based" has an almost intuitive ring of credibility to it. It brings to mind images of tree-lined and stately buildings fronted with Grecian columns and filled with persons wearing white coats, speaking in hushed tones, and offering reassurances. But this ring may be hollow. As Montaigne noted, "Nothing is so firmly believed as what we least know," and as Valery warned, "That which has been delivered by every-

one, always and everywhere, has every chance of being false."

There are as many definitions of what constitutes "evidence" as there are definitions of what constitutes a "service." More important, the use of the term "evidence-based practice" presupposes agreement as to how the evidence was generated, what the evidence means, and how or when the practice can be implemented.

We suggest that before this term becomes a slogan, it may be wise to examine the presuppositions behind

it, acknowledge the limitations of what is sometimes characterized as evidence-based practice, and, in the next generation of services research, attend to implementation issues at the front end.

Much of what passes for research on evidence-based practice in the field of child and adolescent mental health might more aptly be described as clinical treatment efficacy research. In this article we first describe how evidence-based practice is being defined in the field of child and adolescent mental health, the characteristics of children and of services that pose special challenges in creating evidence-based practices, and the state of research evidence for treatments and services. Finally, we explain why healthy skepticism about current evidence-based practices is not unreasonable.

Definitional applications

In the field of children's mental health services research, the term "evidence-based practice" refers to a body of scientific knowledge about service practices—for example, referral, assessment, and case management—or about the impact of clinical treatments or services on the mental health problems of children and adolescents. The knowledge base is created through the application of scientific methods that examine the impact of certain practices on outcomes for the child or adolescent and his or her family. Evidence-based practice is a

2001
Dedicated to
Evidence-
Based
Psychiatry

Dr. Hoagwood and Dr. Ringeisen are affiliated with the National Institute of Mental Health in Bethesda, Maryland. Dr. Burns is with Duke University in Durham, North Carolina. Dr. Kiser is with the University of Maryland in Baltimore. Dr. Schoenwald is with the Medical University of South Carolina in Charleston. Send correspondence to Dr. Hoagwood at the National Institute of Mental Health, 6001 Executive Boulevard, Bethesda, Maryland 20817 (e-mail, kh32p@nih.gov).





School-Based Mental Health Services: A Research Review

Michelle Rones¹ and Kimberly Hoagwood^{2,3}

This paper provides a synthetic review of research on school-based mental health services. Schools play an increasingly important role in providing mental health services to children, yet most school-based programs being provided have no evidence to support their impact. A computerized search of references published between 1985 and 1999 was used to identify studies of school-based mental health services for children. Study inclusion was determined by (i) use of randomized, quasi-experimental, or multiple baseline research design; (ii) inclusion of a control group; (iii) use of standardized outcome measures; and (iv) baseline and postintervention outcome assessment. The application of these criteria yielded a final sample of 47 studies on which this review is based. Results suggest that there are a strong group of school-based mental health programs that have evidence of impact across a range of emotional and behavioral problems. However, there were no programs that specifically targeted particular clinical syndromes. Important features of the implementation process that increase the probability of service sustainability and maintenance were identified. These include (i) consistent program implementation; (ii) inclusion of parents, teachers, or peers; (iii) use of multiple modalities; (iv) integration of program content into general classroom curriculum; and (v) developmentally appropriate program components. Implications of these findings and directions for future research are discussed.

KEY WORDS: schools; children; mental health services; prevention; outcomes; effectiveness; emotional and behavioral disorders.

It is now well documented that, insofar as children receive any mental health services, schools are the major providers (Burns *et al.*, 1995; Costello *et al.*, 1996; Leaf *et al.*, 1996; Zahner, Pawelkiewicz, DeFrancesco, & Adnopo, 1992). However, precisely what is provided by schools under the rubric of mental health services and whether those services are effective is largely unknown. The inattention in the scientific literature, even at a descriptive level, to identifying types, intensities, dose, or quality of preventive or treatment services in schools is surprising when one considers the quantity of rigorous educational science on topics such as learning disabilities, cognitive curriculum, and the development of psychological tests and strategies. In fact, given the dis-

proportion of educational expenditures for children who meet criteria for having emotional disorders (Parish, 1996), it is surprising that so little attention has been given to the effectiveness of school programs targeted toward prevention, reduction, or treatment of mental health problems.

Until recently, it would have been difficult to describe in any detail school-based mental health services, because basic instruments were lacking. However, since 1994, three major instruments that assess mental health services across a variety of settings, including schools, have been developed, tested, and applied in both community epidemiologic studies and clinical trials.

The availability of these instruments in concert with household-based psychiatric interviews has generated growing national awareness of the levels of unmet need for mental health services for children in this country (Costello *et al.*, 1996; Shaffer *et al.*, 1996). These data indicate that although one-fifth of children in the United States have a diagnosable

¹George Washington University.

²National Institute of Mental Health, Bethesda, MD 20817.

³The article represents the opinions of the authors only and should not be construed as official or as necessarily reflecting the views of the National Institute of Mental Health or the National Institutes of Health.





[Display Settings:](#) Abstract

[Send to:](#)

Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014 Oct;23(4):687-97. doi: 10.1016/j.chc.2014.05.003. Epub 2014 Aug 1.

School-based interventions for elementary school students with ADHD.

DuPaul GJ¹, Gormley MJ², Laracy SD².

Author information

Abstract

Children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) experience significant difficulties with behavior, social functioning, and academic performance in elementary school classrooms. Although psychotropic medication may enhance classroom behavior, pharmacologic treatment is rarely sufficient in addressing the many challenges encountered by individuals with ADHD in school settings. This article describes 3 evidence-based strategies including behavioral, academic, and self-regulation interventions. Future directions for research on school-based interventions are discussed.

Copyright © 2014 Elsevier Inc. All rights reserved.

KEYWORDS: Academic intervention; Attention-deficit/hyperactivity disorder; Behavioral intervention; Elementary school; Self-regulation intervention



Abstract

Send to: 


n 21. [Epub ahead of print]

School-Based ADHD Interventions: A Mixed-Methods Study of Perceptions of Adolescents and

ngberg M, Gagnon JC, Mason DM, Ellison A, Noquchi K, Garvan CW, Albarracin D.

known about perceptions surrounding academic interventions for ADHD that determine intervention feasibility. Method: As part of a methods research project, representative school district samples of 148 adolescents (54.8%), 161 parents (59.4%), 122 teachers care providers (53.5%), and 92 school health professionals (65.7%) completed a cross-sectional survey. They also answered ns addressing undesirable intervention effects, which were analyzed using grounded theory methods. Results: Adolescents ntly lower receptivity toward academic interventions than adult respondents. Stigma emerged as a significant threat to ADHD ty, as did perceptions that individualized interventions foster inequality. Conclusion: Findings suggest that adolescents' viewpoints n intervention development to enhance feasibility and avoid interventions acceptable to adults, but resisted by adolescents. (J. of XX-XX).



ed - as supplied by publisher]

resources 

ions

[PubMed Commons home](#)[How to join PubMed Commons](#)

Save items

 Add to Favorites 

Related citations in PubMed

Willingness to use ADHD treatment methods study of perception [Soc

The Impact of Coexisting Emotional Problems on Family Functi [J Att

A process for developing community regarding the diagnosis and ma [P

Review Parent training intervention Deficit Hype [Cochrane Database :


Review Knowledge and attitudes : attention-deficit/hype [Curr Psychi

Related information

Related Citations

MedGen

Recent Activity

 Feasibility of School-Based A Interventions: A Mixed-Metho



Schulbasierte kinde- und jugendpsychiatrische Interventionen

Die Autorinnen Rones und Hoagwood (2000) beschreiben fünf Erfolgsgeheimnisse:

1. Konsistente Implementation des Programms
2. Beteiligung von Eltern, Lehrern und/oder Gleichaltrigen
3. Multiple Behandlungsmodalitäten
4. Programminhalte werden in die Routine im Klassenzimmer integriert
5. Programme sind entwicklungspsychologisch für die entsprechende Altersstufe angepasst



- Praxis oder Ambulanz (Institutsambulanz)
- Intensives Case Management (kombinierte psychiatrische, medizinische, rechtliche und soziale Hilfen) community based und school based
- Home-based/ school based treatment services
- Family support services
- day treatment program
- Tagesklinik = partial hospitalisation
- Emergency/Crisis services
- Hospital treatment (Vollstationäre Behandlung)



Intentionen von Modellvorhaben nach § 64 b SGB V

- Verbesserung der Patientenversorgung
- Sektorübergreifende Leistungserbringung
- **Komplexe psychiatrische Behandlung im natürlichen Umfeld**
- Besondere Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1. Derzeit deutschlandweit nur 2 Modellvorhaben als „Anhängsel“ in erwachsenenpsychiatrischen Einrichtungen



Nur 2 sog. Modelle entstehen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bis heute im Rahmen der PEPP Einführung

Modellparagraph § 64b SGB V sah die Entwicklung von Modellen in jedem Bundesland, unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor.

