



# **Kooperation zwischen dem Landesbetrieb Erziehung und Beratung und den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Hamburg**

**Erfahrungsbericht über den Zeitraum  
Dezember 2015 bis Juni 2017**

**Juli 2017**

## **Mitwirkung**

KJP Asklepios-Klinik Harburg:  
Dr. Sabine Ott, Anja Scheja

KJP Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift:  
Ulrike Akisli-Knietzsch, Dr. Antje Lange, Dr. Joachim Walter

KJP Universitätsklinikum Eppendorf:  
Dr. Carola Bindt, Dr. Janin Buchholz, Zacharia Mustafa, Johannes Vorst

Landesbetrieb Erziehung und Beratung  
Klaus-Dieter Müller, Ole Peter Jagdt und in die Kooperation eingebundenen Fach- und  
Führungskräfte

## **Koordination und Erstellung des Berichts**

Dr. Carola Bindt & Dr. Joachim Walter

Klaus-Dieter Müller und Ole Peter Jagdt

Hamburg, Juli 2017

**Inhalt**

<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2. Rahmenbedingungen der Kooperation</b>	<b>1</b>
<b>3. Jugendpsychiatrische Versorgung im Rahmen des Kooperationsprojekts</b>	<b>2</b>
<b>3.1. Jugendpsychiatrische Diagnostik</b>	<b>3</b>
<b>3.2. Jugendpsychiatrische Kriseninterventionen und Nachbetreuung im ambulanten Versorgungsnetz</b>	<b>4</b>
<b>3.3. Jugendpsychiatrische Notfallversorgung, akutstationäre Klinikbehandlung und Rückführung in die Wohneinrichtungen</b>	<b>5</b>
<b>3.4. Jugendpsychiatrische Betreuung bei Einrichtungswechsel</b>	<b>6</b>
<b>4. Fortentwicklung der Kooperation</b>	<b>6</b>
<b>4.1. Einrichtung der Clearingstelle für besonders belastete UMA</b>	<b>6</b>
<b>4.2. Ausweitung der Kooperation auf junge Volljährige</b>	<b>7</b>
<b>4.3. Ausweitung der Kooperation auf andere Jugendhilfeeinrichtungen des LEB</b>	<b>8</b>
<b>5. Bewertung der Kooperation an der Systemschnittstelle</b>	<b>9</b>
<b>5.1. Bewertung der Kooperation aus der Sicht des LEB</b>	<b>9</b>
<b>5.2. Auswirkungen der Kooperation auf die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken Hamburgs</b>	<b>12</b>
<b>6. Zusammenfassende Bewertung und Ausblick</b>	<b>14</b>
<b>6.1. Bewertung der Kooperation</b>	<b>14</b>
<b>6.2. Fortsetzung der Zusammenarbeit in besonderen Arbeitsbereichen</b>	<b>16</b>
<b>6.3. Ausblick: Erfahrungen für eine Weiterentwicklung der Jugendhilfe nutzen</b>	<b>16</b>
<b>Anhang I: Fallvignetten</b>	
<b>Anhang II: Ergebnisse der Befragung der Mitarbeiterinnen und; Mitarbeiter des LEB zur Bewertung der Kooperation</b>	

## 1. Einleitung

Millionen Menschen weltweit verlassen ihre Heimat und gelten als Flüchtlinge. Es sind in der Regel kriegerische Auseinandersetzungen, Unterdrückung und Gewalt, aber auch wirtschaftlich prekäre Verhältnisse, familiäre Konflikte und missbräuchliche Lebenserfahrungen als Junge oder Mädchen, die Anlass für eine Flucht sind. Mit Beginn vermehrter Flüchtlingsbewegungen ab 2010 und einer deutlichen Steigerung ab Herbst 2014 bis Ende 2015 nach Europa und speziell Deutschland, war auch Hamburg vor die Aufgabe gestellt, eine zunehmend größere Zahl an Flüchtlingen aufzunehmen und zu versorgen.

Unter den Flüchtlingen sind auch Minderjährige, die unbegleitet nach Deutschland gekommen sind und sich weder Personensorge- noch Erziehungsberechtigte im Inland aufhalten, sog. minderjährige unbegleitete Flüchtlinge bzw. Ausländer (UMA)<sup>1</sup>. Der Landesbetrieb Erziehung und Beratung (LEB) hat in Hamburg die Aufgabe, die Versorgung und den Schutz dieser jungen Menschen durch Inobhutnahme zu gewährleisten. Zwischen 2010 und Juni 2017 erreichten rd. 8500 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge Hamburg.

Daneben kamen seit 2014 Jugendliche, die sich in ihren Herkunftsländern schon seit langer Zeit in marginalen Positionen befunden hatten, aus ihren Familien ausgestoßen waren und hatten lernen müssen, auf der Straße zu überleben. Diese bereiteten durch ihr stark deviantes und öffentlichkeitswirksames Verhalten besondere Schwierigkeiten der Integration in Hamburg, so dass in Kooperation zwischen den für die Jugendhilfe, für Gesundheit, Justiz sowie Inneres zuständigen Behörden und den Hamburger Kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken (KJP)<sup>2</sup> schnell betreuende Maßnahmen geplant werden mussten.

Die erste Kooperation zwischen LEB und KJP entstand im Kinder- und Jugendnotdienst. Im April 2015 wurde dann mit dem Bullerdeich eine Einrichtung für besonders in ihrem sozialen Verhalten auffällige Jugendliche eröffnet. Seither eröffnete und betrieb der LEB 19 Einrichtungen zur Erstversorgung von UMF, zu diesem Zeitpunkt „Erstversorgungseinrichtungen“ (EVE) genannt, die in kürzester Zeit aufgebaut werden mussten. In diesem Zusammenhang war es gewünscht und notwendig, dass neben dem gleichzeitigen Aufbau von Behandlungsstrukturen in den Kinder und Jugendpsychiatrien in Hamburg psychosoziales und kulturelles Wissen und Erkenntnisse zum Krankheitsverständnis im transkulturellen Raum in Bezug auf UMA miteinander geteilt werden sollte. Hierzu wurde eine auf zwei Jahre angelegte, von der Jugendhilfe finanzierte Kooperation zwischen den KJPen und dem LEB etabliert, die im Dezember 2015 ihre Arbeit aufnahm und bis Ende 2017 befristet ist. Die bezüglich der Klienten, aber auch in der Kooperation gemachten Erfahrungen sollen in diesem Bericht dargestellt und bewertet werden.

## 2. Rahmenbedingungen der Kooperation

Der jugendpsychiatrischen Versorgungsnotwendigkeit entsprechend, entschloss sich die Freie und Hansestadt Hamburg, vertreten durch den LEB, ab Ende 2015 mit jeder der drei Versorgungskliniken auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages der Stadt (KJP UKE, Wilhelmstift und Harburg) je eine volle Arztstelle auf Facharztniveau zu finanzieren. Die dadurch bereitgestellte Kapazität für eine aufsuchende fachärztliche Beratung wurde den Flüchtlingseinrichtungen des LEB in Anlehnung an die jeweiligen Versorgungsgebiete der Kliniken zugewiesen. Daneben wurde die Arbeit einer sozialpädagogischen Traumaberaterin finanziert.

---

<sup>1</sup> Mit der gesetzlichen Neureglung zum Schutz dieser Zielgruppe zum 1.11.2015 ist im Gesetz der Begriff „unbegleiteter, minderjähriger Ausländer“ eingeführt worden. Das Gesetz verwendet nicht den Begriff des Flüchtlings, der rechtlich nicht per se zutreffend ist, sondern den des Ausländers. In der Jugendhilfe hat sich dieser ebenfalls etabliert.

<sup>2</sup> Kliniken bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -Psychotherapie und -Psychosomatik am Asklepios-Klinikum Harburg, am Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift und am Universitätsklinikum Eppendorf

Folgende Leistungen der KJPen für die Einrichtungen des LEB wurden vereinbart:

1. Beratung und Unterstützung der Einrichtung im Rahmen regelmäßiger Präsenz durch
  - Beratung der Einrichtung zu kinder- und jugendpsychiatrischen Fragestellungen im Zusammenhang mit der pädagogischen Arbeit
  - Fallsupervision
  - Beratung der Fachkräfte der Einrichtung
  - Beratung/Nachsicht nach Klinikaufenthalt eines Klienten bzw. Patienten.
2. „Erstversorgung“ von jungen Flüchtlingen im Rahmen regelmäßiger Sprechstunden durch
  - niedrigschwellige Gesprächs- und Beratungsangebote
  - ggf. kinder- und jugendpsychiatrische, -psychosomatische und -psychotherapeutische Diagnostik inkl. Feststellung des Behandlungs- und Beratungsbedarfs
  - ggf. psychotherapeutische Kurzintervention, Entspannungs- und Übungsverfahren, Psychopharmakologie, Durchführung einer Behandlungskonferenz
  - ggf. Weiterleitung in die Psychiatrische Institutsambulanz
  - ggf. Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus
  - ggf. prä- und poststationäre Behandlung.
3. Schulung für „Notsituationen“ durch Erarbeitung von Handlungsmöglichkeiten für unvorhergesehene kritische Situationen in den Flüchtlingseinrichtungen einschl. der Aufarbeitung von kritischen Situationen.

Die zur Verfügung stehende Kapazität wurde in Beratungseinheiten zu fünf Zeitstunden gefasst, die An- und Abfahrt sowie Vor- und Nachbereitung der Termine in den Einrichtungen beinhalten. Pro Klinik standen 263 Beratungseinheiten pro Jahr zur Verfügung.

Zu Beginn der Kooperation waren die Leistungen in 21 Einrichtungen mit insgesamt rd. 1250 Betreuungsplätzen zu erbringen. Ab 2017 konnte die Kooperation auf den gesamten LEB ausgedehnt werden (s. 4.3.), so dass schließlich 50 Einrichtungen die Unterstützung der KJPen abriefen, davon weiterhin 17 Flüchtlingseinrichtungen (Stand Juni 2017).

### **3. Jugendpsychiatrische Versorgung im Rahmen des Kooperationsprojekts**

Die Beratungs- und Sprechstunden vor Ort wurden im Rahmen eines an der Größe und dem Bedarf der Einrichtungen ausgerichteten Beratungsbudgets zwischen den Einrichtungen und den Ärztinnen bzw. Ärzten in ein- bis dreiwöchigem Turnus vereinbart und vorbereitet. Im Notfall waren die Ärztinnen bzw. Ärzte tagsüber täglich erreichbar; außerhalb der üblichen Arbeitszeiten war eine telefonische Kontaktaufnahme der Einrichtungen oder eine persönliche Vorstellung des Jugendlichen im Notdienst der zugeordneten Kliniken jederzeit möglich und wurde auch genutzt.

Die Identifikation von Jugendlichen mit jugendpsychiatrischem Betreuungsbedarf erfolgte primär durch die Fachkräfte der Flüchtlingseinrichtungen des LEB. Anlass zur Vorstellung gaben unterschiedlichste Auffälligkeiten der vorwiegend männlichen Jugendlichen bezogen auf ihr Verhalten. Bei erkennbarem Bedarf wurde der Jugendliche in einer der ärztlichen Sprechstunden angemeldet.

Von großer Bedeutung war daneben die Möglichkeit, für das pädagogische, unter hohem zeitlichem Druck rekrutierte und oft noch berufsunerfahrene Personal in der Erstversorgung seitens der Ärztinnen bzw. Ärzte Kurzfortbildungen zu relevanten psychiatrischen Themen

(z.B. zu Posttraumatischen Belastungsstörungen, Umgang mit Schlafstörungen, selbstverletzendem Verhalten) anzubieten. Diese Fortbildungen wurden dankbar aufgenommen und entspannten manche Situation mit den Betreuten, da vermehrt Kenntnisse und Strategien im Umgang mit spezifischen Symptomen psychischer Überlastung zur Verfügung standen.

### **3.1. Jugendpsychiatrische Diagnostik**

Die ärztliche Diagnostik der Jugendlichen erfolgte vor Ort nach einem Vorgespräch mit den pädagogischen Fachkräften, in der Regel der Bezugsbetreuerin bzw. dem Bezugsbetreuer oder einem diensthabenden Betreuer/in. Zunächst wurde ein Erstgespräch mit den Jugendlichen anberaunt, das in den Einrichtungen aufgrund der meist unzureichenden oder fehlenden Deutschkenntnisse mit einem Dolmetscher geführt wurde, um einen umfassenden Eindruck der Situation zu gewinnen.

Im Erstgespräch wurde neben dem konkreten Vorstellungsanlass im Rahmen einer ausführlichen Anamneseerhebung die Vorgeschichte erfragt. Diese umfasste sowohl körperliche als auch psychische Vorbelastungen des Patienten. Im weiteren Verlauf wurde diese durch die Familienanamnese zum familiären Hintergrund ergänzt. Auch die schulische und soziale Situation wurde besprochen. Spezifisch erfasst wurde stets die Migrationsanamnese mit Migrationsursachen, Wünschen und Vorstellungen vom Exil, Migrationswegen und -mitteln. Daneben wurden in der Belastungsanamnese traumatische und andere individuelle Beziehungs- und psychosoziale Belastungen erfragt. In der Ressourcenanamnese wurden Hoffnungen, Wünsche, Begabungen und Fähigkeiten, die Verfügbarkeit von Unterstützungspersonen und auch ideellen Ressourcen erfasst. Hierbei spielten, soweit vorhanden, Kontakte zur Herkunftsfamilie und zu gleichaltrigen Bezugspersonen, alltägliche Beschäftigungen (Wohnumfeld- und Schuladaptation) und die Freizeitgestaltung (Hobbys) eine Rolle, vor allem auch das persönliche Befinden innerhalb dieser Strukturen.

Die Erhebung eines psychopathologischen Befundes diente dazu, seelische Erkrankungen detaillierter zu eruieren und in Art und Ausprägung zu beschreiben. Insbesondere wurden auch die Frage nach Eigen- oder Fremdgefährdung abgeklärt sowie mögliche Suchterkrankungen erfragt.

Psychische Probleme und psychiatrische Erkrankungen können auch durch körperliche Erkrankungen verursacht oder verstärkt werden. Sofern sich aufgrund der Anamnese oder der Psychopathologie offene diesbezügliche Fragen ergaben, wurde eine körperliche pädiatrische oder allgemeinmedizinische Untersuchung oder eine ergänzende Diagnostik beim Arzt der entsprechenden Fachrichtung (z.B. Neurologie, HNO, Chirurgie nach Verletzungen in der Heimat oder auf der Flucht) empfohlen. Auch die Notwendigkeit apparativer Diagnostik wurde abgeklärt (z.B. Kopf-MRT, EEG). In Einzelfällen erfolgte zudem die Vermittlung einer testpsychologischen Untersuchung, wenn kognitive Auffälligkeiten oder Defizite vermutet wurden, die z.B. die schulische Integration erschweren oder Schulabsentismus begründeten.

In der Arbeit mit minderjährig unbegleiteten Ausländern ist immer eine kultursensible Vorgehensweise zentral wichtig, allerdings war aufgrund der hohen Fallzahl auch eine schnelle Sortierung von Problemen und möglichen Hilfen vonnöten. Eine große Hilfe diesbezüglich sind die seitens der KJP Asklepios-Klinik Harburg entwickelte und gemeinsam optimierten Ersteinschätzungsbögen, die die Fachkräfte der Einrichtung gemeinsam mit den Jugendlichen ausfüllen und die eine grobe Übersicht über alle genannten Kernthemen ermöglichen. Die Beobachtungen der Fachkräfte waren zusätzlich eine wichtige Quelle, um eine Objektivierung von genannten Problemen wie auch von Stärken vorzunehmen. Bei Minderjährigen mit längerem Aufenthalt in Deutschland war teilweise eine Fremdanamnese durch den Amtsvormund hilfreich. Zudem bestand die Möglichkeit, die Anamnese durch störungsspezifische Fragebögen zu ergänzen.

