

1. SEPTEMBER 2022

KONZEPTION THERAPEUTISCHER DIENST  
ALBERT SCHWEITZER KINDERDORF WETZLAR



Albert Schweitzer Kinderdorf

Hessen e.V.

## Inhalt

Inhalt.....	1
1. Bedarfsanalyse .....	2
2. Aufbau .....	3
3. Haltung .....	3
4. Angebote .....	4
4.1. Multiprofessionelles Arbeiten in den Teams .....	4
4.2. Therapeutische Angebote .....	6
4.2.1. Geplante einzel- und gruppentherapeutische Angebote.....	6
4.2.2. Familientherapeutische Angebote .....	12
4.2.3. Flexible bedarfsorientierte Angebote .....	12
4.2.4. Kriseninterventionen .....	13
4.3. Diagnostik und Förderung .....	16
4.3.1. Bindungsdiagnostik .....	16
4.3.2. Heilpädagogische Diagnostik und Förderung.....	17
4.3.3. Kinder- und jugendpsychotherapeutische Diagnostik .....	19
4.3.4. Bedarfsorientierte Diagnostik als Zusatzmodul der Inobhutnahme .....	19
4.4. Unterstützung übergeordneter Prozesse.....	20
4.4.1. Kooperation mit Kliniken und niedergelassenen Therapeuten.....	20
4.4.2. Unterstützung des Aufnahmeprozesses und Belegungsmanagements.....	21
4.5. Aufteilung der Arbeitskapazität und Notwendigkeit der Durchlässigkeit.....	21
5. Datenschutz.....	22
5.1. Schweigepflicht bei Arbeit im multiprofessionellen Team .....	22
5.2. Schweigepflicht bei therapeutischen Angeboten .....	23
5.3. Dokumentation, Aufbewahrung von Akten und Einsichtnahme .....	26
6. Literatur.....	28

## 1. Bedarfsanalyse

Die Rate der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe ist sehr hoch. Während internationale Studien im Mittel eine Prävalenzrate von gut 60 Prozent nahelegen (z.B. Ford et al., 2007), diagnostizierten Schmid und Kollegen (2008) bei der als Ulmer Heimkinderstudie groß angelegten Untersuchung in deutschen Einrichtungen der stationären Jugendhilfe sogar bei 72% der Kinder und Jugendlichen behandlungsbedürftige psychische Störungen. Inhaltlich ließ sich hier das komplette Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder abbilden, wobei ein Schwerpunkt auf hyperkinetischen Störungen, affektiven Störungen, kombinierten Störungen des Sozialverhaltens- und der Emotionen, Essstörungen, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und Bindungsstörungen lag. Eine Besonderheit liegt zudem darin, dass fast die Hälfte der Kinder (47 %) die Kriterien für mehr als eine Diagnose erfüllte (vgl. Wagenblass, 2019). Außerdem sind Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe sehr häufig aufgrund von traumatischen Erlebnissen sowie extremen psychosozialen Bedingungen beeinträchtigt – einer Studie nach berichteten mehr als 80 Prozent von mindestens einem schwerwiegenden traumatischen Erlebnis in der Vergangenheit (z.B. Rau et al., 2018; Vasileva, Fergert & Petermann, 2015). Traumatische Erlebnisse wiederum stellen einen Belastungsfaktor dar, der unter entsprechend ungünstigen Umgebungsbedingungen psychische Störungen auslösen kann. Das Risiko für eine psychische Störung im Kindes- und Jugendalter sowie die Prognose für den weiteren Entwicklungsverlauf wird durch ein Zusammenspiel aus Risiko- und Schutzfaktoren generiert (z.B. Jenni & Ritter, 2019; Ihle et al., 2002). Dieses Verhältnis ist bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe besonders ungünstig ausgeprägt. All dies trägt dazu bei, dass sie als am höchsten psychosozial belastete Risikogruppe eingestuft werden.

So ist es nicht verwunderlich, dass in den vergangenen Jahren die Forderung nach der Integration therapeutischer Leistungen in das Gesamtkonzept der stationären Jugendhilfe deutlich zunahm (z.B. Beck et al., 2019; Schmid et al., 2008). Aus therapeutischer Sicht besteht Einigkeit über die immense Bedeutung dem psychotherapeutischen Bedarf in der Jugendhilfe gerecht zu werden, da ansonsten die pädagogischen Maßnahmen oftmals nur eingeschränkt greifen können und sich die Sozialprognose der Kinder- und Jugendlichen maßgeblich verschlechtert. Das durch die Krankenkassen finanzierte externe ambulante Versorgungssystem ist auf diesen komplexen Bedarf in der stationären Jugendhilfe nicht ausgelegt. So formuliert Wiesner (2005) in seinem Gutachten „Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht“ den weit über den gängigen ambulanten psychotherapeutischen Auftrag hinausgehenden Bedarf an „psychotherapeutischen Leistungen in der stationären Jugendhilfe soweit sie der in § 1 SGB VIII formulierten Zielsetzung der Entwicklungsförderung der Kinder und Jugendlichen dienen“. Das Albert Schweitzer Kinderdorf Wetzlar (im Weiteren ASK Wetzlar) begegnet dieser Anforderung durch Vorhalten eines eigenen therapeutischen Dienstes, dessen Arbeit im Folgenden ausführlich dargelegt werden soll. Dabei wird bei der genaueren Darstellung jedes Angebots auch darauf eingegangen, woraus sich der besondere Bedarf der stationären Jugendhilfe ergibt und wie sich das Angebot von den verfügbaren durch Krankenkassen finanzierten Richtlinienverfahren unterscheidet.