§ 64b SGB V Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

(1) *Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. **In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden.** Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. § 63 Absatz 3 ist für Modellvorhaben nach Satz 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass von den Vorgaben der §§ 295, 300, 301 und 302 sowie des § 17d Absatz 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht abgewichen werden darf. § 63 Absatz 5 Satz 1 gilt nicht. Die Meldung nach Absatz 3 Satz 2 hat vor der Vereinbarung zu erfolgen.*

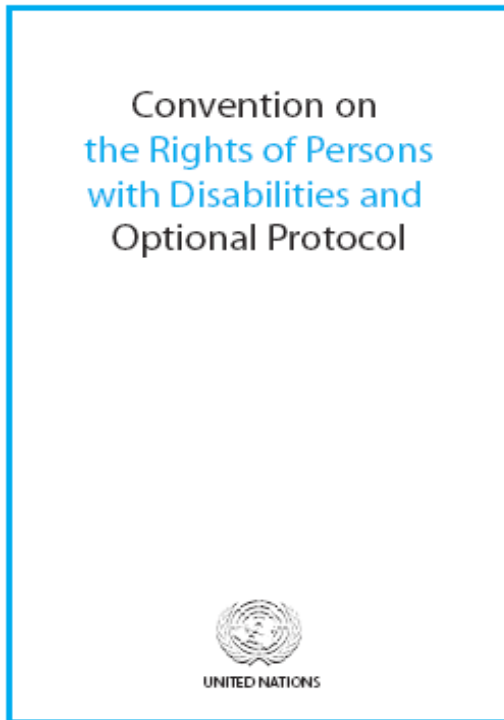
- **konstruiert als Bestandswahrungsklausel**
- **Keine (hinreichende) Grundlage für die Entstehung und Evaluation von Modellen**



UN-Behindertenrechtskonvention

Übereinkommen und Zusatzprotokoll am 13. Dezember 2006 in New York verabschiedet

- 3. Mai 2008 nach Ratifizierung durch 20 Vertragsstaaten in Kraft getreten. Alle EU-Mitgliedsstaaten bis auf Lettland haben die Konvention ratifiziert, 16 das Zusatzprotokoll unterzeichnet



- UN-Behindertenrechtskonvention ist 2 Jahre nach Unterzeichnung am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft getreten





Integration versus Inklusion

Artikel 3 UN-Behindertenrechtskonvention „volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“,

Diversity Ansatz: *„Achtung der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderung und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit“*



Band 4 Materialien zum 10. Kinder- und Jugendbericht

Jörg M. Fegert
Theo Frühauf

INTEGRATION VON KINDERN MIT BEHINDERUNGEN

Seelische, geistige und körperliche Behinderung



DJI Deutsches Jugendinstitut





Artikel 7 „Children with disabilities“

1. Vertragsstaaten ergreifen notwendige Maßnahmen, um Kindern mit Behinderungen alle Menschenrechte und fundamentalen Freiheiten auf gleicher Basis mit anderen Kindern zu garantieren.
- 2. Kindeswohlmaxime als genereller Maßstab („The best interests of the child shall be a primary consideration“)**
3. Partizipation bei Entscheidungen



^
Klicken Sie auf "Werkzeuge", um PDF-Dokumente in Word- oder Excel-Dateien zu konvertieren.

Inklusion in Deutschland – eine bildungsstatistische Analyse

Prof. em. Dr. Klaus Klemm
Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung



| BertelsmannStiftung

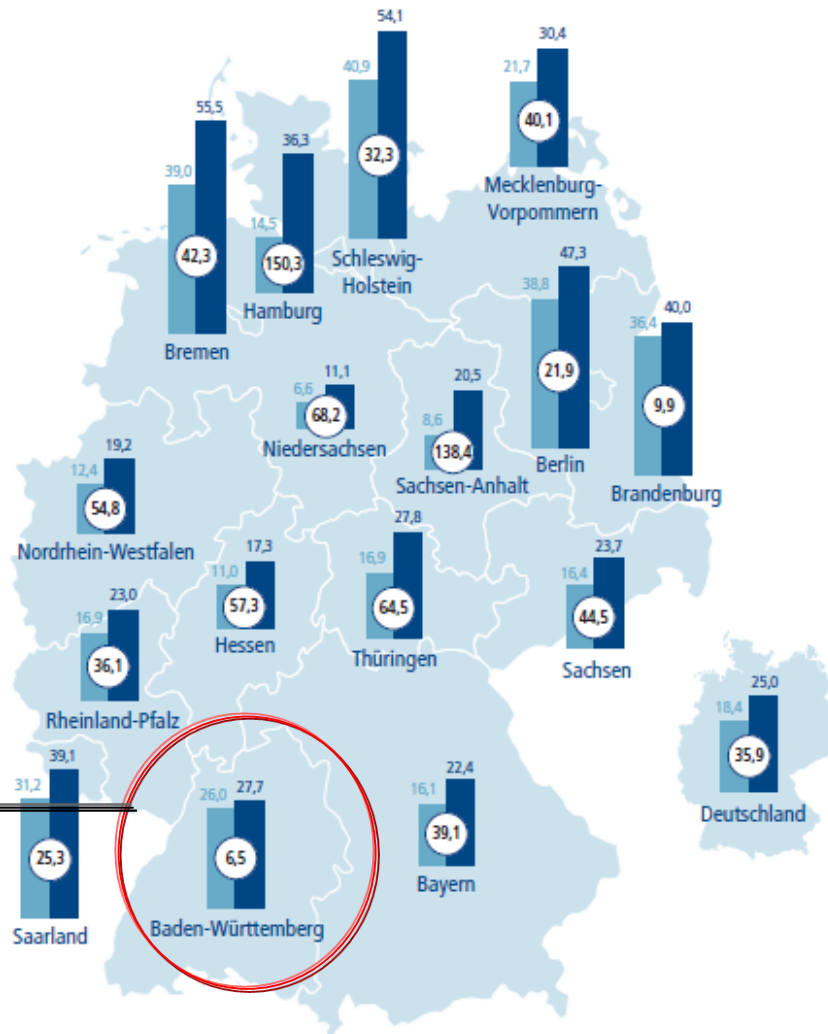




Inklusionsanteile im Ländervergleich - 2008/2009 und 2011/2012

Bundesdurchschnitt:
2008/2009: 18,4%
2011/2012: 25,0%

2008/2009: 26,0%
2011/2012: 27,7%



Inklusionsanteile: ■ 2008/09 ■ 2011/12 (%) Steigerung

Quellen: Berechnungen durch Klaus Klemm auf der Grundlage von: KMK 2012a, KMK 2012b, KMK 2012c, KMK 2012d sowie KMK 2010.

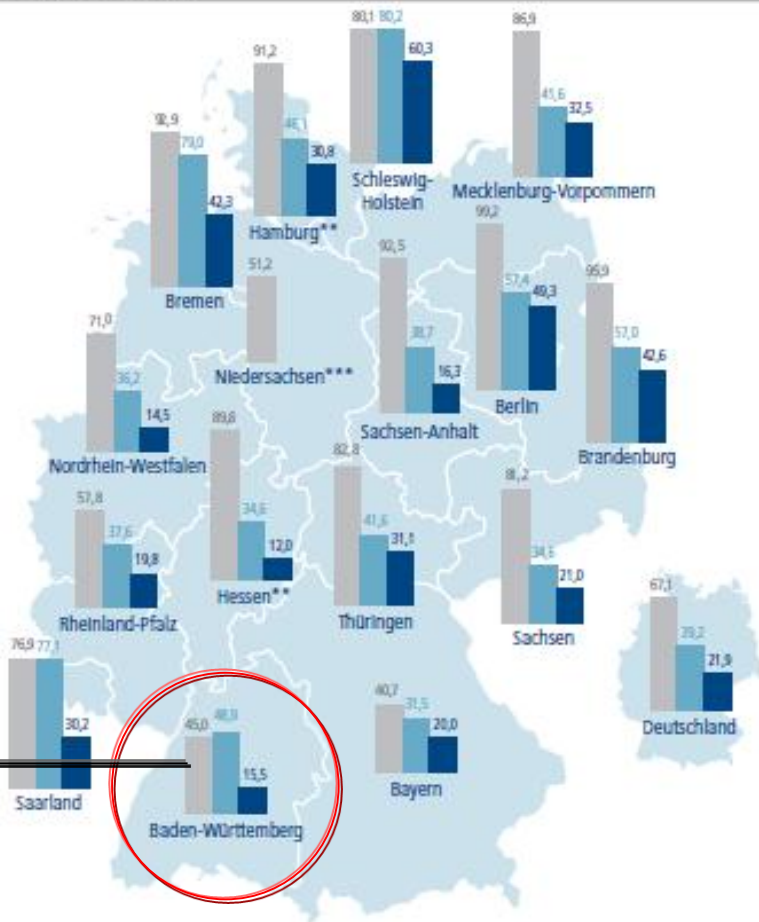
BertelsmannStiftung





Inklusion in den Bildungstufen im Ländervergleich 2011/2012

Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Förderbedarf, die inklusive Kindertageseinrichtungen oder Schulen besuchen, an allen Kindern und Jugendlichen mit Förderbedarf, Angaben in Prozent



Grundschule: 48,9%
Sekundarstufe I: 15,5%

Bildungsstufen: Kindertagesbetreuung Grundschule Sekundarstufe I

* Die Inklusionsanteile für den schulischen Bereich sind den Angaben des Statistischen Bundesamts entnommen, da die Zahlen der KMK die Unterschiede zw. Grundschulen und der Sekundarstufe I nicht ausweisen. Die Angaben des Statistischen Bundesamts enthalten aber nicht die Anzahl der Schüler im Förderbereich Geistige Entwicklung.
 ** In Hessen und Hamburg einschließlich Vorschule.
 *** In Niedersachsen wurden die Daten nicht schularten- und schulstufenspezifisch ausgewiesen.