Ausschlaggebend für weitere Maßnahmen waren dennoch die persönliche ärztliche Einschätzung, ein gegebenenfalls führender Leidensdruck und die Motivation der Jugendlichen. Auf

Grundlage aller Informationen wurde eine Diagnose mit den daraus resultierenden Therapieempfehlungen erstellt, welche mit den Jugendlichen und den betreuenden Fachkräften und/oder den Sorgeberechtigten besprochen wurde.

### **3.2. Jugendpsychiatrische Kriseninterventionen und Nachbetreuung im ambulanten Versorgungsnetz**

Im Rahmen der Sprechstundenarbeit wurden viele Jugendliche bei akuter Symptomatik und oft über mehrere Termine hinweg betreut. Nicht selten kam es schon in diesem Rahmen zu einer Symptomentlastung.

An die Jugendlichen selbst konnten bei leichter und mittelschwerer Ausprägung von psychischen Beschwerden spezifische Empfehlungen zur Umsetzung im Alltag (z.B. bei Unruhe und Schlafstörungen) erteilt oder Anleitungen zu Stabilisierungsübungen (z.B. bei Symptomen erheblicher Stress- und posttraumatischer Belastung) vermittelt werden. Als sehr wirksam und Stigmatisierungsängste entlastend erwies sich oft die psychoedukative Aufklärung über die jeweiligen Symptome, dies auch für die Betreuenden, da pädagogische Handlungsmöglichkeiten abgeleitet werden konnten. In diesem Rahmen wurden immer wieder auch Konfliktmoderationen oder klärende Vermittlungen zwischen dem Jugendlichen und seinen Betreuungspersonen im LEB oder anderen Instanzen (Vormünder/innen, ehrenamtlich tätige Personen, Lehrerinnen und Lehrer) unternommen.

Jugendpsychiatrische Einschätzungen zu spezifischen Fragestellungen, z.B. zur Genese und Schwere von psychopathologischen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen, konnten bei Entscheidungsprozessen hinsichtlich der passendsten Wohnsituation, Beschulung und Freizeitgestaltung des Jugendlichen ergänzt werden. In den Terminen begegneten die Jugendlichen zudem einem unabhängigen, aufmerksamen, respektvollen und wertschätzenden, aber auch mit Autorität ausgestatteten Gegenüber, was in jeder Begegnung die Chance auf Anerkennung erlebten Leids bot und allein dadurch zur Entlastung von Irritation und Anspannung beitrug.

Bei Bedarf wurden für Erkrankte mit leichter bis mittlerer Symptombelastung zusätzliche, oft niederfrequente Anschlussbehandlungen empfohlen und teilweise auch organisiert. Diese fanden sowohl in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) der Versorgungskliniken als auch in Praxen besonders engagierter niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater/innen sowie in wenigen Einzelfällen bei transkulturell interessierten approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. -therapeuten statt, die sich auf einer seitens des UKE initiierten Homepage „EVE sucht KJP“ ([www.eve-sucht-kjp.de/](http://www.eve-sucht-kjp.de/)) hatten registrieren lassen.

Im Rahmen der Kooperationsvereinbarungen zwischen LEB und Kliniken sollte im Falle des Vorliegens einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung eine Überleitung des Jugendlichen in die Ambulanzen der beteiligten psychiatrischen Kliniken erfolgen. Im Verlauf der Zusammenarbeit wurde zudem entschieden, dass auch die Verordnung von Medikamenten besser im etablierten Rahmen der Klinikambulanzen aufgehoben sei, da dort zeitgleich notwendige Kontrolluntersuchungen von Körperfunktionen (EKG, Blutentnahmen) erfolgen konnten. Anders als ursprünglich angenommen, erfüllte z.B. in den von der KJP Wilhelmstift versorgten Einrichtungen ein deutlicher Anteil der Fälle definitionsgemäß diese Schwere-Kriterien. Eine höherfrequente und längerfristige Psychotherapie für die Jugendlichen anzubieten, ist dabei keine Regelaufgabe dieser Ambulanzen für besonders komplexe Fälle.<sup>3</sup>

Im Zusammenhang mit spezifischen Anforderungen, insbesondere der Psychotherapie von Traumafolgestörungen, stießen die Klinikärztinnen und -ärzte in der Betreuung vieler Jugendlicher im Rahmen der gegebenen Lebensbedingungen auf eine Versorgungslücke. Prob-

---

<sup>3</sup> Die allseits vertretene Grundhaltung dabei war durchgehend, dass weder eine Bevorzugung noch eine Benachteiligung der Flüchtlingsklientel in der Versorgung gegenüber den deutschen Jugendlichen entstehen sollte.

lem war, dass neben den Therapieanforderungen bei der Traumabehandlung auch transkulturelle Aspekte berücksichtigt werden mussten, für die viele Niedergelassene nicht ausgebildet waren. Zudem behinderten der hohe organisatorische Aufwand bei Dolmetscherbedarf, wobei die Kostenübernahme durch die Krankenkassen nicht gewährleistet war, und die individuelle Lebenssituation der Jugendlichen (Haltlosigkeit und unklare Perspektive, mangelnder psychosozialer Halt und unzureichende Selbstorganisation) oft die an sich notwendige Überleitung in das ambulante Netz. Auch die Einleitung längerfristiger, nicht-traumaspezifischer Jugendlichenpsychotherapien nach Richtlinienvorgaben gelang nur ausnahmsweise. Über die weiteren Gründe hierfür gibt es kaum Informationen; z.T. scheinen auch mangelnde Möglichkeiten der Einrichtungen, die Jugendlichen nachhaltig bei der Therapieanbahnung zu unterstützen, eine Rolle gespielt zu haben.

In Einzelfällen stellte sich die mangelnde Weiterversorgung besonders deutlich dar, wenn die den Einrichtungen zugewiesenen Beratungsbudgets nicht auszureichen drohten, aber eine bedarfsgerechte Umschichtung durch die Einrichtungen nicht initiiert wurde. Erstvorstellungen von auffälligen Jugendlichen zur psychiatrischen Einschätzung ohne die Möglichkeit einer zeitnahen Krisenintervention und Weiterbehandlung erschienen unter diesen Bedingungen nur begrenzt sinnvoll bzw. weckten nicht erfüllbare Hoffnungen ("Man kann Deine Erkrankung gut behandeln, es gibt aber keinen Behandlungsplatz.").

In zwei vom Wilhelmstift betreuten Einrichtungen in Nähe zur Klinik fanden je acht Gruppensitzungen mit Jugendlichen statt. Hier fanden ganz vorwiegend Themen der Integration, zur Ursache zwischenmenschlicher Konflikte, der Erinnerung an kulturell Wichtiges aus der Heimat, der Beziehungsgestaltung zu Mädchen und zu Erwachsenen in Deutschland ihren Platz. Eine Kontinuität der Besuche der Gruppensitzungen war oft nicht gewährleistet, trotzdem zeigten sich die Jugendlichen hoch interessiert und in der Regel motiviert zur Teilnahme.

### **3.3. Jugendpsychiatrische Notfallversorgung, akutstationäre Klinikbehandlung und Rückführung in die Wohneinrichtungen**

Mit allen Einrichtungen des LEB wurde ein Prozedere für akute Notsituationen festgelegt und vereinbart, wie in der Krise bei hochakuter Symptomatik, z.B. wahnhafter Realitätsverkenntung und akuter Selbst- und Fremdgefährdung von Jugendlichen, zu verfahren sei. Die Umsetzung gelang in der Regel gut. Akut erkrankte Jugendliche mussten in einigen Fällen gegen ihren Willen nach § 12 des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) in den Kliniken untergebracht und behandelt werden. Dabei waren neben der Grunderkrankung die Sprachbarriere und resultierende Schwierigkeiten, Behandlungsinhalte und Ziele im Notfall zu kommunizieren, mit ursächlich für die emotionalen Ausnahmezustände nach der Veranlassung einer stationären Aufnahme waren. Dolmetscher konnten naturgemäß nur temporär anwesend sein und standen nachts und an Wochenenden nicht zur Verfügung. Die klaren Regeln und Strukturen der Kliniken wurden oft gerade bei im Fluchtprozess forciert vorgereiften pseudoautonomen Jugendlichen nicht gut akzeptiert.

Die Rückführung der Jugendlichen in die Einrichtungen nach Behandlungsende musste organisatorisch weiter ausgebaut werden, dies z.B. bezüglich besserer Absprachen zwischen dem Stationspersonal der Klinik und den Betreuenden und behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten in der Einrichtung. Teilweise wurden Klinikaufenthalte weder von der Einrichtung noch von Klinikseite her an die für die LEB-Versorgung zuständigen KJP-Ärztinnen bzw. Ärzte gemeldet. Manche Jugendliche wurden in die Einrichtungen entlassen ohne gesicherte Anschlussversorgung. Hier bedarf es einer formal geregelten Kommunikation, in der die begrenzten Betreuungsmöglichkeiten der Wohneinrichtungen realistisch einfließen. So kann z.B. eine permanente Beaufsichtigung eines Jugendlichen nur schwer umgesetzt werden, v.a. wenn sich dieser aktiv entzieht.

Diesbezüglich fanden Kooperationsgespräche mit den Leitungen des LEB und denen der KJP-Kliniken statt, die zu ersten Verbesserungen in der Überleitung von Betreuten führte

und auch positive Auswirkungen auf solche Prozesse bei deutschen Kindern und Jugendlichen hat (z.B. Überleitung Klinik – Kinder- und Jugendnotdienst). Entsprechende Checklisten wurden erstellt.

### **3.4. Jugendpsychiatrische Betreuung bei Einrichtungswechsel**

Zentral in der psychiatrischen Arbeit mit Jugendlichen ist es, Betreuungskonstanz zu gewährleisten, damit ein ambulant oder stationär erzielter Behandlungserfolg nicht gefährdet wird. Dabei ist gerade bei traumatisierten Menschen Beziehungskontinuität von hoher Bedeutung und ermöglicht erst, dass hilfreiche Angebote in vertrauensvollem, verlässlichem Klima nachhaltig greifen können.

Die Kontinuität im beschriebenen Setting ließ manchmal zu wünschen übrig, da die Informationen über Verlegungen von Jugendlichen in andere Einrichtungen des LEB sehr spät kamen und vereinbarte Termine durch plötzliche Verlegungen ausfielen. Gelang die Kommunikation zwischen den beteiligten Wohngruppen, konnten die Ärztinnen bzw. Ärzte eine wichtige Rolle der Informationsvermittlung, insbesondere jedoch der Beziehungsstabilisierung des Jugendlichen in seinem neuen Wohnumfeld übernehmen.

Im Laufe der Kooperation wurden Strukturen erarbeitet, die eine Weiterversorgung über bis zu drei Terminen nach Auszug eines Jugendlichen aus der erstversorgenden Einrichtung in eine andere ermöglichen. Zur Beurteilung einer bekannten Symptomatik im Verlauf, zur Begleitung und Stabilisierung in Phasen des Umbruchs (erneuter Wechsel des Lebensortes), zur Übergabe medizinischer Informationen an die Betreuenden der weiterversorgenden Einrichtung in personeller Kontinuität bis zur erfolgreichen Anbahnung einer wohnortnahen Versorgung im ambulanten System war diese Möglichkeit hochgradig effizient.

In Ermangelung einer solchen Nachbetreuung wurden die Jugendlichen wie auch junge volljährige Flüchtlinge häufig erheblich verunsichert. Auch die Anhörungen zum Asylantrag fielen oft auf einen Zeitpunkt, zu dem die meisten Jugendlichen bereits in weiterversorgende Einrichtungen umgezogen waren. In einigen Fällen wurde Weiterbetreuung seitens der primär zuständigen Ärztinnen bzw. Ärzte dankbar und gewinnbringend angenommen, z. T. erschien die Anzahl der dafür möglichen Termine noch zu knapp bemessen. Hier wäre eine größere Betreuungsflexibilität in einrichtungsübergreifenden Sprechstunden der beteiligten Ärztinnen bzw. Ärzte der Kliniken wünschenswert. Oft war die Beziehungskontinuität von entscheidender Bedeutung für die psychische Stabilität der Jugendlichen, die häufig am (traumatischen) Verlust ihrer wesentlichen Bindungspersonen und dem oft ungeklärten Schicksal ihrer nächsten Angehörigen litten und auf jegliche Veränderungen beziehungs sensitiv reagierten. Der organisatorische Aufwand in solchen Übergangssituationen war besonders hoch, jedoch unverzichtbar.

## **4. Fortentwicklung der Kooperation**

Im Laufe der Kooperation konnte mit zunehmender Erfahrung in der Zusammenarbeit und dem nachlassenden Fallzahldruck bei der Versorgung von UMA der Versuch unternommen werden, die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im LEB einerseits für bestimmte Zielgruppen auszudifferenzieren und andererseits auf die übrigen Einrichtungen des LEB und damit Hamburger Kinder und Jugendliche auszuweiten. In diesem Zuge entstanden die nachfolgend beschriebenen Ansätze.

### **4.1. Einrichtung der Clearingstelle für besonders belastete UMA**

Es hatte sich zunehmend herausgestellt, dass eine Betreuung von schwer traumatisierten oder psychisch schwer belasteten Jugendlichen in einer herkömmlich geführten Betreuungseinrichtung für Flüchtlinge keine adäquate Versorgung bot. Der hohe Betreuungsaufwand und die immer wiederkehrenden Krisen mit teilweise impulsiven oder suizidalen Einbrüchen stellten die Betreuer vor herausfordernde Aufgaben, denen sie mit pädagogischen Mitteln allein nicht gewachsen waren.

Um den Bedürfnissen der Jugendlichen gerecht werden zu können, wurde eine Einrichtung als Clearingstelle konzipiert mit deutlich erhöhtem pädagogischem Betreuungsschlüssel sowie zusätzlich 20 Wochenstunden jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Diagnostik, Beratung und Behandlung. Der Betrieb wurde im April 2017 aufgenommen. Dort soll im Rahmen einer Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII über einen Zeitraum von ca. 6 Monaten eine Stabilisierung der Jugendlichen und der Wechsel in eine auf Dauer angelegte Betreuungseinrichtung oder anderen adäquaten Verbleib vorbereitet werden.

Die Kapazität der Einrichtung wurde auf maximal zehn Klienten begrenzt und damit deutlich überschaubarer angelegt als in der allgemeinen Erst- und Folgeversorgung von Flüchtlingen, um mehr Ruhe und Gemeinschaftszeit in der Gruppe zu gewährleisten. Nach sorgfältiger Personalauswahl wurden pädagogische Fachkräfte, die meist traumapädagogische Fachkenntnisse und Erfahrungen mitbrachten und sich an der Erarbeitung des Konzeptes beteiligten, und Expertise aus der KJ-Psychiatrie in dieser Einrichtung zusammengeführt.

Die jugendpsychiatrische Betreuung wird durch die KJP-UKE angeboten, bei der auch die sektorale Zuständigkeit für eventuell notwendige stationäre psychiatrische Kriseninterventionen liegt. Über die PIA der KJP-UKE kann unter Erhaltung personeller Kontinuität gegebenenfalls eine benötigte Medikation verordnet werden. Bei Bedarf ist es zudem möglich, eine weiterführende Psychotherapie in der Flüchtlingsambulanz des UKE anzubahnen, die auch über die Betreuungszeit in der Clearingstelle hinaus fortgesetzt werden kann.