## 2. Aufbau

Der therapeutische Dienst des ASKs Wetzlar umfasst vier Stellen sowie eine halbe Stelle für die fachliche Leitung. Um ein breit gefächertes Angebot gewährleisten zu können, ist eine Methodenvielfalt ausdrücklich gewünscht. So sind im Januar 2022 beispielsweise Kolleg\*innen mit folgenden Qualifikationen beschäftigt: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen (mit Zusatzqualifikation in Theaterpädagogik), Diplom Psycholog\*innen, Diplom Kunsttherapeut\*innen (mit Zusatzqualifikation im therapeutischen Figurenspiel), systemische Therapeut\*innen (DGSF), Familien- sowie Multifamilientherapeut\*innen (DGSF), Kinder- und Jugendtherapeut\*innen (DGSF), Heilpädagog\*innen. Durch die Fachaufsicht der psychologischen Leitung, die über eine Approbation in einem anerkannten Richtlinienverfahren verfügt, wird ein Handeln *lege artis* sichergestellt. Das bedeutet „nach den Regeln der ärztlichen Kunst“ und stellt somit den Anspruch, dass aktuell gültigen fachlichen Standards entsprochen werden muss. Dies wird aktuell sichergestellt durch klare Indikationsstellung und Auswahl der geeigneten Behandelnden, monatliche Dienstbesprechungen, monatliche Fachgespräche sowie Supervision, regelmäßige Klausurtagungen und die Zeichnungsverpflichtung der fachlichen Leitung aller erstellten Dokumente. Die psychotherapeutischen Angebote erfolgen in anerkannten Richtlinienverfahren durch im jeweiligen Verfahren ausgebildete Kolleg\*innen, d.h. tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch und im durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie für Kinder und Jugendliche anerkannten Verfahren Systemische Therapie.

Der therapeutische Dienst verfügt über Räumlichkeiten auf dem Gelände des ASKs Wetzlar sowie in Herborn. Diese bestehen neben den üblichen Räumlichkeiten für Gesprächspsychotherapie aus mehreren Spieltherapiezimmern, einem Kunsttherapieraum sowie einem Bewegungsraum.

## 3. Haltung

Die therapeutische Haltung wird in aller Regel als das tragende Gerüst definiert, um das herum sich Kompetenzen und Techniken entfalten können. Sie ist als ein komplexes Konstrukt zu verstehen und Ergebnis von theoretischen Annahmen, Einflüssen aus der Praxis sowie der Therapeutenpersönlichkeit. Demnach ist es nicht möglich in einem Team mit mehreren Therapeut\*innen eine allgemeingültige Haltung zu definieren. Dennoch gibt es bestimmte therapeutische Basisvariablen, welche die Grundhaltung des Therapeutischen Dienstes im ASK Wetzlar beschreiben:

- Empathie (einführendes Verstehen)
- Echtheit (Kongruenz)
- unbedingte Wertschätzung (Akzeptanz)
- Transparenz (sowohl darüber, woran gerade gearbeitet wird als auch über die strukturellen Rahmenbedingungen)
- Beziehungsorientierung
- Ressourcen- und Entwicklungsorientierung

## 4. Angebote

Der Therapeutische Dienst des Albert Schweitzer Kinderdorfs dient dem Zweck die stationären Jugendhilfemaßnahmen fachspezifisch zu ergänzen stets mit dem Ziel die im Rahmen der Hilfeplanung vereinbarten Zielsetzungen erreichen zu können. Passend zu den aus den gängigen Forschungsarbeiten hervorgehenden Empfehlungen (vgl. Schmid et al., 2008) wird hier ein multimodaler, niedrigschwelliger und integrativer Ansatz gewählt. Folgende Arbeitsfelder fallen in den Aufgabenbereich des Therapeutischen Diensts: Multiprofessionelles Arbeiten in den Teams, Therapeutische Angebote (Einzel- und Gruppentherapien, Familientherapeutische Angebote, flexible bedarfsorientierte Angebote, Krisenintervention), Diagnostik und Förderung, Unterstützung übergeordneter Prozesse.