Quellen: Berechnungen durch Klaus Klamm auf der Grundlage von: KMK 2012a, KMK 2012b sowie Statistisches Bundesamt 2012.





Inklusion zwischen Ideal und Wirklichkeit

- „kalte Inklusion“ → zu wenig Mittel zur Förderung von Kindern in inklusiven Settings ; administrative Entscheidung für Inklusion ohne hinreichenden Mitteleinsatz
- Biographische Brüche und „Inklusionsopfer“ → mit zunehmendem Alter nimmt Inklusionsquote ab (von inklusiver KITA über Regelgrundschule in spezialisierte Förderschule)
- „Ressourcen-Etikettierungs-Dilemma“ → um Förderung zu bekommen, werden vermehrt Kinder diagnostiziert und „gelabelt“
- Um Inklusion durchzusetzen wird Diagnostik verhindert
- Förderdeputate können aufgrund von Personalmangel nicht ausgeschöpft werden



Verändertes Umfeld Schule: Inklusionsdebatte macht Druck auf Jugendhilfe und Gesundheitswesen

JAMt

DAS JUGENDAMT

Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht

Schwerpunkt:
Eingliederungshilfe
und Inklusion

Aus dem Inhalt

*Gerd Künzel/
Klaus Peter Lohest* Paradigmenwechsel: Von einer fürsorglichen zur emanzipatorischen Eingliederungshilfe

*Ziegenhain/Meysen/
Fegert* Schulbegleitung: Eine Leistung zwischen Integration, Sonderstatus und Ausfallbürgschaft

*Honn/Fangerau/
Fegert* Verhaltendes Engagement der Jugendhilfe: Betrifft Inklusion etwa nur das Schulwesen?

*Hijlfer/Chodan/
Fegert* „Inklusion“ – internationale Trends und Erfahrungen mit inklusiver Beschulung und notwendiger Unterstützung

DJuF-Rechtsgutachten Leistung von Integrationshelfern für seelisch behinderte Kinder bei Hortbetreuung, Ferienbetreuung oA

Bei Auskunftserteilung des Unterhaltspflichtigen absichtlich verschwiegenes Rente aus privater Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

OLG Köln Formularzwang im vereinfachten Unterhaltsverfahren

OLG Stuttgart Erfüllungseinwand im vereinfachten Unterhaltsverfahren

VG Frankfurt aM Kein Nachrang der Hilfe für eine junge Volljährige mit geistiger und körperlicher Behinderung in einer Pflegefamilie (§ 41 SGB VIII) gegenüber der Eingliederungshilfe nach SGB XII

10
2012

S. 093 – 556
Oktober 2012
85. Jahrgang
ISSN 1867-6723

DEUTSCHES INSTITUT
FÜR JUGENDHILFE UND
FAMILIENRECHT e. V.

JAMt





Schulbegleiter

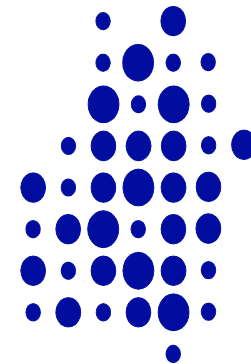
Schulbegleiter helfen bei:

- Verhaltensauffälligkeiten,
- Kommunikation im Unterricht
- Vernetzung zwischen Eltern und Schule
- der Alltagsbewältigung (Arbeitsstrukturierung)
- Lernhilfe (wobei sie keine Hilfslehrer sind!)
- notwendiger Pflege und medizinischer Versorgung (vor allem bei Körperbehinderungen)
- Stress- und Emotionsregulation



**Baden-
Württemberg
Stiftung**

WIR STIFTEN ZUKUNFT





Rechtsanspruch

- Rechtsanspruch durch
 - §54 SGB XII (Eingliederungshilfe bei körperlichen-, geistigen- oder Sinnesbehinderungen) und
 - §35a SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe bei seelischen Erkrankungen)
- generelle Voraussetzung für Gewährung eines Schulbegleiters ist die Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung



Unterschiedliche Leistungsgrundlagen und Anstellungsverhältnisse

Finanzierung

bisher:

unterschiedliche Kostenträger
subsidiär: Sozialrecht, Jugendhilferecht
Krankenkasse

in der Zukunft?

Land
Schulrecht
„alles aus einer Hand?“

Unterschiedliche Anstellungsverhältnisse:

Persönliches Budget	Freie Träger	Kommune
Eltern suchen SB, kann Schwierigkeiten in Kooperation mit Schule und öffentlichem Träger geben	- scheuen sich zum Teil vor Anstellungen: - Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers nach Beendigung der Maßnahme?	- übernehmen ungern die Arbeitgeberrolle:

- Ausgaben für Lohnnebenkosten
- Schwierigkeiten geeignetes Personal zu finden, da Stundensätze oft sehr gering → keine landesweite Regelung/ Richtlinie
- keine Richtlinien zu Ausbildung oder Qualifikation von Schulbegleitung



Originalarbeit

Schulbegleiter als Unterstützung von Inklusion im Schulwesen

Erhebung zur gegenwärtigen Situation von Schulbegleitern in Baden-Württemberg

Katharina Henn, Leonore Thurn, Tanja Besier,
Anne K. Künster, Jörg M. Fegert und Ute Ziegenhain

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Abstract. Im Rahmen von inklusiver Beschulung werden in Deutschland immer mehr Schulbegleiter für Kinder mit Beeinträchtigungen eingesetzt, ohne dass jedoch allgemeine Konzeptualisierungen existieren oder Daten zur Beschreibung des Aufgabenfeldes vorliegen. Es wird eine landesweite empirische Untersuchung vorgestellt, die Informationen über den beruflichen Hintergrund, die Qualifizierung und die alltäglichen Aufgaben der Schulbegleiter in Baden-Württemberg präsentiert und versucht, die Gruppe der betreuten Kinder zu beschreiben. Es wurden Daten von knapp 50 % aller allgemein bildenden Schulen Baden-Württembergs erhoben und 526 Schulbegleiter schriftlich zu ihrer Arbeit befragt. Die von ihnen betreuten Kinder waren zwischen 6 und 19 Jahren alt ($M = 10.4$) und hatten in knapp drei Viertel aller Fälle eine seelische Behinderung (häufigste Angabe: Autismus 59.4 %). Das vielfältige Aufgabenspektrum umfasste neben der praktischen Unterstützung im Unterricht auch die Aktivierung des Schülers und seine Unterstützung im Umgang mit Stressoren, Emotionen und Konflikten. Schulbegleiter können einen wichtigen Beitrag zur Inklusion behinderter Kinder leisten. Dabei benötigen sie eine ausreichende Qualifizierung und Handlungskompetenzen im Umgang mit den unterschiedlichsten Herausforderungen, die sich im Zuge der Beeinträchtigung der Kinder stellt. Kinder- und Jugendpsychiater sollten neben der Hilfeplanung auch im Verlauf involviert bleiben, um die tatsächliche Umsetzung zu überprüfen und die emotionale Situation der inkludierten Kinder mit seelischer Behinderung im Blick zu behalten.

Schlüsselwörter: Schulbegleiter, Schulassistenz, Integrationshelfer, Inklusion, Schule

Abstract. *School escorts in inclusive education – the current situation in the state of Baden-Württemberg*

In the context of inclusive education, so-called «Schulbegleiter» (school escorts) have been installed to assist children with special needs. However, adequate conceptions of their role are lacking, and no provisions exist describing the exact tasks and duties of these school escorts. This article presents data on a statewide empirical study and provides information on the professional background, qualifications, and assignments of such escorts as well as the nature of the assisted children in the German state of Baden-Württemberg. The data were collected in nearly 50 % of all schools providing general education in Baden-Württemberg, and a total of 526 school escorts completed a questionnaire on their work. Children with special needs who received such assistance were aged 6 to 19 years ($M = 10.4$) and had a mental disorder in nearly three-fourths of all cases, with autism spectrum disorders being most common (59.4 %). The most frequent assignments of the escorts were providing practical assistance during classes and mobilizing the child as well as providing direct support in emotionally challenging situations. Such escorts can make a significant contribution to the inclusive education of disabled children. They do, however, need an adequate qualification and practical competences to meet the diverse challenges of children with special needs. Child and adolescent psychiatrists are supposed to stay involved in the process, not only by planning interventions, but also during the course of inclusive education itself. Thus, the emotional situation and adjustment of included children with mental disorders over time must be monitored adequately.