Die Clearingstelle birgt eine exzellente Möglichkeit, psychisch schwer belastete Jugendliche frühzeitig in einem Kontext zu betreuen und zeitgleich zu behandeln, was problematische Entwicklungen in der allgemeinen Erstversorgung abfangen und Übergangsprobleme zwischen den Bereichen mindern kann. Zudem kann eine Integrationsmöglichkeit mit zukunfts-trächtiger Perspektive für Jugendliche geschaffen werden, die aufgrund ihrer psychischen Problematik und oftmals verminderten Teilhabe an einem altersadäquaten Alltag infrage steht. Schließlich wird hier ein Setting erprobt, das bei weiter nachlassender Neuaufnahme von UMA in das Regelsystem für die Hamburger Jugendhilfe integriert werden könnte. Erste Erfahrungen zeigen, dass das Konzept zur deutlichen Beruhigung und Entlastung der psychisch hochbelasteten Klientel beiträgt.

#### **4.2. Ausweitung der Kooperation auf junge Volljährige**

Das Thema der Transition zwischen Jugendhilfe-Einrichtungen und solchen der Hilfen für Erwachsene ist mittlerweile auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie als vordringlich bedeutsam identifiziert worden. Die höchste Inzidenz (Häufigkeit von Neuerkrankungen) und Prävalenz (Häufigkeit insgesamt) von psychischen Erkrankungen findet sich im Zeitraum der adoleszenten Entwicklung, d.h. zwischen ca. 14 und 24 Jahren. In dieser Entwicklungsphase besteht eine vermehrte psychische Vulnerabilität, weil die Hirnreifung mit einhergehender Impulskontrollsteuerung, Fähigkeit zur emotionalen Regulation, Stresstoleranz, Mentalisierungsfähigkeit<sup>4</sup> und Selbstfürsorge nicht mit dem 18. Lebensjahr, sondern frühestens im Jungerwachsenenalter abgeschlossen ist. Daher soll ein Übergang zwischen Versorgungsangeboten des Jugend- und des Erwachsenenalters hergestellt werden. Dies gilt sowohl in der Medizin als auch in der Jugendhilfe.

Mit der konzeptionellen Weiterentwicklung der Flüchtlingseinrichtungen des LEB seit Oktober 2016 ist ein Verbleib Volljähriger in den Einrichtungen möglich. Damit konnte der Nachreifungsprozess der jungen Flüchtlinge im Ankunftsland ohne Einrichtungswechsel und mit KJP-Begleitung in den Einrichtungen ermöglicht werden. Generell ist aus jugendpsychiatrischer Sicht auch der weitere Aufbau von Kooperationsstrukturen mit den erwachsenenpsychiatrischen- und psychotherapeutischen Systemen notwendig, der zunächst mit einer der Kliniken (UKE) gestartet wurde.

---

<sup>4</sup> Fähigkeit über sich selbst und andere zu reflektieren, eigene und fremde Motive zu erfassen und ein Verständnis für die lebensgeschichtlich bedingte Interpretation / Bedeutungszumessung zu nutzen.

### 4.3. Ausweitung der Kooperation auf andere Jugendhilfeeinrichtungen des LEB

Seit Anfang 2017 erstreckt sich die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Rahmen des Kooperationsvertrages auch auf weitere Einrichtungen des LEB wie einige Kinderschutzhäuser und Wohngruppen, u.a. auch für junge Volljährige und Alleinerziehende. Seit über 10 Jahren bestand bereits eine feste Kooperation der KJP-Wilhelmstift mit dem Kinder- und Jugendnotdienst, die nun intensiviert fortgeführt wird. Diese Ausdehnung der Betreuung wurde als sinnvoller Schritt angesichts sinkender Zahlen von in Obhut genommenen Flüchtlingen bei gleichbleibender jugendpsychiatrischer Stellenkapazität vereinbart. Die Aufgaben der tätigen Ärztinnen und Ärzte entsprechen denen der bisherigen Vereinbarung.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass solche Angebote und klinischen Interventionen den Vorteil bieten, tatsächlich alle Mitglieder des pädagogischen Fachkräfteteams und die kinder- und jugendpsychiatrisch Fachkundigen in einen Austausch zu bringen. Da sich viele Facetten der individuellen Belastungen und Symptome des betreuten Kindes oder Jugendlichen oft familienanalog in der Vielfalt seiner Beziehungsgestaltung mit den Betreuenden widerspiegeln, lässt sich so ein umfassendes Bild der jeweiligen Problematik darstellen und ein gemeinsames Vorgehen erarbeiten.

Dieser Ansatz bietet viele Vorteile gegenüber einer ambulanten Vorstellung von symptomatischen Betreuten in Praxen oder Klinikambulanzen, an denen meist nur einzelne pädagogische Fachkräfte beteiligt sind. Hier gehen wesentliche fallrelevante Aspekte oft in der Übermittlung verloren oder werden aufgrund der ausschnitthaften Präsentation gegenüber den ambulant tätigen Ärztinnen bzw. Ärzten erst gar nicht erfasst, sodass die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nicht hinreichend greifen kann.

Zudem können frühzeitig auch solche Probleme der Betreuten besprochen werden, bei denen die Schwelle für eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Vorstellung noch nicht überschritten ist. Dies dient der Vermehrung von Expertise beim pädagogischen Team und bestenfalls auch der Prävention manifester Störungen.

Eine weitere wesentliche Verbesserung besteht in der Möglichkeit, die im LEB tätigen Klinikärztinnen bzw. -ärzte für die große Zahl der intermittierend ambulant oder stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandlungsbedürftigen Klienten als zwischen den Institutionen vermittelnde Instanz einzusetzen. In diesem Sinn können z.B. Gespräche mit Betreuten, pädagogischen Fachkräften, Klinikärztinnen bzw. -ärzten und den LEB-KJ-Psychiaterinnen und -psychiatern anberaumt werden, die die Übergabe und Kontinuität zwischen Einrichtungs- und Klinikbehandlung sichern. In konflikthaften Situationen werden in Wohngruppen z.B. auch ärztliche Gespräche mit Eltern von Betreuten geführt, die einer notwendigen Klinikbehandlung für ihr Kind kritisch gegenüber stehen, was die Skepsis und Stigmatisierungsangst zu mindern hilft.

Im Versorgungsbereich für Alleinerziehende in der Betreuung nach § 19 SGB VIII wird das Jungerwachsenenalter zum Teil überschritten (Ü21), sodass erwachsenenpsychiatrische Fragestellungen aufkommen. Ein Großteil der Alleinerziehenden hat bereits Erfahrungen mit dem Helfersystem und zum Teil auch Vorerfahrungen mit der KJ-Psychiatrie und Psychotherapie. Erhebliche psychische Auffälligkeiten mit Behandlungsbedürftigkeit werden in den Einrichtungen im täglichen Miteinander manifest. Der psychiatrische Erwachsenenbereich unterscheidet sich konzeptuell und strukturell stark von der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sodass neue Vernetzung und Kooperationen geschaffen werden müssen, um die Klientel umfassend und nachhaltig psychiatrisch zu unterstützen.

Überschneidungen mit den Aufgaben weiterer, in der Jugendhilfe etablierter Helfersysteme (Supervision von Wohngruppen, JPD, JPPD) wurden im Rahmen der Kooperation und im Einzelfall pragmatisch gelöst. Die KJPen rechnen künftig eher mit Ergänzungen als mit Aufgabenkonflikten. Bei einer Fortsetzung der ausgeweiteten Kooperation soll diese Schnittstelle bearbeitet werden.

## 5. Bewertung der Kooperation an der Systemschnittstelle

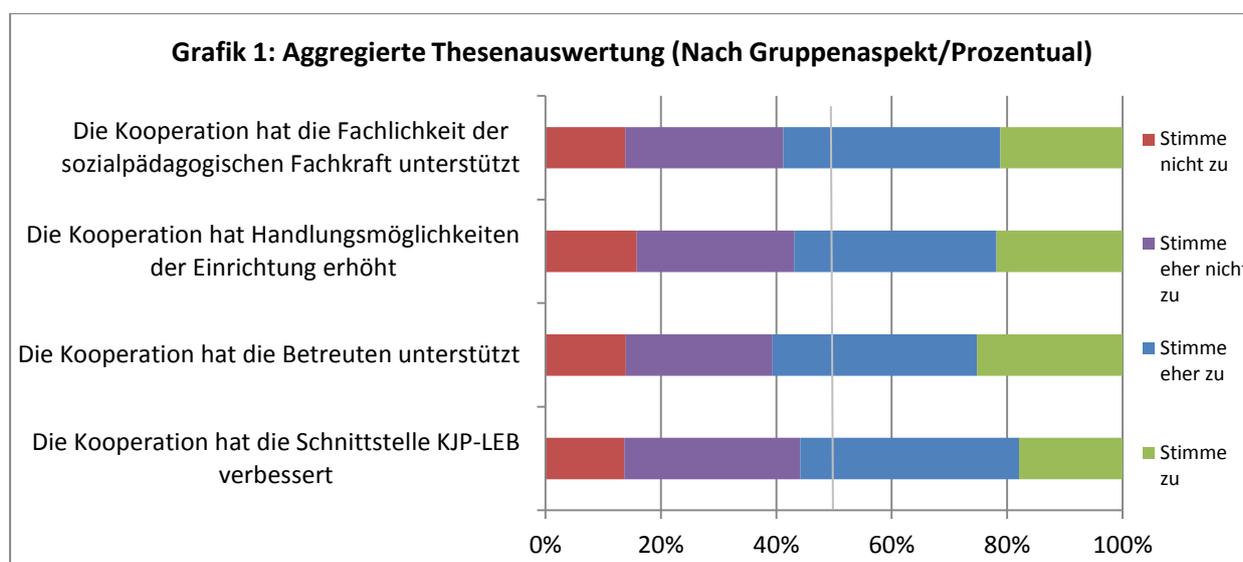
Die Beziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Jugendhilfe wurde in vielfältigen Fachdiskursen erörtert und Qualitätskriterien für eine gute Praxis in mannigfachen Handreichungen und Leitfäden beschrieben. Mit dem Kooperationsprojekt bietet sich daher auch die Möglichkeit, die Zusammenarbeit konkret in großem Umfang und über eine längere Zeit zu praktizieren und zu bewerten: Hat sie Vorteile gebracht für die Kooperationspartner und die Klienten? Was hemmt die Kooperation, was ist förderlich?

In diesem Zusammenhang bieten die Fallvignetten (siehe Anhang I) einen Einblick in die Zusammenarbeit und deren Auswirkung auf den Fallverlauf. Darüber hinaus wurden die zahlreichen, an der Kooperation beteiligten Fach- und Führungskräfte im LEB zur Bewertung der Kooperation befragt.

### 5.1. Bewertung der Kooperation aus der Sicht des LEB

Auf Basis einer schriftlichen Befragung der Fach- und Leitungskräfte des LEB mit 18 Thesen zu Wirkungsaspekten<sup>5</sup> sollte herausgearbeitet werden, ob von den Befragten eine Wirkung wahrgenommen wurde. Die Befragung war anonym und freiwillig. Jede Mitarbeiterin bzw. jeder Mitarbeiter hatte die Möglichkeit, sich an der Befragung zu beteiligen. Insgesamt haben 251 Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter geantwortet<sup>6</sup>. Zusätzlich wurden fünf qualitative Interviews durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen kein deutliches Ergebnis in eine Richtung, wobei den gestellten Thesen zur positiven Wirkung leicht häufiger voll oder mit Einschränkung zugestimmt wurde (s. Grafik 1).

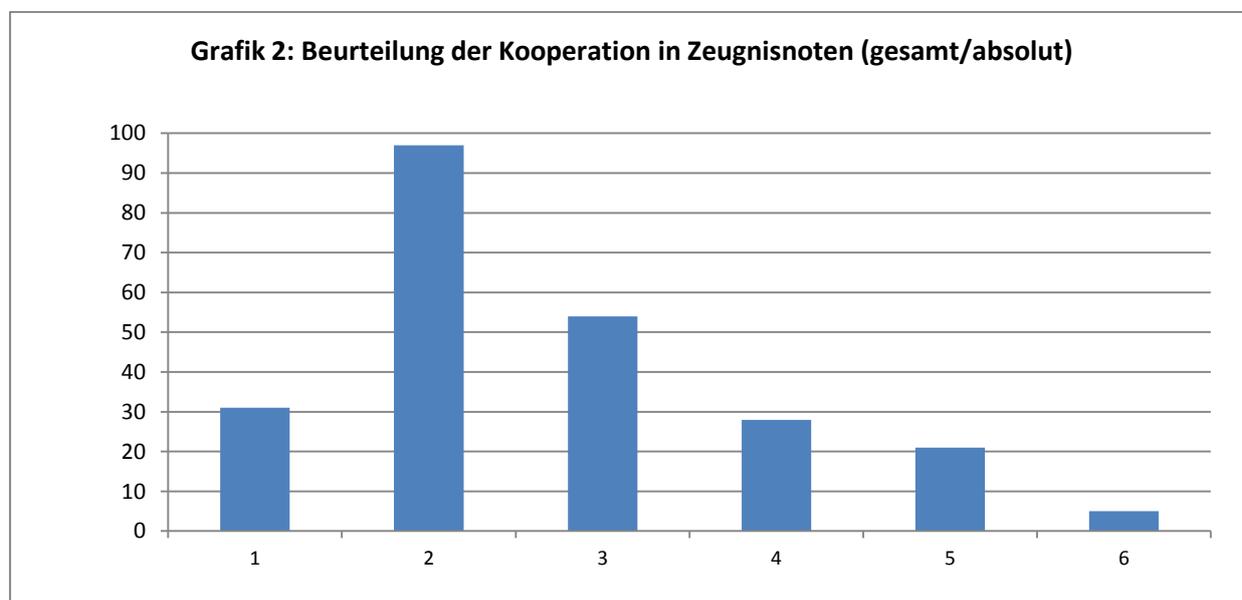


Bei der Befragung wurde eine Gesamteinschätzung der Kooperation erbeten. Diese wurde im Fragebogen auf Basis von Zeugnisnoten erhoben (s. Grafik 2). Die Kooperation wurde hierbei durch die Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter im Mittel mit einem gutem Befriedigend ( $\bar{x}$  2,69) bewertet, wobei 54% der Befragten die Kooperation mit „sehr gut“ oder „gut“ bewerteten (Median: 2). Knapp ein Viertel der Befragten (23%) bewerteten die Kooperation mit Ausreichend oder schlechter (9% „ungenügend“; 2% „mangelhaft“). In der Bewertung dieses Ergeb-

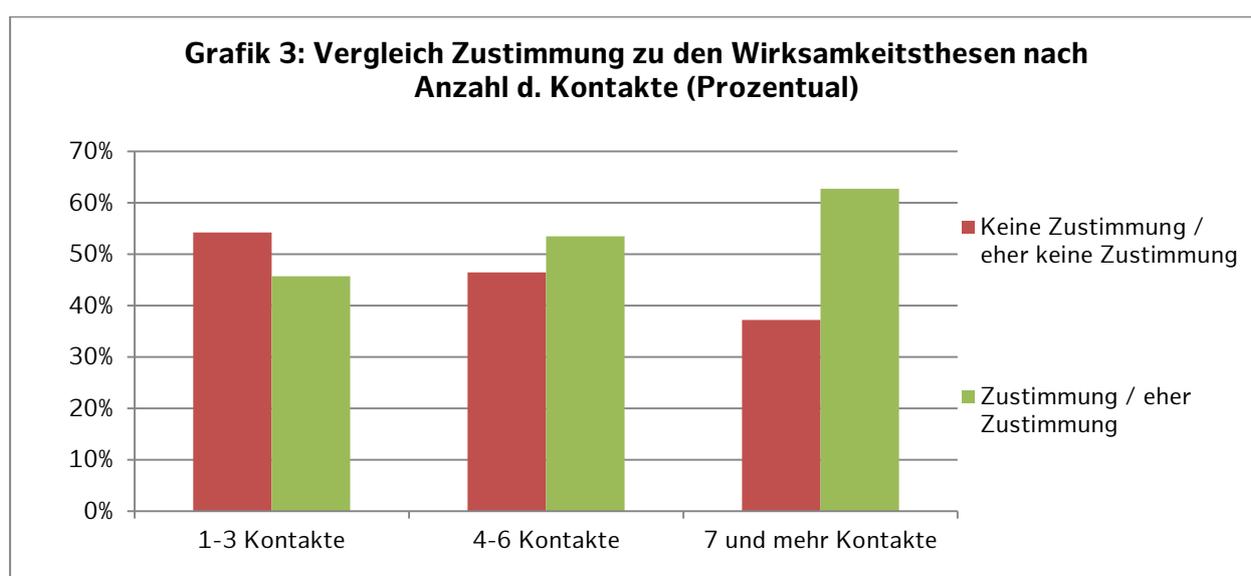
<sup>5</sup> Es wurden vier Aspekte fokussiert: Die Schnittstelle KJP-LEB; Die Lebenssituation von Betreuten; Die Weiterentwicklung der LEB-Einrichtungen und die fachlichen Entwicklung der sozialpädagogischen Fachkräfte.