Keywords: school escorts, inclusive education, children with special needs, disabilities





Befragung aller allgemein bildenden Schulen in Baden-Württemberg

Onlinebefragung von insgesamt **3.553** Schulen

- Anzahl der eingesetzten (SB)
- Einsatzort (Schulart, Klassenstufe) der SB

Rückantwort (per Mail, Fax, postalisch oder telefonisch)
erhalten von **1.696 (47,7%)** Schulen

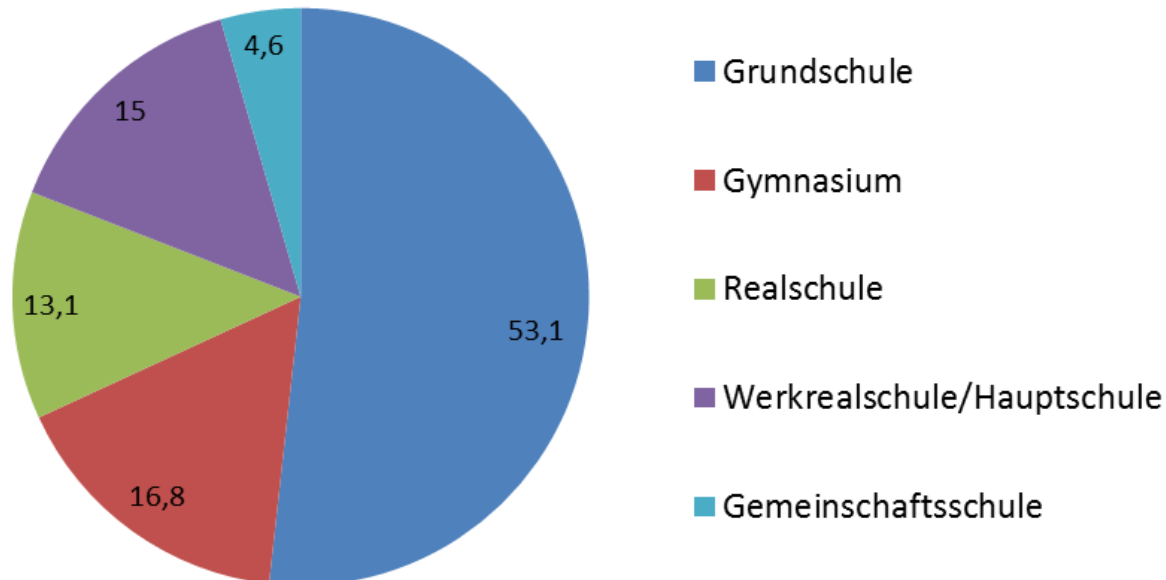
Davon gaben **592** Schulen (34,9%) an, mindestens einen SB zu haben.



Vorläufige Daten des Inklusionsprojekts (Stand 19.02.2014)

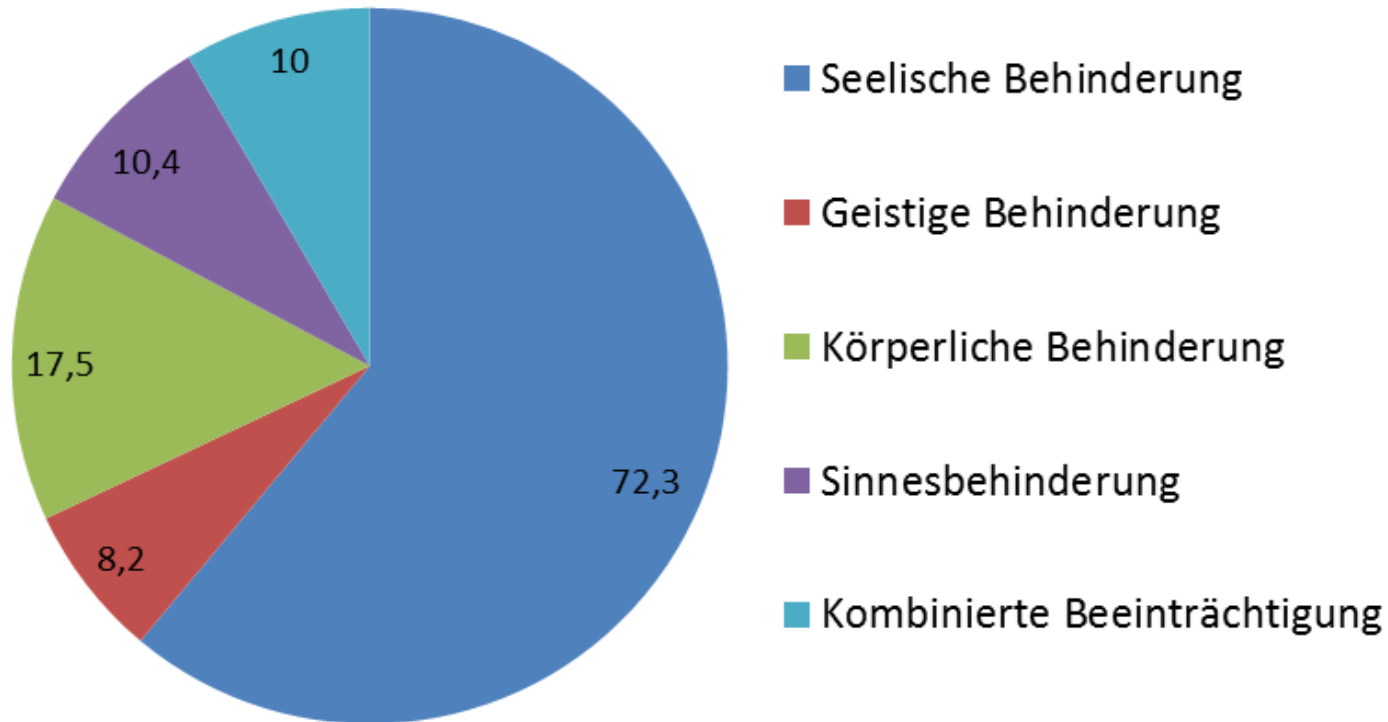
- Ca. jedes 241. Kind hat einen SB
- In ca. 65% der Schulen gibt es einen SB
- Die meisten SB sind in den ersten Klassen; Abnahme der Anzahl SB je Zunahme der Klassenstufe

Prozentuale Verteilung der SB je Schulform



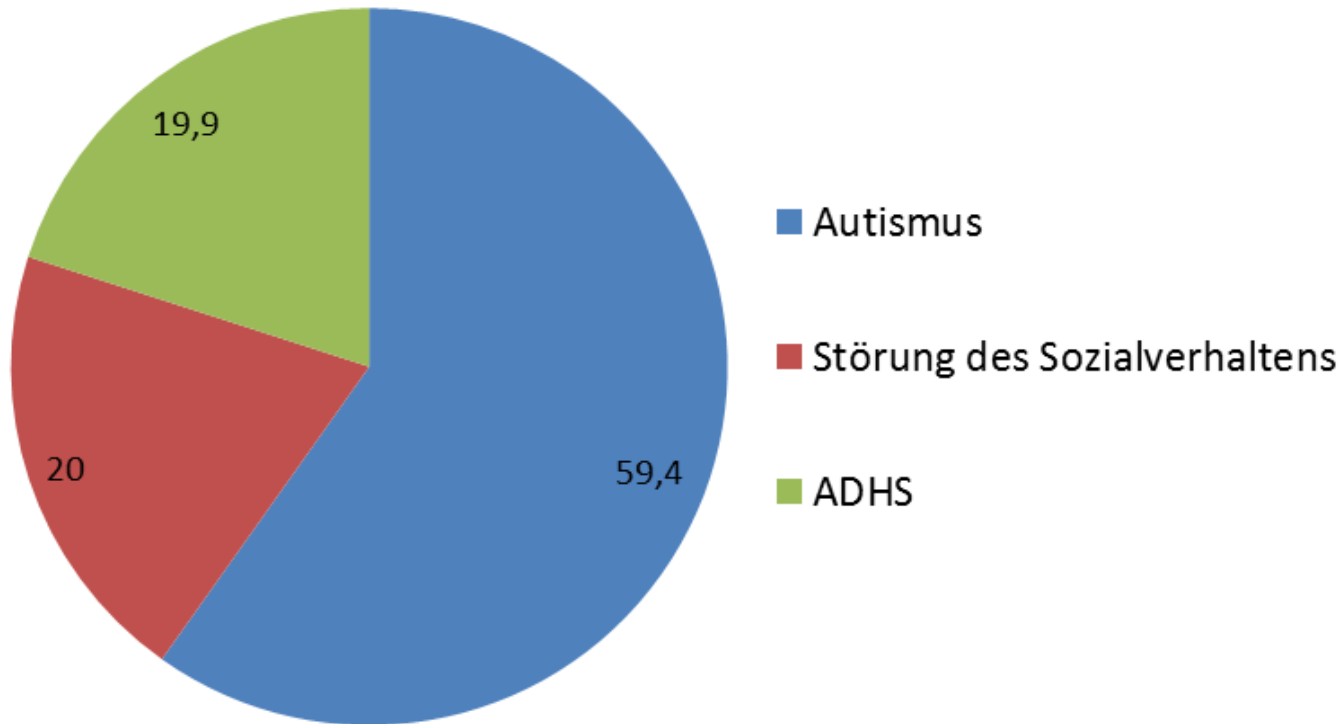


Prozentuale Verteilung der Behinderungen/Beeinträchtigungen der Kinder/Jugendlichen die SB erhalten





Prozentuale Verteilung der Störungen von Kindern/Jugendlichen mit seelischer Behinderung die SB erhalten