<sup>6</sup> Die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Rahmen der Kooperation realen Kontakt zu KJP-Ärztinnen bzw. Ärzten hatten, ist nicht bekannt. Solche ohne Kontakte wurden gebeten, nicht zu antworten. Ebenso wurde der Kontakt mittels Kontrollfragen erhoben und Antworten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne Kontakt zur KJP nicht berücksichtigt. Die errechnete Rücklaufquote von 37% basiert auf der Anzahl aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insofern kann der Rücklauf höher angesetzt werden.

nisses muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Befragten die Kooperation überwiegend fortsetzen möchten (66%) bzw. eine Fortsetzung mit Veränderungen wünschen (24%). Lediglich 10% der Befragten plädieren dafür, auf eine Fortsetzung der Kooperation zu verzichten.



Die univariate Auswertung über alle Befragten zeigt keine eindeutige inhaltliche Tendenz. Bivariat betrachtet zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede. So bewerten Leitungskräfte die Kooperation durchweg positiver als die pädagogischen Fachkräfte. Vor allem aber zeigt die Variable der tatsächlichen Kontakte zu den KJP-Ärztinnen und -Ärzten einen deutlichen Zusammenhang zur Wahrnehmung von Wirkungsindikatoren (siehe Grafik 3). So stimmen 63% der Befragten, die 7 und mehr reale Kontakte zu KJP-Ärztinnen und -Ärzten hatten, den erhobenen Wirksamkeitsindikatoren zu bzw. eher zu, im Vergleich zu 46% der Befragten mit 1-3 Kontakten. Bedeutsam ist hierbei, dass ein Einfluss der Dauer der Teilnahme an der Kooperation selbst nicht festgestellt werden kann<sup>7</sup>. Insofern kann die These aufgestellt werden, dass nicht die Dauer der Kooperation in einer Einrichtung, sondern die Anzahl der realen Kontakte die Bewertung der Kooperation bzw. das Erleben von Wirkung beeinflusst.



<sup>7</sup> 63% der Befragten aus den Abteilungen 3 und 9 (volle Laufzeit der Kooperation) stimmen den Wirksamkeitsindikatoren zu bzw. überwiegend zu, Befragte der Abteilungen 4-7 (in die Kooperation ab Januar 2017 einbezogen) zu 59%.

Besonders interessant ist, dass sich diese Differenz in der Einschätzung auf einzelnen Variablen sehr deutlich abzeichnet und auf anderen nicht nachgewiesen werden kann. Es ist folglich kein generelles Bild, sondern ein differenziertes. Keine bzw. kaum Unterschiede ( $+/- <=7%$ ) finden sich bei der Frage, ob die Kooperation zu weniger psychisch bedingten Ausnahmesituationen beigetragen hat, die Kooperation für die Betreuten unterstützend oder die eigene fachliche Entwicklung hilfreich war. Im Gegensatz hierzu, zeigen andere Variablen sehr große Unterschiede in der Bewertung. Hierzu zählt insbesondere die Frage, ob die Schwierigkeiten an der Schnittstelle bzw. in der Zusammenarbeit zwischen der KJP und dem LEB geringer geworden sind, die Kooperation dazu beigetragen hat, Falllagen schneller und sicherer einzuschätzen und, ob die Kooperation für die „allgemeine“ Betreuungsarbeit in der Einrichtung hilfreich war. Hier stimmen Fachkräfte mit mehr Kontakten im Vergleich zu ihren Kolleginnen bzw. Kollegen mit weniger Kontakten deutlich häufiger zu ( $>= 30%$ ) (Details zu den Befragungsergebnissen siehe auch Anhang II).

Vor dem Hintergrund dieses Ergebnisses<sup>8</sup> erscheint die These gestattet, dass eine Kooperation zwischen den Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern und den sozialpädagogischen Fachkräften im konkreten, gegenseitigen Erleben auszuhandeln ist und erst auf der Basis konkreter zwischenmenschlicher Erfahrung eine positive Kooperation bzw. eine positiv erlebte Kooperation zu gelingen scheint. Hierzu gibt es aus dem Datenmaterial weitere Belege:

Grundsätzlich kann im Datenmaterial zunächst aufgezeigt werden, dass die Kooperation selbst auch als Störung empfunden werden kann. So wird häufiger von Erfahrungen berichtet, in denen die Kinder- und Jugendpsychiatrien die Möglichkeiten und bzw. oder den Auftrag einer Jugendhilfeeinrichtung nicht ausreichend würdigen bzw. berücksichtigen. Insbesondere hier werden eine stärkere Angepasstheit der Interventionen bzw. Vorschläge und eine lebensweltorientiertere Beratung gewünscht. Kritisch erscheint in diesem Zusammenhang, dass sich neun Kommentare finden lassen, in denen eine zwischenmenschliche Verletzung zum Ausdruck kommt. So wird eine Wertschätzung der pädagogischen Fachkräfte des LEB, eine höhere Empathie und ein angemessenerer Umgang eingefordert.

Hierbei werden von den Befragten gehäuft der Wunsch nach einer stärkeren Integration der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen bzw. -psychiater in das Team geäußert, zum Beispiel über „gemeinsame Planungen“, „Fallbesprechungen“ und „Fallgestaltungen“, eine stärkere „Rückkopplung“ der ärztlichen Interventionen an das Team, einen „intensiveren Austausch“ oder eine aktivere und unmittelbarere Arbeit mit und am Klientel. Es wäre zu diskutieren, ob diese Wünsche als Strategien zur Reduktion von Passungsstörungen zu verstehen sind oder den Wunsch zum Ausdruck bringen, die Teamkompetenzen zu erweitern und bzw. oder (Fall-) Entlastung zu organisieren. Alle drei Interpretationen lassen sich am Datenmaterial tendenziell bestätigen.

Deutlich erkennbar ist in den Fragebögen und den qualitativen Interviews, dass eine Kooperation insbesondere dort zu gelingen scheint, wo die „Ratschläge“ bzw. Interventionen der KJP-Ärztinnen bzw. Ärzte von den pädagogischen Fachkräften als adaptiv empfunden werden. Interessanterweise lassen sich in den qualitativen Interviews mehrere Belege finden, die aufzeigen, dass diese Passung im Laufe der Zeit entstanden ist, möglicherweise in einem doppelten Lernprozess, wie der folgende Beleg zeigt:

„Am Anfang war das schon ein bisschen sehr theoretisch, wo man dachte: in der Praxis arbeiten wir aber so und sie hat dann solche theoretischen Vorschläge. Aber im Laufe der Zeit fand ich, waren es dann ganz praktische Vorschläge, die wir super umsetzen konnten, (...) und dass sie dann auch ein bisschen mehr bei uns war.“

---

<sup>8</sup> Ein statistischer Einfluss der Beschäftigungsdauer und der Klientengruppe in der Einrichtung (mit einer Ausnahme, der Betreuung von Kindern zwischen 0-3 Jahren) kann nicht festgestellt werden. Eine Beschreibung unterbleibt im Weiteren.

Hierbei findet sich insbesondere der Aspekt der Zeit in vielen Passagen des erhobenen Materials, häufig gekoppelt an konkretes Erleben und einer Veränderung der Ausgangssituation:

„Also ich habe heute das Gefühl, dass die Mitarbeiter das auch mehr in Anspruch nehmen oder auch, dass man anfangs gewisse Vorbehalte hatte. Auch bei den Jugendlichen zum Beispiel. Dass die nicht genau wussten, was auf sie zukommt. Das hat sich im Laufe der Zeit gelegt als man gesehen hat, welche positiven Auswirkungen das auch hat“

Hierbei erscheinen im Datenmaterial auch professionsbezogene Aspekte. So wird etwa herausgehoben, dass die Kooperationspartnerin, „obwohl sie eine Ärztin ist“, praktisch umsetzbare Vorschläge macht. In der Auseinandersetzung bzw. in dem „Herantasten“ an die andere Profession lassen sich zwei erfolgreiche Strategien herausstellen. Zum einen erleichtert es offenbar die Kooperation, wenn die sozialpädagogischen Fachkräfte ihr Anliegen (vor)formulieren und das Kooperationsverhältnis aktiv angesprochen wird:

„Und da hat sie uns wiederum sehr schnell signalisiert, dass alles das, was sie uns an Rückmeldung und Angeboten gibt, eben Angebote sind und als Beratung und nicht als Handlungsanweisung zu verstehen sind. Und das war natürlich etwas, was man am Anfang gut kommunizieren musste, weil es natürlich immer noch Eindruck macht, wenn eine Ärztin vor einem sitzt und eine Idee davon hat, was richtig und falsch ist, was in unserem Beruf ja eh so ein bisschen schwierig ist. Aber dadurch, dass dies im Vorfeld so transparent von ihrer Seite aus kommuniziert wurde und auch unsere Wünsche von unserer Seite, wurden wir da immer wärmer und konnten immer schneller zu dem Punkt kommen, worum es uns da geht.“

Neben der Klärung in diesem Sinne findet sich eine weitere produktive Strategie: Die Wahrnehmung der Ärztin bzw. des Arztes als Ergänzung zur eigenen Profession, als „Blick von außen, der nicht in der Beziehungsarbeit zum Klienten steht“; als „Blick“ der „so überhaupt nicht dem Raster entspricht, in dem wir wahrnehmen“. Hierbei zeigt sich diese Strategie als geeignet, auch Kooperationsbeziehungen produktiv zu nutzen, indem die unterschiedlichen Handlungslogiken der Professionen wahrgenommen werden:

„Durch den Blick von außen bekommt man entwicklungspsychologische Anreize und diese Dinge bauen wir in Trägerbeiträge ein und bringen sie als unsere Empfehlungen ein. Ich finde, sie ist sehr verhaltenstherapeutisch orientiert und wir alle sind ja systemisch orientiert. Und ich finde, es ist eine sehr gute Ergänzung.“

In den erhobenen Daten lassen sich weitere positive Elemente der Kooperation herausarbeiten. Die Fortbildungen werden ebenso als positives und stärkendes Element beschrieben, wie die Tatsache, dass die Ärztinnen und Ärzte in die Einrichtung kommen. Dies erspart nicht nur Zeit, sondern wirkt insbesondere auf die Jugendlichen normalisierend und senkt offenbar die Schwelle, eine klinische Beratung in Anspruch zu nehmen. Leitungskräfte benennen einen Profit in der fachlichen Beratung und im fachlichen Feedback durch eine dritte Person. Die fachliche Einschätzung durch die Ärztin bzw. den Arzt bekräftigt mitunter die Einschätzung der sozialpädagogischen Fachkraft und führt zu einem sicheren Auftreten, welches wiederum auch die Lebenssituation der betreuten Kinder und Jugendlichen beeinflusst. Letztlich wird auch berichtet, dass es den Ärztinnen und Ärzten gelingt, auch Alltägliches bzw. Profanes wie gemeinsames Singen, Tagesangebote oder eine positive Ansprache wieder in Erinnerung zu rufen.

## **5.2. Auswirkungen der Kooperation auf die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken Hamburgs**

In den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken Hamburgs wurden im Rahmen der Kooperation Themen der Migrationspsychiatrie und transkulturellen Psychotherapie vermehrt aufgegriffen und vertieft, diese sowohl im pädagogischen als auch im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich. Kulturelle Phänomene wurden dabei als prägend nicht nur

für den Umgang mit Fremden, sondern auch mit Angehörigen der eigenen Kultur wahrgenommen und adressiert, was berufsgruppenübergreifend neue Erfahrung schuf. Es konnte eine Grundhaltung erarbeitet werden, spezifische Aspekte kultureller Gruppen in jeder Begegnung mit Patienten aufzugreifen und in der Behandlung aller - auch deutscher - Patienten mehr zu berücksichtigen, was in den Fallbesprechungen der Kliniken positiv zum Tragen kam.

Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter klagten im Umgang mit den jugendlichen Flüchtlingen zunächst über Gefühle der Hilflosigkeit, Ohnmacht und kommunikativen Behinderung. Hier war für das Verständnis hilfreich herauszustellen, dass die Professionellen kommunikative Erfahrungen analog denen ihrer jugendlichen Patienten machten und dabei gleichgerichtete Gefühle erlebten.

In Einzelfällen kam es nach psychiatrisch notwendigen Unterbringungen gegen den Willen der Patienten nach § 12 HmbPsychKG zu gewalttätigen Reaktionen von Patienten bei Begrenzungen. Der Kontrast zwischen vergleichsweise vorgabenarmer Betreuung in der Jugendhilfe und den hochstrukturierten Anforderungen an die Alltagsgestaltung in der Klinik inklusive Begrenzung von Rauchen, Zeiten der Internet- und Mobiltelefonnutzung, Alkoholabstinenz u.a. erwies sich in diesem Kontext oft als sehr konflikthaft, insbesondere für die nordafrikanische Klientel der Straßenkinder, die unter Freiheitsbegrenzung oft nicht beruhigbar waren. Viele andere jugendliche Flüchtlinge hatten erst in Deutschland und zur Bewältigung innerer Anspannung begonnen, Alkohol zu trinken, zu rauchen und Cannabis zu konsumieren, erlebten dieses auch vor dem Hintergrund familiärer und religiöser Gebote als ambivalent und zeigten sich für Hilfen zugänglich. Erwachsenen gegenüber mangelnden Respekt zu zeigen kam für viele auch im Selbsterleben einer kulturellen Grenzüberschreitung gleich und induzierte Scham- und Schuldgefühle, was sich nach Beruhigung der stärksten Affekte in der Klinik durchaus ins Gespräch bringen und konstruktiv im weiteren therapeutischen Dialog nutzen ließ.

Insgesamt ging in der Zeit der intensiven Kooperation die Zahl der jugendpsychiatrischen Notaufnahmen von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen zurück; zudem konnte in einigen Fällen eine schnellere Entlassung unter Aufrechterhaltung der jugendpsychiatrischen Betreuung im LEB erreicht werden.

Die die Flüchtlingseinrichtungen und Wohngruppen betreuenden Ärztinnen und Ärzte erlebten ihre Tätigkeit und die interdisziplinäre Zusammenarbeit als gleichermaßen beanspruchend wie gewinnbringend, was in den folgenden Zitaten zum Ausdruck kommt:

„Im Verlauf gelang es, durch ein wachsendes gegenseitiges Verständnis effizienter und reibungsloser eine bessere Versorgung der jungen Menschen zu gewährleisten, und die Motivation und der bewundernswerte Elan vieler Mitarbeiter in den Einrichtungen unterstützten das.“

„Die vertieften Einblicke in die Möglichkeiten und Grenzen der Jugendhilfe, insbesondere unter dem Druck aktuellen politischen Geschehens, waren und sind für mich sehr aufschlussreich. Insbesondere die Zusammenarbeit mit engagierten Betreuern, die der komplexen Problematik der Jugendlichen im herausfordernden Alltag geduldig, authentisch und beziehungsnahe begegnen, erlebe ich dabei immer wieder als persönlich sehr bereichernd.“

„Den Umgang mit vielen Menschen aus den unterschiedlichsten Kulturkreisen habe ich für mich persönlich als sehr bereichernd erlebt.“

„Die Arbeit mit den verschiedenen Einrichtungen war abwechslungsreich, spannend und auch herausfordernd. In gut strukturierten Einrichtungen, mit einem verantwortlichen Koordinator, gab es selten Absagen oder Terminausfälle und die Kommunikation zwischen dem Arzt und der Einrichtung gestaltete sich unproblematischer, was für die Jugendlichen

eine Zuverlässigkeit in Absprachen bedeutete und für uns die Arbeit deutlich erleichterte.“

„Wir haben den Pädagogen näherbringen können, dass auch wir nicht über Wundermittel verfügen und langfristig gestörte Entwicklungen nicht durch das 'Durchpusten von Gehirnen' heilen können. Der Dialog hat wohl beidseitig Erwartungen aneinander relativiert, das ist gut.“

„Im Rahmen der Kooperation wurde unsererseits ein Umgang mit Jugendlichen außerhalb des stationären Settings und den Schwierigkeiten, aber auch Möglichkeiten, die dieser offene Rahmen bietet, deutlich. Diese Schnittstelle gemeinsam mit den Betreuern zu beleuchten, war eine neue, gute Erfahrung. Auch die Chance, präventiv mit Jugendlichen psychiatrisch arbeiten zu können, ist eine Quelle neuen Denkens und bietet Chancen für die weitere kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in der Zukunft.“

„Die ab Januar 2017 hinzugekommene Arbeit auch in anderen Hamburger Jugendhilfeeinrichtungen und vielen Kinderschutzhäusern bedeutete für mich einen weiteren großen Gewinn an interessanten Einblicken und vielfältigen Erfahrungen. Das angebotene Konzept einer aufsuchenden Fallberatung wurde von den meisten Teams dankbar angenommen, stieß auf großes Interesse und löste oftmals eine produktive Selbstreflexion einrichtungstypischer Prozessabläufe aus. Zudem konnten viele der im Lauf der Jahre gegenüber der KJP entstandenen Vorbehalte aufgelöst werden, und das bessere Verständnis für die Möglichkeiten, aber auch Grenzen therapeutischer Arbeitsweisen in den Kliniken gewinnbringend in die jeweilige Fallarbeit einfließen.“

Das Fazit der Zusammenarbeit ist trotz mancher organisatorischer Anfangsschwierigkeiten durchweg positiv, was sich in der Entscheidung niederschlug, diese auf weitere Populationen betreuter Kinder, Jugendlicher und Jungerwachsener auszuweiten. Ergänzende kinder- und jugendpsychiatrische Fortbildungsveranstaltungen für die pädagogischen Fachkräfte der LEB-Einrichtungen sind in Planung und sollen bevorzugt Themen aufgreifen, die sich in der Zeit der bisherigen Kooperation ergeben haben.

## **6. Zusammenfassende Bewertung und Ausblick**

### **6.1. Bewertung der Kooperation**

Die Kooperation verfolgte den Ansatz einer fallunabhängig finanzierten und organisierten Unterstützung der Jugendhilfeeinrichtungen durch KJP-Ärztinnen und -Ärzte. Die dargestellten Erfahrungen in der Kooperation zwischen der Jugendhilfe (vertreten durch den Landesbetrieb Erziehung und Beratung) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vertreten durch die Hamburger Kliniken) lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. An die Stelle einer nur anlass- bzw. ausschließlich fallbezogenen, punktuellen Zusammenarbeit ist ein kontinuierlicher und breit angelegter Prozess der Kooperation getreten. Diese Kontinuität hat in Bezug auf die Kooperation der Systeme „Jugendhilfe“ und „KJP“ folgende Effekte gezeigt:

- Unterschiedliche Handlungslogiken der Professionen und damit auch professionelle Sichtweisen der Akteure und daraus resultierende Vorbehalte an der Systemschnittstelle werden bearbeitet und weichen einer produktiven Kooperationsbeziehung mit beiderseitigen Lerneffekten, welche die Fortentwicklung und Verzahnung der Systeme positiv beeinflusst.
- Die Arbeit am Fall wird professionell erweitert und optimiert das Fallverstehen sowie das gemeinsame Handeln, die Hilfeplanung und schließlich konkret die Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen.
- Es werden Handlungsweisen abgestimmt und gemeinsame Instrumente für die Zusammenarbeit entwickelt.

- Reibungen an der Systemschnittstelle weichen einer beiderseitigen Entlastung: ein schwieriger Fall lässt sich gemeinsam besser und konstruktiver bearbeiten.
- Beide Seiten haben bei der Ausweitung der Kooperation von der Zielgruppe der Flüchtlinge auf das breite Spektrum der Jugendhilfe<sup>9</sup> gezeigt, dass sie sich in einer systematisierten Kooperation schnell auf neue Zielgruppen und Problemlagen einstellen können.

2. Das Handlungsspektrum beider Seiten bezüglich des Falles wird durch die Kontinuität der Zusammenarbeit der Akteure und Annäherung der Systeme erweitert und wirkt sich positiv und nachhaltig auf die Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen aus:

- Eine kurzfristige, aufsuchende Beratung und Intervention ist möglich, Wartezeiten entfallen. In Notfällen ist eine zügige Anbindung an die Klinik möglich.
- Der Zugang zu erforderlichen Hilfen und Interventionen im „System KJP“, konkret zu den unterschiedlichen Angeboten der Kliniken bis zu einer stationären Aufnahme unter Wahrung der Beziehungskontinuität, wird erleichtert. Der Zugang zu erforderlichen Leistungen der KJP ist damit niedrigschwellig.
- Die Nachsorge zu Episoden psychiatrischer Behandlung in einer Klinik kann optimiert werden. Empfehlungen zur weiteren Versorgung können stringenter umgesetzt und Behandlungserfolge mit höherer Wahrscheinlichkeit nachhaltig gesichert werden.
- Das Verstehen des Falles und die Hilfeplanung werden in mehr Fällen als bisher um eine weitere professionelle Perspektive erweitert. In Fällen, die die Schwelle zur Einschaltung einer KJP noch nicht erreicht haben, kann durch frühzeitige Kooperation einer Eskalation des Falles vorgebeugt werden.
- Durch die Präsenz der Ärztinnen und Ärzte in den Einrichtungen und das Kennenlernen der dort betreuten Kinder und Jugendlichen sinkt die Schwelle für eine Einwilligung in eine Kontaktaufnahme bzw. Gespräch. Die Schwelle des Zugangs für einen jungen Menschen zu einer Hilfe durch die KJP wird herabgesetzt.
- Grundsätzlich konnte die Gesamtsituation bei der Betreuung der großen Zahl an UMA auch mithilfe der Kooperation deutlich beruhigt werden und damit auch eine positive Haltung in der Öffentlichkeit gegenüber unbegleiteten jugendlichen Flüchtlingen unterstützt werden.

3. Die KJP-Kliniken haben ihre fachlichen Erkenntnisse über UMA erweitert, die eine zahlenmäßig zwar überschaubare, jedoch besonders herausfordernde Klientel in der klinischen Versorgung darstellen.

- Die fachliche Fokussierung auf männliche Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren mit ähnlichen Erlebnissen, jedoch unterschiedlicher Herkunft ließ Aspekte der kulturellen Prägung psychiatrischer Symptomatologie besonders deutlich hervortreten. Hierdurch konnte das Krankheitsverständnis vertieft werden.
- Erfahrungen in der übersetzergestützten psychiatrischen Diagnostik und Behandlung wurden intensiviert und qualitativ am Beispiel der Sprach- und Kulturmittler in der Jugendhilfe weiterentwickelt.
- Die Anpassung an die Bedürfnisse von Flüchtlingen, die häufig durch repressive Gewalt traumatisiert waren, erforderte eine kritische Reflexion des Umgangs mit der „geschlossenen Tür“ in der Intensivpsychiatrie und dem oft strikten Regelwerk in der stationären Therapie von Jugendlichen. Die haltende Funktion von Freiheitsbegren-

---

<sup>9</sup> Betreuungseinrichtungen nach § 34 SGB VIII, Kinderschutzeinrichtungen nach § 42 SGB VIII

zung in der Krise konnte zunehmend flexibler gegen deren gefährdendes Potential abgewogen werden.

- Mehrsprachige Materialien zur Information von Flüchtlingen über Basics in der psychiatrischen Behandlung (wo, durch wen, mit welchem Ziel) wurden angepasst.

4. Die Kooperation kann als Pilotprojekt und Anregung die für eine Weiterentwicklung gesehen werden: Da in Hamburg als einem der ersten Bundesländer eine entsprechende Initiative entstanden war, wurden und werden die Erfahrungen oft abgefragt, bei Tagungen und Kongressen für unterschiedlichste Professionelle und politische Entscheidungsträger vorgestellt, daneben in Beratungseinheiten vor Ministerien anderer Länder eingebracht und für die Entwicklung von Forschungsvorhaben herangezogen. Innerhalb der fachspezifischen Versorgungslandschaft nimmt Hamburg hier eine klare Spitzenposition in der Kooperation der Betreuung von minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie ein. Das Vorhaben hat damit den Status eines Pilotprojektes mit bundesweiter Ausstrahlung erlangt. Auch mit der Ausweitung auf andere Klientengruppen im Regelsystem der Jugendhilfe nimmt Hamburg mit dieser Kooperation im bundesweiten Vergleich eine fortschrittliche Position ein.

## 6.2. Fortsetzung der Zusammenarbeit in besonderen Arbeitsbereichen

Der LEB wird die Zusammenarbeit mit den KJPen auf vertraglicher Basis ab 2018 in den Bereichen fortsetzen, in denen einerseits bereits vor dem Kooperationsprojekt Kontakte bestanden und die nun weiter optimiert wurden und in Bereichen, in denen eine enge Zusammenarbeit aufgrund der kritischen Falllagen angezeigt ist. Hierzu gehören:

- die Betreuten Einrichtungen für Flüchtlinge (BEF), jedoch entsprechend der aktuellen und zu erwartenden Zahl der Klienten in einem geringeren Umfang
- die Clearingstellen für Flüchtlinge<sup>10</sup>: Clearingstelle 1 Kollaustraße (s. 4.1) und die Clearingstelle 3 in der Hammer Straße mit der Erstversorgung nach Ankunft von UMA in Hamburg und der Betreuungseinheit „2. Chance“
- der Kinder- und Jugendnotdienst
- die Kinderschutzeinrichtungen für Kinder im Schulkindalter
- einzelne Einrichtungen mit besonderen Zielgruppen und wahrscheinlichem Beratungsbedarf.

## 6.3. Ausblick: Erfahrungen für eine Weiterentwicklung der Jugendhilfe nutzen

Die Kooperationspartner LEB und die Hamburger KJP-Kliniken empfehlen, die in der Tendenz positiven Kooperationserfahrungen als Anregung für eine Weiterentwicklung der Hamburger Jugendhilfe zu nutzen. Dabei stehen vor allem die Fragen im Raum,

- ob die in der Kooperation erfolgte Einbindung der KJP-Kliniken in das Hilfesgeschehen in den Jugendhilfeeinrichtungen auf weitere Einrichtungen und Träger übertragen werden kann und
- wie die Zusammenarbeit zwischen den KJP-Kliniken und den kinder- und jugendpsychologischen und –psychiatrischen Kompetenzen im Jugendhilfesystem ggf. besser gestaltet werden kann.

Die Kooperationspartner LEB und KJP-Kliniken werden folgende, konkrete Handlungsschritte unterhalb dieser Grundsatzfragestellungen unternehmen:

---

<sup>10</sup> Die Clearingstelle 2 für UMA mit erheblichen Beeinträchtigungen, deviantem Verhalten und sehr eingeschränkter Erreichbarkeit, die für nordafrikanische, als Straßenkinder sozialisierte UMA eingerichtet wurde, musste im April mangels Nachfrage stillgelegt werden. Ob eine erneute Betriebsaufnahme erfolgt, ist aktuell (Juli 2017) noch nicht absehbar.

1. Einbringen der Kooperationserfahrungen in die Hamburger Kooperationskonferenz zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie:

- Erörterung und Aufgreifen der Ergebnisse im Sinne der Zielvorgabe, für die Konferenz, eine Kooperationskultur zu entwickeln
- Organisation gemeinsamer Fortbildungen
- Anregen einer Diskussion über die hohe Komplexität des Hilfesystems und mögliche Lösungen in Bezug auf eine Herabsetzung von Zugangs- und Kooperationschwellen und übersichtliche Kooperationsverfahren.

2. Organisation einer besseren Versorgung von über 18jährigen UMA, die einer jugendpsychiatrischen Begleitung bedürfen, in einer Einrichtung des LEB analog zu den Transitionsangeboten, die in der psychiatrischen Behandlung Junger Erwachsener zunehmend an Bedeutung gewonnen haben.

3. Fortsetzung der Erörterung über die Zusammenarbeit bezüglich der sog. „Systemsprenger“ mit dem Ziel, konkrete Maßnahmen zu gestalten.

4. Festigung der Kooperation in Bezug auf Notfälle: Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendnotdienst durch Optimierung von Einbeziehungs- und Übergabeprozessen und gegenseitige, breitere Information über Aufgaben, Handlungslogiken und sich daraus ergebende Restriktionen und Chancen.

## Anhang I: Fallvignetten

Anmerkung: Die anonymisierten Fallvignetten sind in unterschiedlichen Stilen gestaltet und sollen bewusst Diversität darstellen.

### **1. Sequentielle niederschwellige Behandlung: 16-jähriger Flüchtling aus Libyen, Wohneinrichtung Bullerdeich (KJP KKH Wilhelmstift)**

A. kommt nach eigenen Angaben aus Libyen. Erstmals wurde er dem Untersucher schon im Kinder- und Jugendnotdienst, dann aus mehreren weiteren Einrichtungen vorgestellt. Er möchte wenig über seine Eltern berichten. Schon in der Heimat habe es Konflikte gegeben. Er sei oft aus der Familie weggelaufen. Schließlich habe er auf der Straße gelebt, dort Geld verdient. Eine Tante habe ihm etwas versorgt. Schon hier zeigen sich Wurzellosigkeit und Verlust eines biografisch kohärenten Lebensnarrativs.