Inklusion, ADHS und Schwierigkeiten mit der Umsetzung und Akzeptanz im Alltag

*„Kinder mit Autismus bekommen einen Schulbegleiter, Kinder mit ADHS einen Schulausschluss“
(Rektorin)*

*„Ich hab mir die Inklusion einfacher vorgestellt“
(SBw9 704)*

*„...und da war so ein kleiner Junge, der hat den Fuß in den Weg gestellt und wir haben ihn dann mehrmals gebeten, den Fuß wegzumachen. Hat er dann nicht gemacht und hat dann gesagt „für solche behinderten Kinder mache ich gar nichts“.
(SBw5V2 197-2009)*

*„Schlecht finde ich's grundsätzlich an Schulbegleitungen, dass jedes Kind mit Behinderung einen Schulbegleiter bekommt. Das heißt, bei mir war's jetzt so im Fall, das Kind war halt total auf mich fixiert, wollte gar keinen Anschluss zu den anderen Kindern aus der Klasse.“
(SBw5V2 15-19)*



Unterschiedliche Anforderungen und Bedürfnisse an spezieller Förderung bei seelischen und körperlichen Problemen und geistiger Behinderung

Unterschiedliche Verläufe in Bezug auf Behinderungs-/Erkrankungsform

- i. **progredienter Verlauf**, Zunahme von Einschränkungen, z.B. Mukoviszidose
- ii. **kontinuierlicher Verlauf**, Einschränkung bleibt, unterschiedliche Schweregrade, **z.B. Autismus**, geistige Behinderung
- iii. **variabler Verlauf, Besserung möglich**, **z.B. ADHS**,
andere psychische Störungen, Zustand nach Operation

→ unterschiedliche schulische Förderstrategien und Hilfestrategien nötig zur erfolgreichen Anpassung an die Gegebenheiten

→ **Katalog geeigneter Hilfen zu Inklusionsförderung bei ADHS aufstellen !**



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

Themenblock 6: Selbsthilfe, Jugendhilfe, Schule und Beruf

ADHS und Jugendhilfe

Statuskonferenz ADHS

9.12.2014 Berlin

J. M. Fegert, Ulm





ADHS und Jugendhilfe

Hilfen zur Erziehung nach § 27 SGB VIII ff

Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII

zweigliedrige Norm, Feststellungsgrundlage nur
ICD10 GM Diagnose

Gleichstellung von drohender seelischer
Behinderung und seelischer Behinderung

(Gegensatz zum Erwachsenenalter)

Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII

Schwierigste Jugendhilfeklientel: Heimerziehung,
Pflegekinder:

Deprivation und frühe (toxische) Traumabelastung
führt zu Problemen in exekutiven Funktionen





§ 2 SGB IX Behinderung

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von der Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.



§ 35 a SGB VIII Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

§ 35 a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

(1) Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre **seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und**
2. **daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.**

Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. § 27 Abs.4 gilt entsprechend.



(1a)

Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

- **1.eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,**
- **2.eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder**
- **3.eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt,**

einzuholen. Die **Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen.** Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.





Teilhabebeeinträchtigung zentrales Kriterium

Generelle Aspekte der Teilhabebeeinträchtigung

zu beachtende Elemente (entsprechend von der WHO in der ICF verwendet):

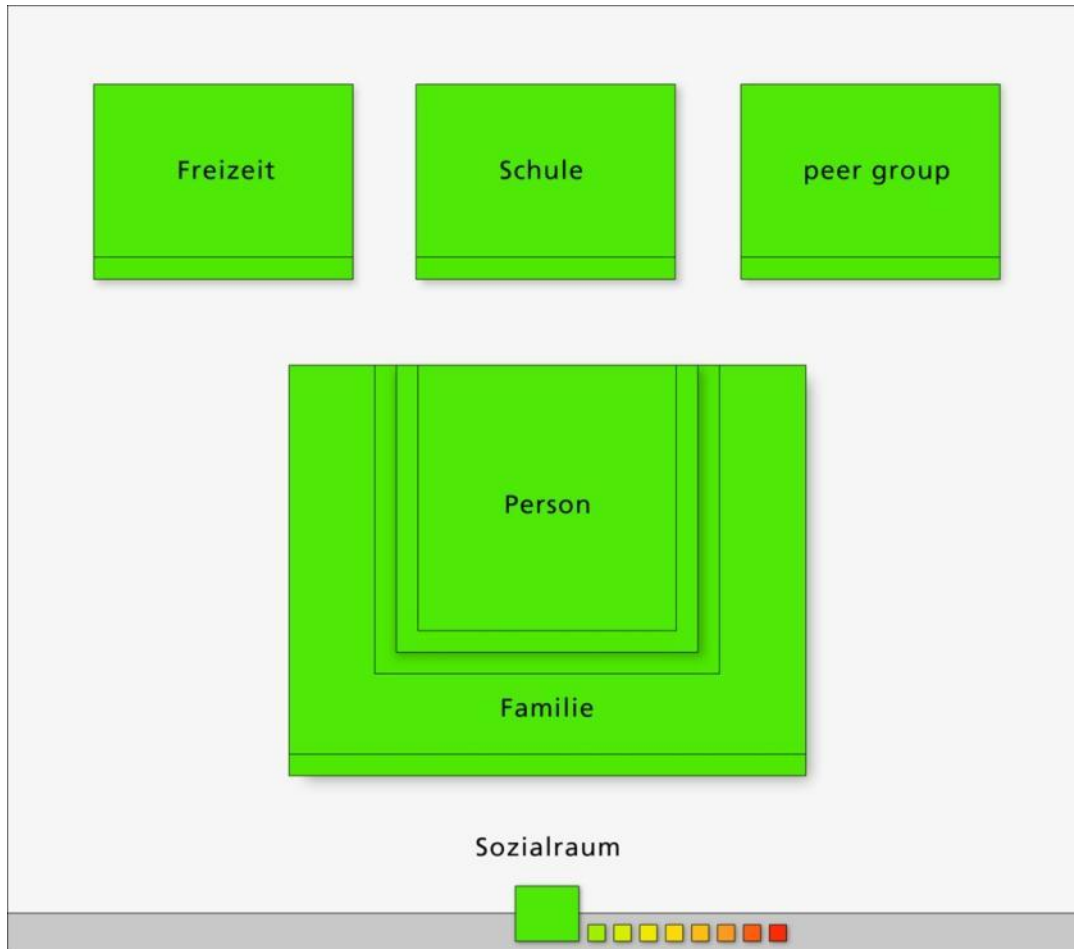
- die **Pervasivität**, d.h., ob das Störungsbild in mehreren Bereiche Auswirkungen hat, z.B. ob eine Funktionsbeeinträchtigung sich in der Familie, in der Schule und auch in der Freizeit auswirkt, oder ob die Funktionsbeeinträchtigung nur auf einen Bereich beschränkt ist. Die Pervasivität trägt erheblich zum Ausmaß der Beeinträchtigung bei.
- die **Intensität**, d.h., ob das Störungsbild in einem (oder mehreren) Bereich(en) so stark ausgeprägt ist, dass die Stärke der Funktionsbeeinträchtigung nicht mehr mit einer Teilhabe vereinbar ist. Das bedeutet, dass z.B. auch bereits ein Bereich genügt, um eine Teilhabebeeinträchtigung festzustellen, obwohl das Funktionsniveau in den anderen Bereichen hoch und ausreichend sein kann.
- die **Chronizität**, d.h. die Dauer der Funktionsbeeinträchtigung. Für die Chronizität liegt bereits in der Norm des §35a KJHG ein Kriterium vor, da dort der Halb-Jahreszeitraum in der Regel vorausgesetzt wird



1. The Brief Impairment Scale (BIS)
2. HoNOSCA-I (HON)
3. The Caregiver Strain Questionnaire (CGSQ)
4. The Columbia Impairment Scale (CIS)
5. Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD)
6. Children's Global Assessment Scale (CGAS)
7. Global Assessment Functioning Scale (GAF)
8. Child & Adolescent Measures of Functional Status (CAFAS)
9. Achse VI des MAS