Er habe früh gelernt zu arbeiten. Mit knapp 14 Jahren sei er auf abenteuerlichen Wegen nach Spanien „abgehauen“, habe dort längere Zeit gelebt. Entsprechend kann er mit dem Untersucher Spanisch sprechen, ebenso Französisch. Ein Übersetzer ist nicht notwendig. Dies ist hilfreich, da er sehr misstrauisch ist. A. wirkt intelligent, beziehungs-suchend, gleichzeitig vorsichtig. Seine Traurigkeit fällt auf. Später findet ein erneuter Kontakt im Bullerdeich statt, zu dieser Zeit dann auch deutlicher Drogenabusus (wie schon in Nordafrika) mit Benzodiazepinen und Cannabis. A. hat eine gute Beziehung zu einem besonders zugewandten, klaren Betreuer. Er lernt relativ gut Deutsch, wirkt immer wieder frustriert über mangelnde Handlungsmöglichkeiten, klagt über Mangel an Beschulung, kann die angebotenen Strukturen jedoch auch kaum annehmen.

Nach einer Beziehung zu einem Mädchen entwickelt A. (kulturell geprägte) wahnhaftige Ängste, von dieser verhext zu sein. Bei mehreren kurzen Klinikaufenthalten gelingt es ihm nicht, sich an die Regeln zu halten. Im Weiteren finden ambulante Gespräche statt, die sehr wechselhaft angenommen werden: Gerade diese Möglichkeit immer wieder neu anzuknüpfen ist wichtig bei bindungsgestörten und traumatisierten, sehr auf ihrer Autonomie beharrenden Jugendlichen und kann eigentlich nur im flexiblen Setting einer Klinik mit psychiatrischer Institutsambulanz und weiteren Möglichkeiten der Beziehungskontinuität auf niedrigem Niveau angeboten werden.

### **2. Behandlungskontinuität in Zeiten des Umbruchs: 18-jähriger Flüchtling aus Afghanistan (KJP KKH Wilhelmstift)**

M. sucht seit Anfang 2017 unsere jugendpsychiatrische Sprechstunde auf; bislang haben 10 Kontakte stattgefunden. M. fordert selbständig seine Gesprächstermine bei den Koordinatoren seiner Wohneinrichtung ein und erscheint dazu regelmäßig und pünktlich. Er lebt in einer Erstversorgungseinrichtung, sei zuvor als Erwachsener (Ü18) in einer Wohnunterkunft untergebracht gewesen und nach einer Alterskorrektur der Jugendhilfe zugeführt worden.

M. berichtet, er habe die Ermordung seiner Mutter durch seinen Vater miterleben müssen, was zu seiner Flucht geführt habe. Es gelingt ihm bisher nur in Ansätzen, über seine Familie und Vergangenheit zu sprechen. Er gerät regelmäßig bei Erinnerungen in dissoziative Zustände.

Unsere Empfehlung eines diagnostischen Aufenthaltes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte vom Vormund nicht umgesetzt werden. Weiteren Überlegungen, ihn in der LEB Clearingstelle unterzubringen, konnte wiederum M. nicht folgen. In der Arbeit mit dem Jungen geht es vorrangig um eine Stabilisierung und Zukunftsorientierung. Mit den Umwandlungen der Wohneinrichtungen stand eine BEF-interne Verlegung an. M. konnte klar den Wunsch einer Weiterführung der begonnenen und tragfähig gewordenen Gespräche formulieren, wenn Beziehungskontinuität zugesichert würde. Wir konnten seinen Wunsch gegenüber seinem Vormund und dem FDF anbringen, und in einem gemeinsamen Hilfeplangespräch entschied sich der Jugendliche für eine Unterbringung in einer anderen, von seiner Therapeutin

betreuten Einrichtung, so dass die Kontinuität der therapeutischen Beziehung beibehalten werden kann.

An diesem Fall wird deutlich, welchen Stellenwert kontinuierliche Beziehungsangebote für die Jugendlichen, meist ohne vorhandene tragfähige Bindungen im Exil, bekommen können. Dies ist die Basis für eine erfolgreiche zukünftige Psychotherapie.

### **3. Behandlung der 16-jährigen Mutter eines Kleinkindes aus Afghanistan (KJP KKH Wilhelmstift)**

Die zum Zeitpunkt der Erstvorstellung 16-jährige M. wurde seitens der Erstversorgungseinrichtung ca. 4 Wochen nach ihrem Einzug zur Sprechstunde angemeldet, da ausgeprägte Trauer und Schlafstörungen aufgefallen waren und von abendlichem bzw. nächtlichem Stimmenhören berichtet wurde. Die Vorstellung erfolgte zur weiteren Abklärung und Behandlung. Es erfolgte eine antidepressive schlaffördernde Medikamenteneinstellung, die Jugendliche erhielt wöchentliche Termine über mehrere Monate hinweg, die Versorgung im ambulanten therapeutischen System erwies sich als schwierig. Im Verlauf kam es verschiedentlich zu Zusammenbrüchen und es gab wechselnde psychosomatische Symptome (Kopfschmerzen, Einnässen u.a.) sowie Konzentrationsstörungen. M. unternahm einen Suizidversuch. Diagnostisch ergab sich die Einschätzung einer Posttraumatischen Belastungsstörung sowie einer mittelgradigen depressiven Episode.

Hintergrund der Störung war die Trennung von M's Tochter in deren frühem Kleinkindalter im Rahmen der Flucht vor dem misshandelnden Ehemann und Kindsvater in Folge eines Tötungsversuches durch diesen. M. litt unter der Sorge um die Tochter und um die zunächst in der Heimat verbliebenen, im Verlauf ebenfalls aus Afghanistan geflohenen, übrigen Familienmitglieder. Der Ehemann mit dem sie 14jährig verheiratet worden war und der sie schwerst misshandelte äußerte auch Morddrohungen gegenüber der Familie. Im Verlauf erfolgte eine Entführung der Tochter durch einen Bekannten und eine Rückführung zum Kindsvater, ein in Afghanistan verbliebener Bruder von M. verschwand jedoch und tauchte bis heute nicht wieder auf.

Die Jugendliche litt unter der Unruhe in der Einrichtung und unter der Tatsache, dass es sehr spät im Verlauf zwar eine Amtsvormundschaft für sie gab, jedoch keine ausreichenden Gesprächsmöglichkeiten. Sie fühlte sich in ihrem Herzenswunsch, ihre Tochter zu sich zu holen, um sie in Sicherheit zu wissen, nicht von allen hinreichend unterstützt und reagierte agierend. Für die Betreuerinnen war es eine große Herausforderung, den Spaltungstendenzen der Jugendlichen konstruktiv zu begegnen, was in der Beratung thematisiert werden konnte.

In den therapeutischen Gesprächen entwickelte sich eine vertrauensvolle Basis. M. profitierte vom kontinuierlichen ich-stärkenden Gesprächsangebot, nahm Strukturierungshilfe sowie Anleitung zu Distanzierungsübungen und Ressourcenstärkung dankbar an und stabilisierte sich auf einem noch brüchigen Niveau. Die Schlafstörungen und das Hören von Stimmen waren rückläufig.

In größeren Abständen erfolgte ein Fachaustausch mit und eine Beratung der Bezugsbetreuerinnen. Aufgrund der ausgeprägten Dynamik um die Patientin war und ist kontinuierlich ein hoher sozialpsychiatrischer und organisatorischer Aufwand erforderlich. Nach Auszug aus ihrer Erstversorgungseinrichtung in eine Wohngruppe der Jugendhilfe wurde im Rahmen des MVZ des Wilhelmstifts die Überleitung in eine ambulante Therapie in personeller Kontinuität der Therapeutin ermöglicht und dauert bis heute an. Es war möglich, sie zu ihrer Anhörung im Bundesamt zu begleiten, was eine stabilisierende Wirkung hatte.

### **4. „Migration“ durch die Institutionen: Somatisierung, Substanzabusus, Trauer und Scham bei einem 16-jährigen afrikanischen Flüchtling (KJP UK-Eppendorf)**

M. ist ein 16-jähriger männlicher Jugendlicher aus einer afrikanischen Kriegsregion. Er wurde auf Anraten des Betreuerteams in der BEF vorgestellt. Die Betreuer machten sich Sorgen um

M. Er beklagte Kopfschmerzen und verlangte häufig eine Schmerzmedikation. Zudem gab er an, nicht gut schlafen zu können. Seitens der Betreuer bestand der Eindruck, dass er oft traurig sei.

Erstkontakt: Die Symptomatik bestehe laut M. seit 3 Jahren. Er habe mit den Betreuern nicht detailliert reden wollen, sie hätten aber Recht in ihrer Einschätzung seines Befindens. Einen Kontakt zu einem Psychiater oder Psychotherapeuten habe es bisher nicht gegeben, der Hausarzt habe Magentabletten und Schmerzmittel verordnet. M. nahm das Gesprächsangebot an und erschien pünktlich zum ersten Termin. Er war sehr höflich und freundlich im Kontakt, wirkte jedoch initial traurig, niedergestimmt und latent misstrauisch. Er berichtete von seinen Schlafstörungen und den massiven Kopfschmerzen, die er unbedingt behandelt wissen wollte. Auch fragte er nach einer Röntgenaufnahme des Kopfes, um eine Ursache finden zu können. M. wirkte sehr verzweifelt und bezogen auf die (nicht indizierten, aber Hoffnung auf westliche Technologie repräsentierende) Röntgenaufnahme auch sehr fordernd. Nach dem ersten Kennenlernen willigte er ein, weitere Gespräche mit der Psychiaterin in der BEF wahrnehmen zu wollen.

M. wirkte bereits im zweiten Gespräch deutlich offener. Er berichtete von seinem Alltag in Deutschland und seinen Zukunftsorgen. Er sei in Afrika nie zur Schule gegangen, lerne hier nun Lesen und Schreiben, was ihn sehr freue. M. wirkte scheu, er lächelte viel. Alles sei sehr neu. Zudem wurde deutlich, dass er stark unter der Trennung der Familie litt und schon in frühen Jahren auf sich gestellt war. Sein Bruder, der einzige Kontakt zur Familie, sei mit nach Hamburg geflohen. Mit diesem habe er sich jedoch zerstritten. Gelegentlicher Alkoholkonsum wurde bejaht. Im Gespräch wurde zudem deutlich, wie massiv er unter Flash-back Erleben litt, v.a. nachts beim Einschlafen, und wie einsam er sich fühlte. Seitens der Psychiaterin wurde nochmals genauer der Substanzkonsum erfragt. M. gab an, schon ab ca. 13 Jahren zuhause ab und an Alkohol getrunken zu haben. Auf seiner Flucht in Marokko habe er dann begonnen, täglich Cannabis zu rauchen und mehr Alkohol zu trinken. Er habe beides genutzt um besser einschlafen zu können, da er nur so seine Erinnerungen an traumatisierende Erlebnisse und seine Zukunftsängste aushalten könne. Sehr deutlich wurde der Teufelskreis aus Einsamkeit, Angst, aufdrängenden traumatischen Erinnerungen, dem Griff zum Alkohol und der daraus resultierenden Abhängigkeit mit den sekundären Komplikationen. Der Missbrauch werde vor den Eltern schamhaft verschwiegen.

M. nahm seine Termine in der psychiatrischen Sprechstunde in der BEF gewissenhaft wahr und formulierte einen dringlichen Wunsch, nicht mehr trinken zu wollen, bei gleichzeitiger Alkoholabhängigkeit. Zudem gab er an, dass er sich unter Alkoholeinfluss nicht gut unter Kontrolle habe, in Konflikte gerate und das unter keinen Umständen mehr wolle. Seine Verzweiflung und Scham wurden deutlich spürbar. Ein anfangs vehementes Bestehen auf der Behandlung der Kopfschmerzen wich einem breiteren Verständnis für die Gesamtsituation.

Bei chronifizierter Symptomatik war eine ambulante 14-tägige Hilfe nicht ausreichend. Auch ein ambulanter Entzug im Rahmen einer Therapie war nicht verantwortbar. Da M. einen klaren Entzugswunsch äußerte und dafür äußerst motiviert wirkte, wurde ein Termin in der Drogenambulanz des UKE für ihn organisiert. M. erschien auch hier zuverlässig, die BEF organisierte einen Dolmetscher und der zuständige Therapeut aus der Drogenambulanz sah ebenfalls die hohe Motivation des Jungen, eine Entzugsbehandlung durchführen zu wollen. M. kam auf die Warteliste der Suchtstation und konnte nachfolgend stationär aufgenommen werden, dieses 8 Wochen nach dem Erstkontakt mit der Ärztin in der BEF.

Bei dem geschilderten Fall wird die Vernetzung der unterschiedlichen Hilfen deutlich. Die Betreuer nahmen wahr, dass M. Hilfe brauchte und veranlassten die psychiatrische Vorstellung. Der Junge nahm den Termin wahr, auch da bei anzunehmenden Stigmatisierungsängsten die Hemmschwelle zum Besuch einer Ärztin vor Ort niedriger war als einen Termin ambulant beim Psychiater wahrzunehmen. Er fasste Vertrauen und sprach offen über seine Problematik, auch durfte das Team informiert werden. Auf der Flucht oder während des Lebens in einer Jugendhilfeeinrichtung beginnende Suchtproblematik ist leider häufig zu finden. Durch diese Bahnung und eine niedrige Kooperationsschwelle im UKE konnte zügig ein Ter-

min in der dortigen Drogenambulanz ausgemacht werden. Die Wartezeit für die Aufnahme auf der Suchtstation wurde durch die Jugendpsychiaterin in der BEF überbrückt, dies in engem Austausch mit dem Betreuersteam vor Ort.

Für die Zeit nach der Entwöhnung wurde bereits der Kontakt in die Flüchtlingsambulanz des UKE gebahnt, um dort eine ambulante Therapie zu beginnen. Ziel ist neben der Traumatherapie auch die Rückfallprophylaxe.

### **5. Auch Ressourcen brauchen Begleitung: 16-jähriger Flüchtling aus Afghanistan, jetzt Clearing-Wohngruppe (KJP UK-Eppendorf)**

Vorstellungsanlass: U. nutzte bereits die Gespräche bei dem zuerst in der Einrichtung tätigen jugendpsychiatrischen Arzt und wünschte eine Fortsetzung. Er berichtete, dass er nicht gut einschlafe und auch nachts häufig aufwache. Er denke nachts so viel nach, dass er den Eindruck habe, davon Kopfschmerzen zu bekommen. Zudem höre er mitunter ein Klopfen an der Tür oder im Zimmer, wenn es dunkel sei und denke dann, dass jemand dort sei. Er sei sehr unruhig. Auf dem Schulweg habe er regelhaft den Eindruck, dass jemand hinter ihm herlaufe und er Schritte höre. Wenn er sich dann umdrehe, sei jedoch niemand da. Wenn er nachts aufwache, erschrecke er oft, weil er denke, es sei jemand im Raum. In den vergangenen Tagen habe er auch mehrfach gegen die Tür geschlagen, da er die Sorgen und Gedanken nicht mehr aushalte und nicht wisse, wohin mit sich. Grundsätzlich fühle er sich in der BEF wohl und sei erleichtert, dort zu sein.

Familienanamnese: U. berichtet, er habe mehrere Geschwister. Eine Schwester sei ebenfalls in Deutschland und werde aktuell behandelt, da sie die Nahrungsaufnahme verweigere. Die Großmutter und eine Tante lebten nun auch in Hamburg. Seine Eltern seien in Italien, der Vater schwer an Krebs erkrankt.

Verlauf: Im Erstgespräch, bei dem auch seine Bezugsbetreuerin und der Dolmetscher anwesend waren, wirkte U. scheu und zurückhaltend, wobei er offen berichtete. Deutlich wurde, dass er sich vor allem um seine Eltern sorgte, was ihn massiv belastete. Zudem machte er sich Gedanken um seine Schwester. Er war bei deren Klinikaufnahme dabei gewesen und hatte ebenfalls das Angebot erhalten, aufgenommen zu werden. Dies habe er jedoch nicht gewollt. Er sei entlastet, dass sich andere um sie kümmern und etwas erleichtert, dass er dies nicht selbst müsse.

Aktuell beschäftigte ihn sehr die Sorge, dass sein Vater tot sein könnte. U. habe zuletzt Ende 2016 mit ihm telefoniert. Vor wenigen Tagen habe er mit der Mutter telefoniert. Diese habe ausweichend geantwortet und gemeint, dass der Vater im Krankenhaus sei. U. imponierte als deutlich emotional berührt während der Schilderung. Er wisse, dass die Gesundheitsversorgung in italienischen Lagern schlecht sei. Die Unsicherheit, ob sein Vater noch lebe oder nicht, quälte ihn stark. Um ihn etwas zu beruhigen, entstand im Gespräch die Idee, dass die Betreuerin U. am Wochenenddienst zu Großmutter und Onkel begleiten könnte, um mit beiden über den Vater zu sprechen. U. wirkte durch dieses Angebot entlastet. Die Betreuerin ergänzte, dass sie U. als sehr sensibel erlebe und er sich häufig verantwortlich fühle, wenn jemand krank sei.

In den Folgegesprächen wirkte U. etwas stabiler. Die Großmutter habe ihm ein Handyfoto von seinem Vater im Krankenhaus gezeigt, was ihn beruhige. Die akustischen Halluzinationen und illusionären Verkennungen bestünden jedoch weiterhin. Eine hohe Bedürftigkeit und der Wunsch nach mehr Unterstützung durch die Betreuer wurden deutlich.

Es entstand der Eindruck eines Jugendlichen, der vor dem Hintergrund tragfähiger früherer Beziehungen trotz hoher Belastungen ein beeindruckend hohes Funktionsniveau halten konnte. Deutlich wurde jedoch, dass Strukturierung für ihn notwendig war, damit er nicht emotional entgleiste. In Ruhe geriet er rezidivierend in dissoziative Zustände (DD: Erstmanifestation Psychose). In der emotionalen Entwicklung wirkte U. deutlich jünger als 16 Jahre, die Überforderung allein ohne verfügbare Eltern in Hilfs-Ich-Funktion war deutlich spürbar.

Damit der Jugendliche seine Ressourcen nutzen konnte, brauchte er eine konstante pädagogische Begleitung vor Ort mit einem höheren Zeitumfang als in der aktuellen Einrichtung möglich, zumal bereits geplant war, diesen noch weiter zu reduzieren. Der Betreuungsschlüssel war für den Jungen mit seiner ausgeprägten Symptomatologie und drohenden psychischen Dekompensation nicht ausreichend.

Um U. die Chance auf Stabilisierung und eine gesunde Entwicklung zu geben, empfahl sich ärztlicherseits ein Wechsel in die Clearingstelle Kollaustraße. Diese Empfehlung konnte zügig umgesetzt werden. U. selbst war darüber sehr glücklich, da er froh war, nicht mehr so oft allein sein zu müssen. Er stimmte dem Wechsel freudig zu. Der vor Ort zuständige jugendpsychiatrische Kollege erhielt eine persönliche Übergabe, so dass keine Informationslücken entstanden.

## **6. Verselbständigung nach Langzeitbetreuung: 16-jährige Jugendliche mit zögerlicher Autonomieentwicklung (KJP UK-Eppendorf)**

A. ist ein 16-jähriges, zierliches Mädchen, das seit zehn Jahren in derselben Wohngruppe lebt. Sie wurde bereits mit 5 Jahren in Obhut genommen, da die Mutter drogenabhängig war und sie nicht für ihre Tochter sorgen konnte. Die Mutter ist zwischenzeitlich verstorben, zum Bruder und anderen Angehörigen besteht weiterhin Kontakt.

Im Rahmen einer Entwicklungsdiagnostik wurden eine wohl durchschnittliche kognitive Ausstattung festgestellt, einige Schwächen im schulischen Bereich beschrieben und ein Integrationsbedarf festgestellt. A. besucht niederfrequent eine jugendpsychiatrische Praxis und nimmt an einem Selbstsicherheitstraining teil. Sie nimmt zusätzlich ein Antidepressivum ein, das nach Einschätzung ihrer Betreuer zu einer leichten Verbesserung ihrer Stimmung beigetragen hatte.

Aktueller Vorstellungsanlass war, dass A. seit Monaten nicht mehr in die Schule ging. Den ersten Schulabschluss habe sie geschafft, der mittlere Schulabschluss sei nun nicht mehr möglich aufgrund hoher Fehlzeiten. Anfangs habe man noch versucht, sie zur Schule zu bewegen, sie sei jedoch so erstarrt und verängstigt erschienen, dass die Betreuer sie nicht weiter bedrängt hätten. Außerdem falle eine Rückzugssymptomatik mit Antriebsschwäche und Schlafstörungen auf. A. treffe keine Freunde, auch andere Gruppenangebote lehne sie ab.

Die Ausgangsfrage in der Teambesprechung war, was man tun könne, damit A. regelmäßig am Morgen aufstehe. Anhand dieser Fragestellung kam die Idee auf, dass A. am Übergang von der Schule in eine Ausbildung auch an der Schwelle zur Verselbständigung stehe. Die wichtige Frage, wofür A. eigentlich aufstehen solle und wie sie selber ihre Zukunft einschätze, konnte kaum beantwortet werden. Es wurde berichtet, A. könne sich am ehesten für eine Lehre entscheiden. Perspektivisch erschien eine geschützte Berufsausbildung als beste Option, alternativ wurde auch die Möglichkeit einer berufsbildenden Maßnahme bedacht.

Vorbereitend empfahl sich eine erneute Intelligenztestung in der Psychiatrischen Institutsambulanz am UKE, um Teilleistungsschwächen auszuschließen und das Leistungspotential zu ermitteln. Daneben wurde die Zeit bis zum Beginn der Ausbildung strukturiert, eine Teilbeschulung in einer Kleinstgruppe plus eine praktische Tätigkeit in der Wohngruppe (Haus-haltshilfe) beschlossen und mithilfe einer ärztlichen Attests umgesetzt. Zur Stärkung von A.s Integration unter Gleichaltrigen wollte sich die Wohngruppe beim Jugendamt über Spezial-Gruppenangebote informieren.

Zudem stellte sich die Frage, wie man im Team eine gemeinsame Haltung zu dem morgendlichen Aufstehen und der weiteren Problematik entwickeln könnte. Aufgrund der langen Zeit, die A. bereits in der Wohngruppe verbracht hatte, schienen sich entwicklungshemmende Verhaltensmuster eingespielt zu haben. So wurde von neueren Betreuern eingeworfen, dass A. sehr behütet und beschützt werde im Vergleich mit anderen Betreuten. Hierdurch konnte vor dem Hintergrund einer langjährigen, emotional engagierten Begleitung der von Verlust-erfahrungen geprägten Jugendlichen der notwendige Entwicklungsschritt des Loslassens

und der Ermutigung von Autonomie auch seitens des Betreuerteams thematisiert und konkret besprochen werden, dass eine konsequenter fordernde Haltung nötig sei. Auch die Frage, was man A. zutrauen könne, wurde beleuchtet. Einen Umzug in den Verselbständigungsbereich lehne A. ab, sie wolle ihr Einzelzimmer im Haupthaus nicht verlassen. Im Zuge der Autonomieentwicklung wurde dieser Schritt noch einmal kritisch reflektiert und perspektivisch angestrebt.

Der Fall zeigt exemplarisch, wie die entwicklungspsychologisch, psychiatrisch und psychodynamisch informierte Beratung eines Jugendpsychiaters den Blick des Teams erweitern kann, um vom akuten Handlungsdruck bei Depressivität und Schulabsentismus zur Frage vorzudringen, welche Haltungen in der Betreuung vonnöten ist, um den in der Adoleszenz stagnierenden Entwicklungsprozess einer beziehungs-traumatisierten Jugendlichen zu unterstützen. Von Seiten der Betreuer wurden diese Fallbesprechungen interessiert angenommen und als fruchtbar erlebt.

## **7. Umgang mit Destruktivität im Kinderhaus: 11-jähriger Junge nach psychiatrischer Klinikbehandlung und Inobhutnahme (KJP Asklepios-Klinik Harburg)**

Vorstellungsanlass: Zuspitzung der Symptomatik in Form von impulsivem, oppositionellem, verbal und körperlich aggressivem Verhalten mit Zerstören von Gegenständen, Zufügen schwerer Verletzungen an einem jüngeren Mitbewohner, Morddrohungen gegenüber Betreuern, Lügen, Stehlen, fast täglichem Schule Schwänzen und Weglaufen u.a. vor dem Hintergrund einer ungeklärten Wohnperspektive.

Familiärer Hintergrund: Getrennte Eltern, Kontaktabbruch zum Vater, Inobhutnahme direkt aus einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Empfehlung der Unterbringung in einer heilpädagogischen Einrichtung mit interner Beschulung. 14-tägig begleiteter Umgang zur höchst streitbaren, substanzabhängigen Mutter, die mit ihrem Sohn früher Diebeszüge unternommen und Cannabis konsumiert habe. Letzter Einrichtungswechsel per Gerichtsbeschluss, nachdem die Mutter ein Video mit Verunglimpfungen der namentlich genannten Betreuer bei Facebook veröffentlichte.

Fallbesprechung 1.2017: der Junge entweiche nahezu täglich zu seiner in der Nähe wohnende Mutter, beschäftige sich viel mit dem Thema „illegale Drogen“, wisse wenig darüber, was strafbar sei und horte Unmengen an mitgebrachten Gegenständen in seinem Zimmer. Empfehlungen: Impfungen und Sehtest nachholen; wegen seines Asthmas Vorstellung beim Kinderpneumologen; beim Mitbringen von Gegenständen jeweils nur das „Schönste“ auswählen lassen; kleine Projekte zu den Fragen „Warum und welche Gesetze gibt es? Warum ist es wichtig, das Eigentum anderer zu achten? Wie gehe ich mit eigenen Fehlern um? Wie vermeide ich Konflikte und pflege Freundschaften?“.

Fallbesprechung 2.2017: Gebesserte Ordnung im Zimmer und weniger Horten von Gegenständen, neue Themen seien jugendgefährdende Comics und nächtliches Urinieren ins Badezimmer. Über Möglichkeiten im Umgang mit „Einnässen“ und mutwilligem Urinieren informiert; u.a. den Jungen dazu anhalten, das Bad anschließend selbst zu reinigen. Entwicklung eines Verstärkerplans im Team; den hilfreichen Einsatz des „Magischen Dreiecks“ (Zusammenhang Gefühle/Gedanken/Handlungen) bei Konflikten erklärt. Weitere Empfehlungen: Mit dem Jungen altersgerechte Bücher ausleihen, das Projekt „Jugendstrafgesetz“ angehen.

Erstvorstellung 4.2017: Einstündiges Gespräch mit dem Kind, Erstellen eines Kurzberichtes samt psychopathologischem Befund bei der Verdachtsdiagnose einer Störung des Sozialverhaltens. Neben den bekannten Symptomen akut eskalierendes, eigen- und fremdgefährdendes Verhalten vor dem Hintergrund eines angekündigten, aber aufgrund der Unerreichbarkeit von Zuständigen letztlich ungeklärten und somit nicht sicheren Umzuges noch am gleichen Tag in eine auswärtige Folgeeinrichtung. Während des Termins unter Einbezug der Abteilungsleitung Kontaktaufnahme zur aufnahmebereiten Einrichtung und den Leitungen der entscheidungsbefugten Behörden.

Anschließend erfolgreiche Verlegung mit nachdrücklichem Hinweis auf eine zügige Anbindung an die neue zuständige Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

## **8. Ein Zuhause auf Zeit: 7 und 8 Jahre alte Schwestern nach Sorgerechtsentzug im Kinderhaus (KJP Asklepios-Klinik Harburg)**

Vorstellungsanlass: Deutliche Verhaltensveränderungen beider Mädchen während des Betreuungszeitraums; die Ältere verhalte sich zunehmend aggressiv gegenüber ihrer Schwester und den Betreuern, achte vor dem Schlafengehen zwanghaft anmutend auf eine gewisse Ordnung im Zimmer, erledige ihre Hausaufgaben übermäßig penibel und wechsele jede Nacht ins Bett ihrer Schwester. Die Jüngere sei nach Geburtskomplikationen kognitiv beeinträchtigt, global entwicklungsverzögert, habe bis vor kurzem auch tagsüber eingenässt, in der Einrichtung anfangs ihre Kleidung zerschnitten und andere Gegenstände zerstört, sich in der Wohngruppe jedoch auf allen Gebieten erfreulich entwickelt. Sehr enge Beziehung zwischen der Älteren und ihrem Vater, der sie als „Prinzessin“ stark bevorzuge, die Jüngere dagegen mit ihren Bedürfnissen kaum wahrnehme und häufig abwehre.

Familiärer Hintergrund: Konflikthafte Trennung der Eltern, als die Jüngere 6 Monate alt war. Verbleiben beider Kinder beim Vater, der zeitnah die jetzige Stiefmutter kennenlernte, und Kontaktabbruch zur Mutter. Inobhutnahme bei Hinweisen auf Verwahrlosung, insbesondere der Jüngeren, bei zudem stark vermüllter Wohnung, bis die Erziehungskompetenz des Vaters gutachterlich geklärt sei. Seit Beginn Ablehnung der Einrichtung durch die Ältere, während sich die Jüngere vom ersten Tag an eingelebt habe. Seit der Fremdunterbringung erneut Kontakt zur sich liebevoll verhaltenden Mutter, was von der Jüngeren begrüßt, von der Älteren ambivalent erlebt werde; Wochenendbeurlaubungen abwechselnd zu den Eltern.

1. Fallbesprechung: Zusammentragen, Reflexion und Mikroanalyse sämtlicher Fakten und Eindrücke im Team. Verdacht auf eine emotionale Störung des Sozialverhaltens, ggf. beginnende Zwangserkrankung/Angststörung der Älteren, Behandlungsbedarf. Notwendigkeit einer genauen Fallbetrachtung auch der Jüngeren betont. Erläuterungen zur Wirksamkeit und Erstellung von Verstärkerplänen. Ergänzende Empfehlungen zur Älteren: Den Sinn der eingeforderten Zimmeraufstellung genauer erfragen und beobachtete Verhaltensauffälligkeiten protokollieren. Erste Ideen für einen Verstärkerplan (z. B. ohne Diskussionen bei der ersten Ansage gehorchen, Hausaufgaben innerhalb einer festgelegten Zeit erledigen, angemessene Nahrungsaufnahme ohne Mäkeln, im eigenen Bett schlafen, freundlich zur Schwester und allen Betreuern sein) und mögliche Verstärker sammeln.

2. Fallbesprechung: Ein Verstärkerplan für die Ältere werde nur noch für das Schlafen im eigenen Bett als sinnvoll betrachtet. Diesen im Team unter Einbezug der Schwester erstellt (Belohnung: Perlen). Empfehlungen: Fraglichen Kleinwuchs der Älteren der geplanten endokrinologischen Diagnostik zuführen, Vorstellung der Jüngeren zur Abklärung des genauen Förderbedarfs anstreben. Die Verhaltensauffälligkeiten der Älteren auch im Verhältnis zu ihrem Vater bei derzeit unsicherer Wohnperspektive und häufiger Abwesenheit auch unter der Woche nicht strikt unterbinden, sondern regelmäßig dem Jugendamt auch für die kommenden Gerichtsverhandlungen schriftlich rückmelden.