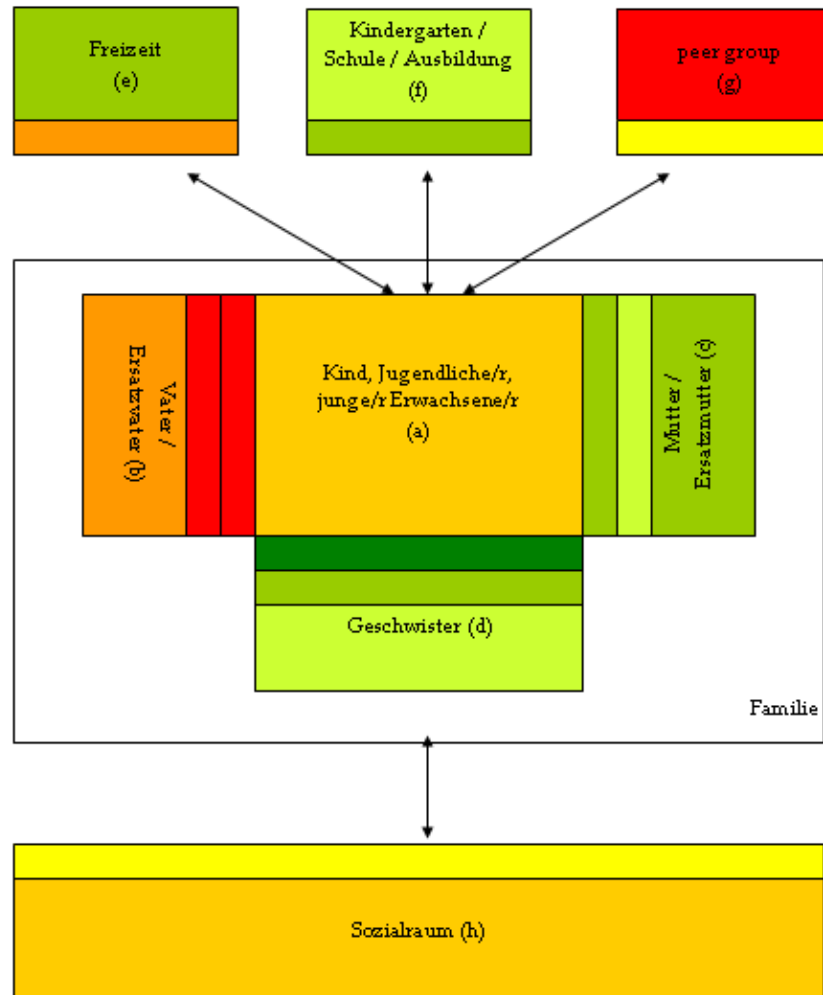


Modell eines visualisierten Erfassungsrasters





Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung im Rahmen des SPFH-Moduls



Einschätzung jeweils auf einer 7-stufigen Skala:

keine Teilhabe- beeinträchtigung	gering beeinträchtigt	ein wenig/etwas beeinträchtigt	teilweise beeinträchtigt	weitgehend beeinträchtigt	fast vollständig beeinträchtigt	vollständige Teilhabe- beeinträchtigung
--	--------------------------	--------------------------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------------	---





Jörg M. Fegert
Tanja Besier

Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem

Zusammenarbeit der Systeme nach
der KICK-Reform

1	Einleitung	989
1.1	Vorbemerkung.....	989
1.2	Einführung in den Themenbereich der (drohenden) seelischen Behinderung	991
2	Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Kinder mit psychischen Störungen und traumatischen Belastungen in der stationären Jugendhilfe.....	998
3	§ 35a SGB VII Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung – Präzisierung der ärztlichen Rolle und Bedeutung der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung ..	1010
3.1	Ärztliche Rolle im Verfahren.....	1010
3.2	Teilhabebeeinträchtigung.....	1014
3.3	Begriffsdefinitionen von Teilhabe nach der WHO	1015
3.4	Instrumente zur Erfassung von Aspekten der Teilhabebeeinträchtigung.....	1019
3.5	Praxis der Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung.....	1020
3.6	Anforderungen an eine vereinheitlichte Feststellung.....	1022





13. Kinder- und Jugendbericht

... ausgewählte zentrale Erkenntnisse:

- Der Hilfebedarf wird häufig aus einer Angebots- und Institutionenlogik heraus formuliert und nicht vom Bedarf des Kindes oder Jugendlichen.
- Die Praxis der Leistungsträger ist durch Abgrenzungen und Zuständigkeitsverweis zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe (und auch Krankenkassen) geprägt. Komplexleistungen und Mischfinanzierungen spielen kaum eine Rolle.
- Es entstehen an den Schnittstellen der Systeme „Verschiebebahnhöfe“ und bisweilen „schwarze Löcher“.



Aus dem Zwischenbericht der interkonferenziellen UAG

Zahlen, Daten & Fakten zur Eingliederungshilfe von Kindern mit Behinderung (zum 31.12.2007)

... Fallzahlen

- SGB VIII: 358.000 Einzelfallhilfen - davon 64% (= 231.000) als HzE und § 35a (§ 35a = 22.533 Maßnahmen)
- SGB XII: 124.564 Einzelfallhilfe für behinderte Kinder und Jugendliche
- SGB VIII und SGB XII: 147.097 Einzelfallhilfen (85% nach dem SGB XII und 15% nach dem SGB VIII)

... Kosten

- SGB VIII = 22,8 Mrd. Euro davon rd. 5,9 Mrd. Euro für die Einzelfallhilfen (= 26%) - Eingliederungshilfe = 531,2 Mio. Euro (= 9%)
- SGB XII = 1,857 Mrd. Euro (insb. heilpädagogische Leistungen 900 Mio. Euro, Hilfen für angemessene Schulausbildung 840 Mio. Euro)





Mehr als ADHS

Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 23:188–198, 2014
Copyright © Taylor & Francis Group, LLC
ISSN: 1092-6771 print/1545-083X online
DOI: 10.1080/10926771.2014.873510



Establishing a Link Between Attention Deficit Disorder/Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Childhood Physical Abuse

ESME FULLER-THOMSON and RUKSHAN MEHTA

*Factor-Inwentash Faculty of Social Work, University of Toronto,
Toronto, Ontario, Canada*

ANGELA VALEO

Early Childhood Studies, Ryerson University, Toronto, Ontario, Canada

Attention deficit disorder and attention deficit/hyperactivity disorders (ADD/ADHD) are found in approximately 5% to 10% of school-aged children. This study examined whether childhood physical abuse was associated with ADD/ADHD. Data were derived from a population-based sample of 13,054 adults from the 2005 Canadian Community Health Survey. We used logistical regression analysis in 2 models, both of which had ADD/ADHD as the criterion variable. There were 7 times higher odds of ADD/ADHD among those who reported they had been abused after controlling for several potential mediating factors, including age, race, gender, and 3 other types of adverse childhood experiences (parental divorce, parental addictions, and long-term parental unemployment) in comparison to those who were not abused. The results of this analysis show a strong link between childhood abuse and ADD/ADHD, an association that requires further study.

KEYWORDS *adult survivors of child abuse, attention deficit disorders, attention deficit disorders with hyperactivity, attention deficit hyperactivity disorders, child abuse, child maltreatment*





Fuller-Thomson, Mehta & Valeo (2014)

Establishing a Link Between Attention Deficit Disorder/Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Childhood Physical Abuse
(Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 23: 188-198)

Fragestellung:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen physischer Misshandlung in der Kindheit und ADD/ADHD?

Studienaufbau:

Daten von 13.054 Erwachsenen (18+)

Quelle: 2005 Canadian Community Health Survey (CCHS)

1.020 berichteten Misshandlung, 64 berichteten ADHD/ADD





Fuller-Thomson, Mehta & Valeo (2014)

logistische Regressionsmodelle

abhängige Variable: ADHD/ADD

zusätzl. Kontrollvariablen: Alter, ethn. Zugehörigkeit, Geschlecht,
Scheidung der Eltern, Sucht der Eltern,
Langzeitarbeitslosigkeit der Eltern

Ergebnis:

**Wahrscheinlichkeit für ADD/ADHD ist bis zu sechsmal
höher bei Erwachsenen, die angaben Misshandlungen in
der Kindheit erfahren zu haben**

Männer sind doppelt so häufig betroffen wie Frauen

für ethn. Zugehörigkeit, Scheidung der Eltern, Sucht der Eltern,
Langzeitarbeitslosigkeit der Eltern konnte kein signifikanter
Zusammenhang mit ADHD/ADD gefunden werden

Beachten: Da retrospektive Studie ist Kausalzusammenhang und zeitl.
Abfolge Misshandlung/ADHD hier nicht klar bestimmbar !





Implementierung und Evaluation einer bedarfsgerechten, gemeindenahen Hilfeprozess-Koordination für Kinder und Jugendliche nach Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung

- **Teilprojekt 1** (Prof. Dr. L. Goldbeck, Ulm): Verkürzung des Intervalls unbehandelter Traumafolgestörungen mittels Implementierung einer strukturierten, gemeindenahen Hilfeprozesskoordination („Case-Management“)
- **Teilprojekt 2** (Prof. Dr. J. M. Fegert, Ulm): Untersuchung von spezifischen Risiko- und Resilienzfaktoren
- **Teilprojekt 3** (Prof. Dr. R. Rosner, Eichstätt): Verbesserung der Versorgung von Risikopopulationen (z.B. Migrantenfamilien)

Kontakt:

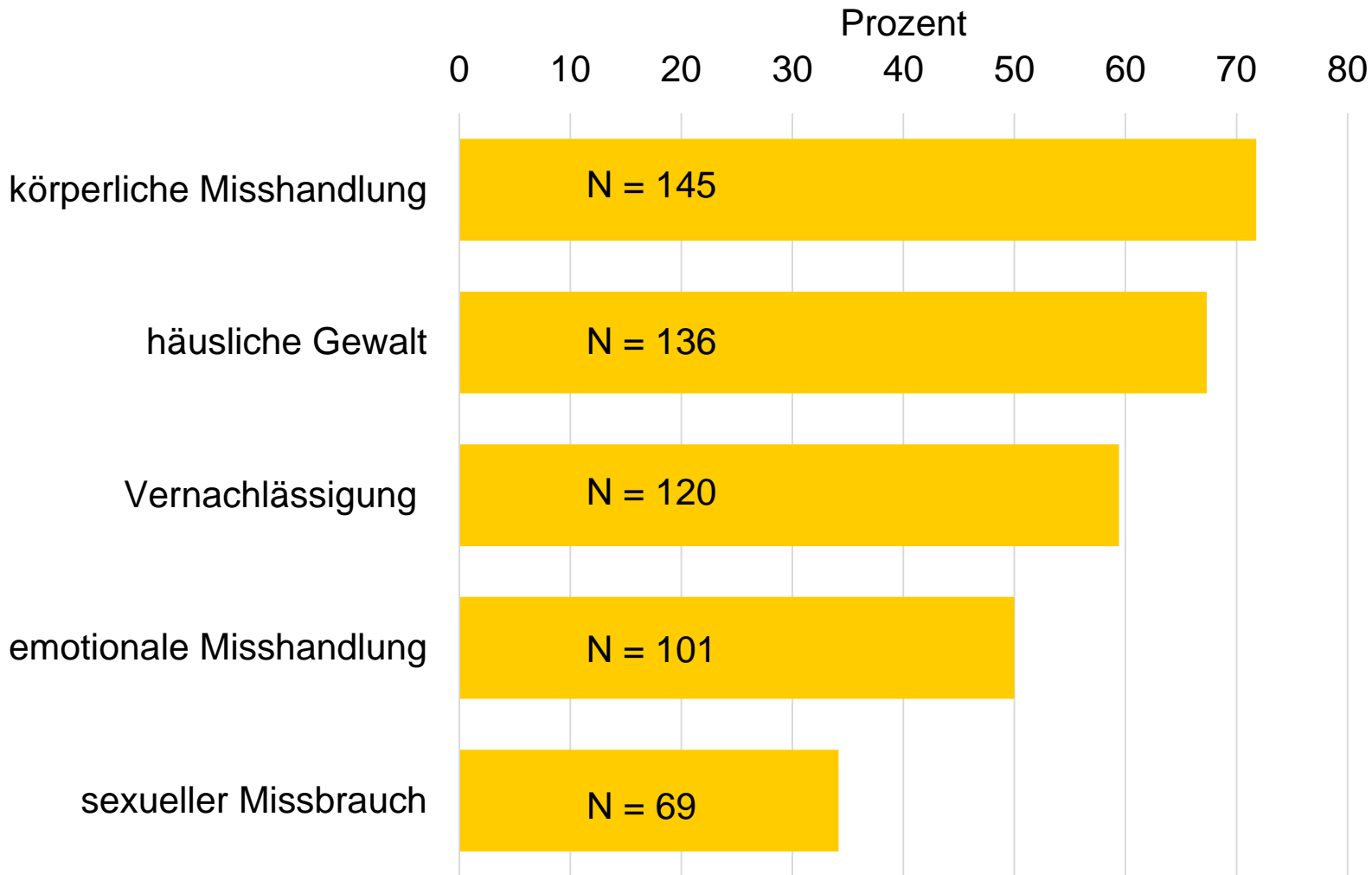
E-Mail: Canmanage.KJP@uniklinik-ulm.de

Homepage: www.canmanage.de





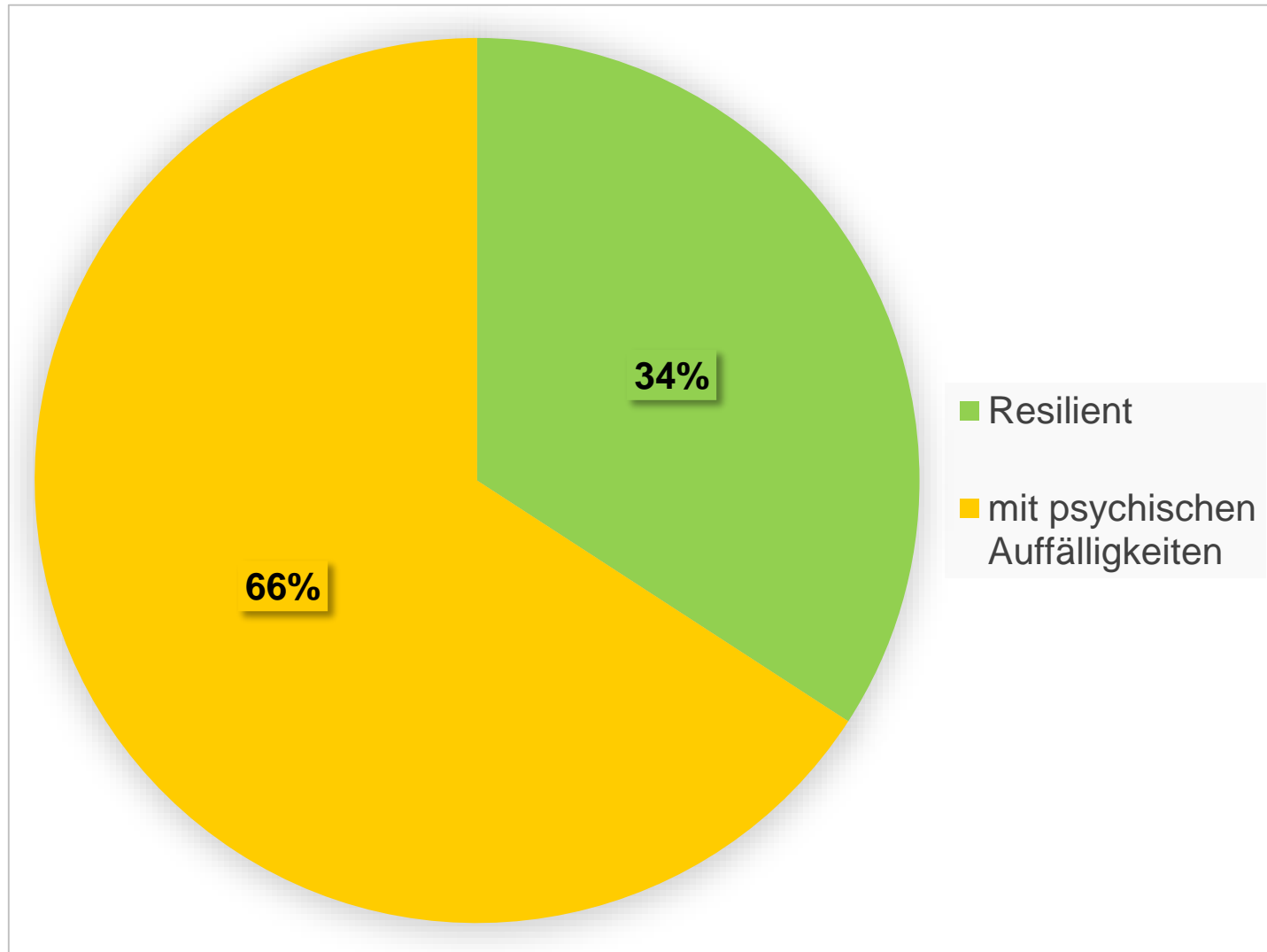
CANMANAGE: Missbrauchstypen



→ mehrere Formen von Missbrauch bei N = 175 (87%)