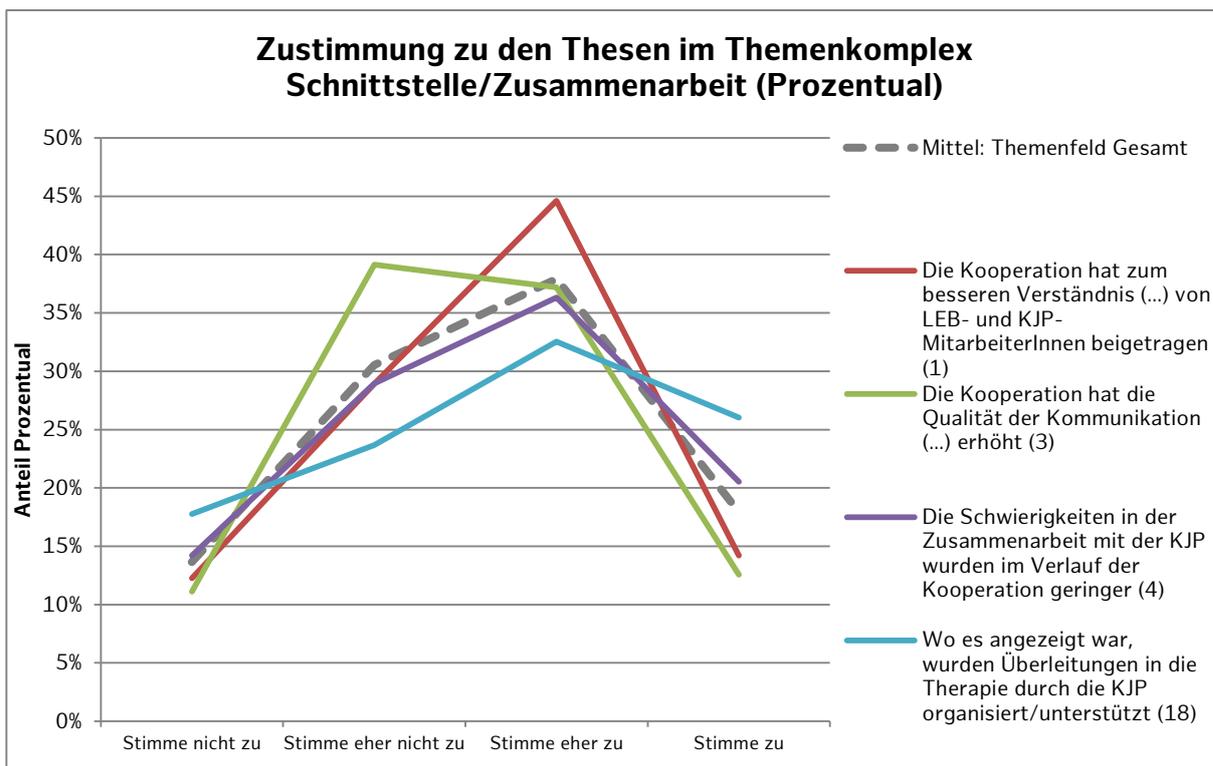
3. Fallbesprechung: Der Verstärkerplan bewirke bei der Älteren keine nennenswerte Verbesserung, während ihre Schwester ihn begeistert und mit Erfolg umsetze, obwohl ihr Vater diesen nicht anerkenne. Bei der Jüngeren Hinweise auf eine Bindungsstörung und vielfache Ausgrenzerfahrungen in mehreren Lebensbereichen. Überzeugung des Teams, dass beide Eltern die Jüngere zu wenig in ihrer Entwicklung unterstützen können und eine auch zukünftige Fremdunterbringung dringend erforderlich sei. Zusammen eine Stellungnahme für die zuständige Fachkraft im Jugendamt verfasst, in der die Betreuer ihre Beobachtungen objektiv schildern, die ungleiche Behandlung beider Mädchen durch den Vater und die familiäre Abwertung der Jüngeren aber deutlich beschreiben.

4. Fallbesprechung: Trotz einer positiven Rückmeldung des ASD auf die Stellungnahme des Kinderhauses hin, sei die Rückführung beider Mädchen unter Beibehaltung von Sorgerechts-

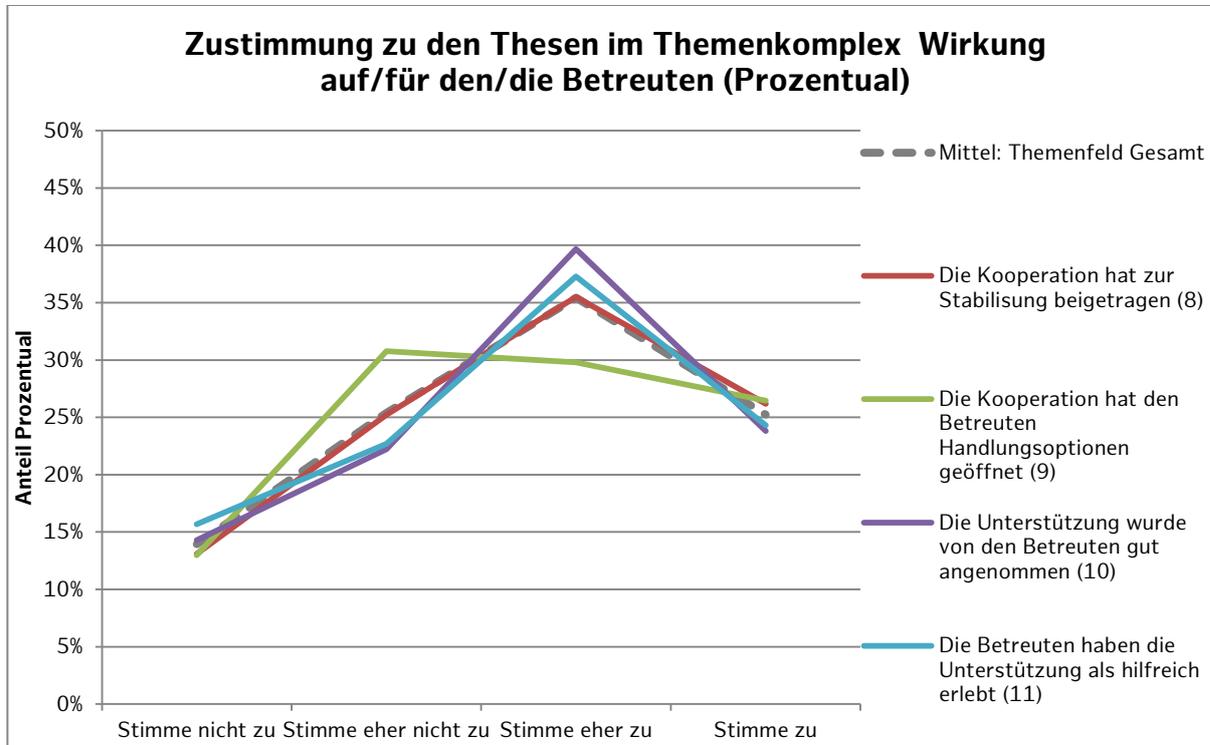
anteile beim Vormund und gleichzeitiger Installierung einer Familienhelferin vom Familiengericht beschlossen worden. Durch die erfolgte Stellungnahme fühle sich das Team entlastet, könne die Entscheidung mit tragen und bereite den Abschied der Mädchen vor. Es bleibe ein ungutes Gefühl zurück, da sich der Vater weiterhin durchgängig manipulativ und grenzüberschreitend auch in der Einrichtung verhalte. Empfehlungen: Das noch ausstehende Hilfeplangespräch von der Einrichtung aus begleiten und die den Betreuern wichtigen Punkte dort ansprechen, z.B. Einbezug der bemühten Großmütter als zusätzliche Ressource, Beibehalten der regelmäßigen Wochenendbesuche bei der Mutter; Beachtung der Bedürfnisse und ausreichende professionelle Förderung der Jüngeren; getrennte Freizeitaktivitäten und kinderpsychiatrische Begleitung für beide Schwestern. Zukünftig Teamgespräch einplanen, sich dabei über einen einheitlichen Umgang mit schwierigen Eltern austauschen und ggf. auch Regeln formulieren.

Fazit des Pädagogenteams: Man habe an diesem Fall viel gelernt und erkannt, dass es kinderhausintern in manchen Punkten strukturellen Verbesserungsbedarf gebe.

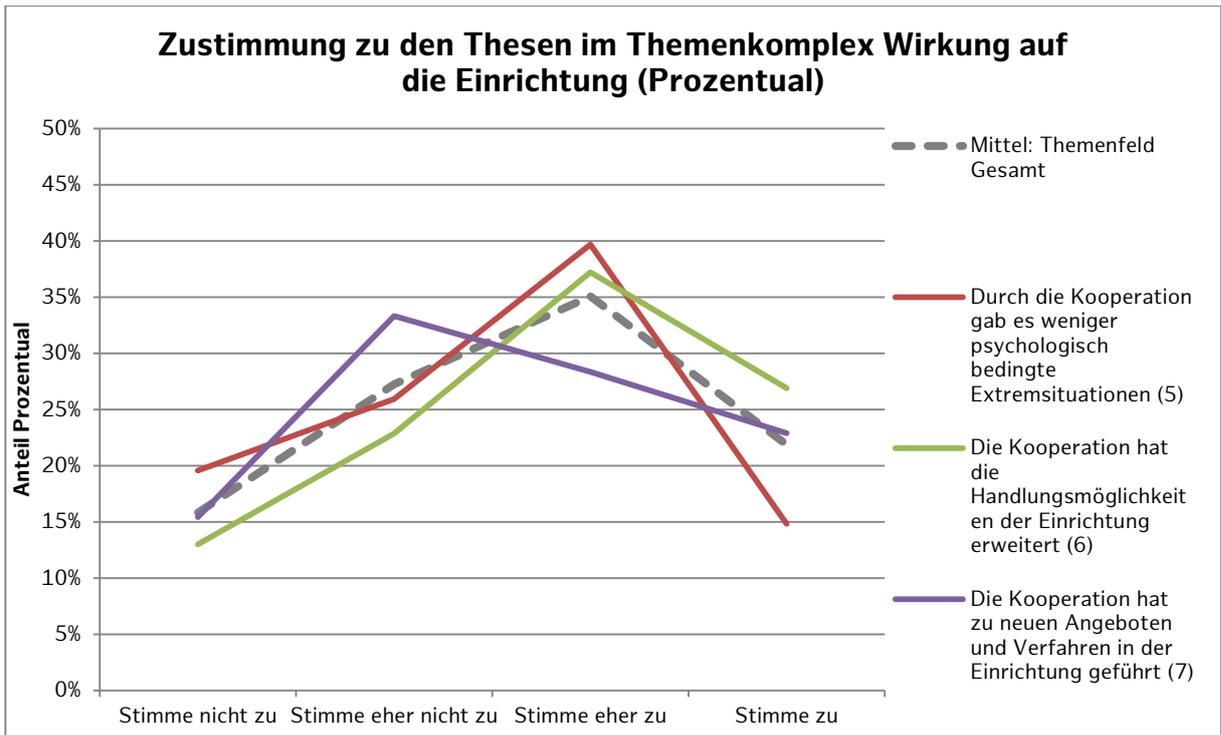
**Anhang II: Ergebnisse der Befragung der Mitarbeiterinnen und; Mitarbeiter des LEB zur Bewertung der Kooperation**



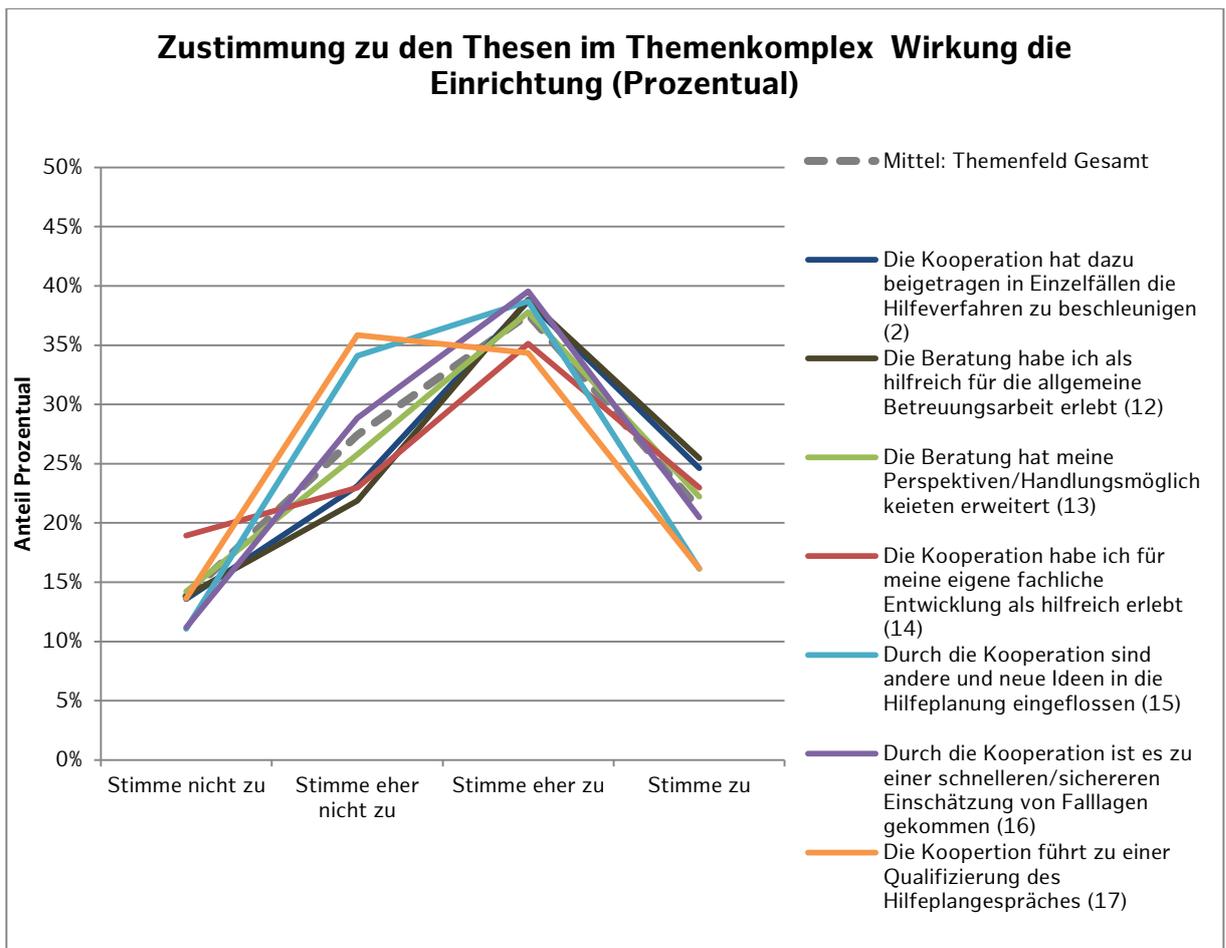
n=These 1:204; These 2:207; These 3:190; These 4:169



n=These 8:214; These 9:208; These 10:189; These 11:185



n=These 5:189; These 6:223; These 7:201



N=These 2:199; These 12:224; These 13:225; These 14:222; These 15:217; These 16:215; These 17:198