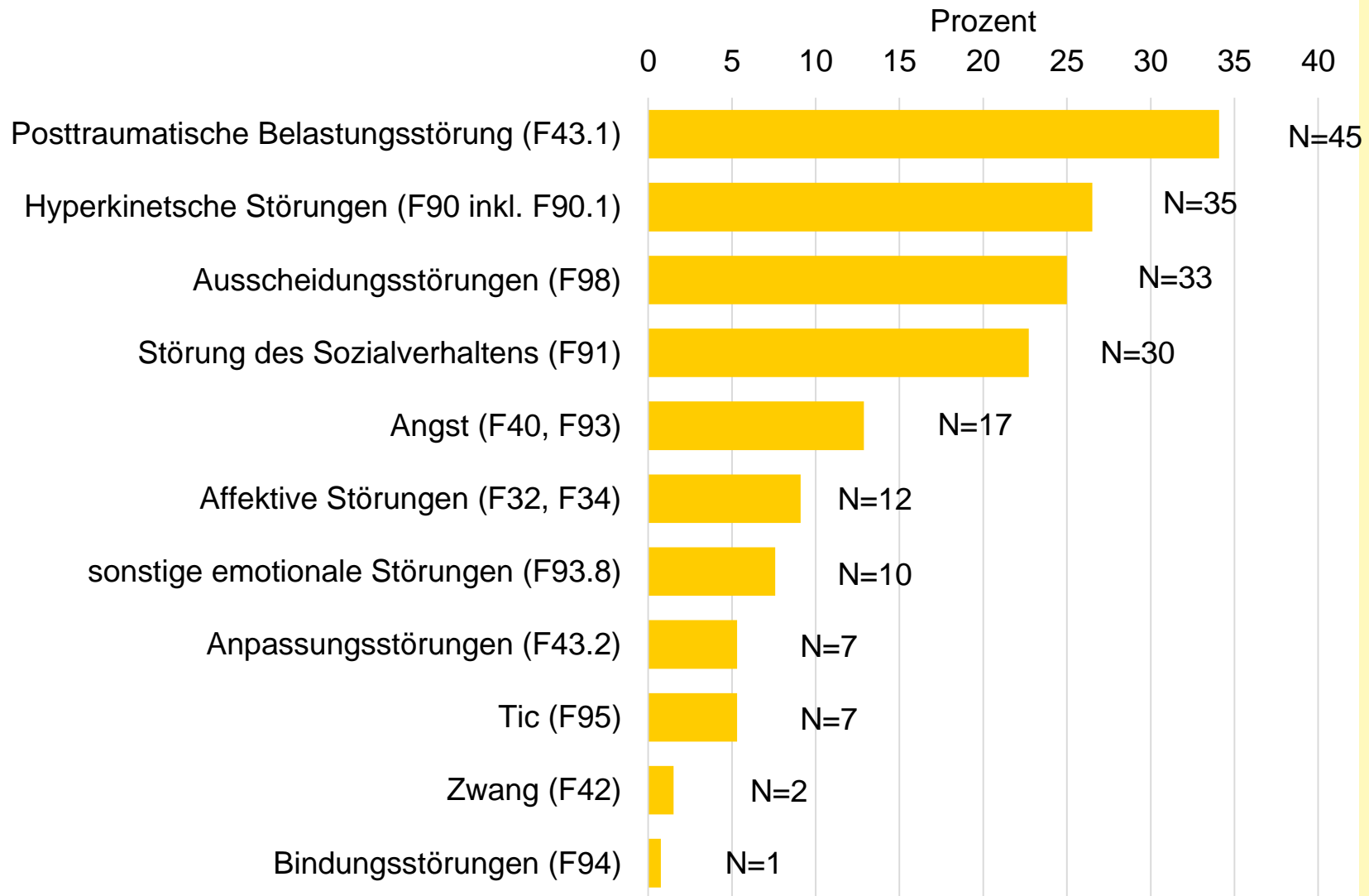
CANMANAGE: Missbrauchsfolgen I



→ etwa 1 Drittel bleibt resilient (N=69)



CANMANAGE: Missbrauchsfolgen II



→ komorbide Störung bei N = 50 (37,9%)



DEBATE

Open Access

Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems

Marc Schmid^{1*}, Franz Petermann² and Joerg M Fegert³

Abstract

Background: This article reviews the current debate on developmental trauma disorder (DTD) with respect to formalizing its diagnostic criteria. Victims of abuse, neglect, and maltreatment in childhood often develop a wide range of age-dependent psychopathologies with various mental comorbidities. The supporters of a formal DTD diagnosis argue that post-traumatic stress disorder (PTSD) does not cover all consequences of severe and complex traumatization in childhood.

Discussion: Traumatized individuals are difficult to treat, but clinical experience has shown that they tend to benefit from specific trauma therapy. A main argument against inclusion of formal DTD criteria into existing diagnostic systems is that emphasis on the etiology of the disorder might force current diagnostic systems to deviate from their purely descriptive nature. Furthermore, comorbidities and biological aspects of the disorder may be underdiagnosed using the DTD criteria.

Summary: Here, we discuss arguments for and against the proposal of DTD criteria and address implications and consequences for the clinical practice.

Keywords: Comorbidity, Developmental psychopathology, Developmental trauma disorder (DTD), Dissociation, Post-traumatic stress disorder (PTSD)

Background

Inclusion of post-traumatic stress disorder (PTSD) in psychiatric diagnostic systems represents an important milestone since a clear connection between traumatic experiences and mental disorders have not been established previously [1-3]. Clinicians in the field of child and adolescent psychiatry and clinical psychology have to face acute traumatized children and victims of different shades and forms of chronic child abuse, maltreatment and neglect.

In the clinical setting, the effects of neglect, maltreatment, and abuse are noticeable which has prompted the need for a diagnosis capable of creating the connection between developmental and psychopathological aspects.

In children and adolescents, the usefulness of diagnostic criteria of PTSD is limited because the characterization of

the condition is based on symptoms in adults. Because most symptoms are subjective and require verbal description by the patient, the diagnosis of PTSD in younger children remains challenging. In the presence of distinct, well-defined traumas and their effects, the diagnosis of PTSD can be readily made; childhood traumatization and neglect tend to be more complex and may entail a multitude of psychosocial risk factors. Therefore, various proposals for diagnostic criteria have been published which include developmental psychology factors [4-7].

Most traumatic experiences in children and adolescents occur in their immediate social environment [5,8,9]. Families with neglected, maltreated, or abused children often carry a number of additional risk factors, such as mental disorders in parents, poverty, cramped living conditions, or social isolation [5,10,11]. Moreover, childhood traumatization leads to a significantly higher risk of suffering other traumas in adult life [12,13].

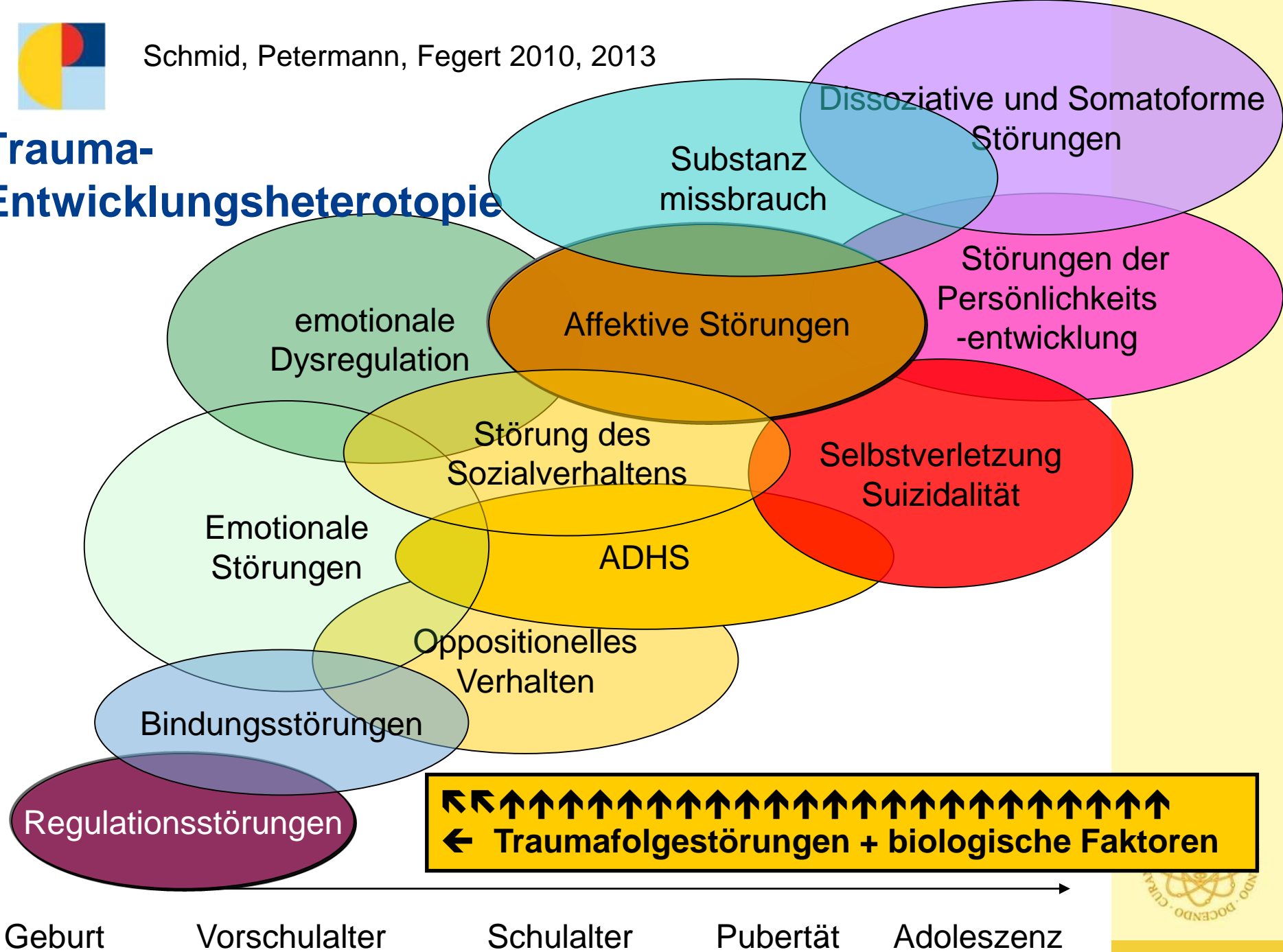
Many severely maltreated, sexually abused, or neglected children who had suffered repeated traumatic events

* Correspondence: marc.schmid@ukps.ch
¹Department of child and adolescent psychiatry University Basel, Schwabstrasse 11, CH-4006, Basel, Switzerland
Full list of author information is available at the end of the article





Trauma- Entwicklungsheterotopie





Heimkinderforschung

kombinierte externalisierende und
internalisierende Probleme

JES Studie

Ulmer Heimkinderstudie

Pädzi (CJD)

Heimkinderinterventionsstudie (BMBF)

MAZ (Schweiz)

Modellversuch Traumapädagogik
(Themenheft Trauma und Gewalt)

Deutschland Zeit für eine neue
Jugendhilfe Effekte Studie?



**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**

Universitätsklinikum Ulm

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie /
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm**

Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

www.uniklinik-ulm.de/kjpp



Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