### 4.1. Multiprofessionelles Arbeiten in den Teams

Einen großen Anteil der Arbeitsleistung des therapeutischen Dienstes (etwa 50%) nimmt das multiprofessionelle Arbeiten in den Wohn- und Familiengruppen sowie der Inobhutnahmegruppe ein. Denn die psychische Problematik der Kinder und Jugendlichen bildet sich natürlich (teilweise auch verdeckt) im Alltag ab und blockiert nicht selten Entwicklungspotenziale. Zudem kommt gerade bei jüngeren Kindern milieutherapeutischen Maßnahmen eine viel größere Bedeutung zu als dem direkten einzeltherapeutischen Kontakt. So werden sich beispielsweise bei einem sechsjährigen schwer bindungsgestörten Kind durch wöchentliche spieltherapeutische Kontakte kaum Veränderungen im Alltag ergeben, wohingegen ein zusätzlicher therapeutischer Blickwinkel im Alltag und daraus abgeleitete auf das Störungsbild zugeschnittene pädagogische Settings zu einer deutlichen Verbesserung der Problematik führen könnten. Aus diesem Grund ist es für den gesamten Hilfeverlauf von immenser Bedeutung zu einem wirklichen Zusammenwirken pädagogischen und therapeutischen Arbeitens zu kommen.

Von großer Bedeutung für eine konstruktive Zusammenarbeit ist hier wie auch bei allen Konzepten kollegialer Fallberatung die Haltung von Gleichgestelltsein und gegenseitiger Wertschätzung. So soll es keinesfalls darum gehen, dass therapeutische Einschätzungen ähnlich zu ärztlichen Verordnungen abgegeben werden und dann Umsetzung finden sollen wie es oftmals im klinischen Kontext der Fall ist. Vielmehr soll der therapeutische Blick im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung einer Problematik bzw. eines Kindes/Jugendlichen und auch einer Gruppendynamik ein weiteres Puzzleteil sein, das es dem pädagogischen Team unter Umständen ermöglicht neue Blickwinkel zu integrieren und daraus ihren Handlungsspielraum zu erhöhen. Hier ist es von größtem Wert, dass die Therapeut\*innen zur Institution gehören und mit dem Setting vertraut sind. Sie können viel genauer abschätzen, welche Maßnahmen umsetzbar, aber auch zielführend sein können als externe Kolleg\*innen. Um ein kollegiales Vertrauensverhältnis zwischen Team und Therapeutischem Dienst zu schaffen und es den Therapeut\*innen zu ermöglichen Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen zu verfolgen sowie ein Gespür

für das individuelle Milieu einer Gruppe zu entwickeln, gibt es eine feste Zuordnung von Mitarbeiter\*innen aus dem Therapeutischen Dienst zu einer Wohn- bzw. Familiengruppe. Auch die Inobhutnahmegruppe wird kontinuierlich von einer Person aus dem Therapeutischen Dienst begleitet. Die Art der Zusammenarbeit unterscheidet sich in diesen beiden Wohnformen nicht. Selbstverständlich spielt es inhaltlich eine Rolle, die jeweilige Gruppenform in ihren Auswirkungen auf das allgemeine psychosoziale Milieu gut zu kennen. Folgende Rahmenbedingungen sind für die multiprofessionelle Arbeit zwischen Gruppen und Therapeutischem Dienst festgelegt:

- Der/die Therapeut\*in befindet sich mit dem Team in einem **regelmäßigen fachlichen Austausch** über alle Kinder und Jugendlichen der Gruppe. Dies geschieht zum einen durch eine monatliche Teilnahme an der Teamsitzung, wo der therapeutische Blickwinkel als Ergänzung mit aufgenommen wird. So ist es möglich psychische Einflussfaktoren frühzeitig zu erkennen und unter Umständen zu intervenieren, bevor sich ein psychisches Störungsbild verfestigt. Es gibt also anders als im externen Versorgungssystem, das erst bei eindeutiger psychiatrischer Diagnose greift, auch einen präventiven Anteil der Arbeit, nämlich die Möglichkeit psychosoziale Belastungsfaktoren frühzeitig zu erkennen und ihnen im pädagogischen Alltag entgegen zu wirken, was gerade bei der beschriebenen Hochrisikopopulation dringend erforderlich ist. Auch sollte nicht unterschätzt werden, wie komplex die Wechselwirkung zwischen den verschiedenen durch psychische Vorbelastung beeinflussten Verhaltensweisen und Bedürfnissen ist und wie stark sich dies auf das gesamte Gruppenmilieu auswirken kann.
- Um einen fundierten Eindruck entwickeln zu können finden mindestens einmal pro Monat, bei Bedarf häufiger, **therapeutische Hospitationen im Gruppenalltag** statt. Dies ist von besonderer Bedeutung, da es vor allem relevant ist, inwiefern die Kinder und Jugendlichen in ihrem tatsächlichen Alltag durch psychische Belastungen und psychosoziale Einschränkungen beeinträchtigt werden und wie man hier sinnvoll intervenieren kann. Dabei wird Wert darauf gelegt, dass möglichst unterschiedliche Alltagssituationen aufgesucht werden (Essenssituationen, Spielsituationen, Anforderungssituationen, Zeiten nach Kontakten zur Herkunftsfamilie etc.). Dies ist auch wichtig, weil sich psychische Erkrankungen (gerade im Kindes- und Jugendalter) oftmals in Verhaltensweisen äußern, die für fachfremde Personen gar nicht richtig einzuordnen sind. Ein klassisches Beispiel dafür ist die kindliche Depression. Bei Kindern äußern sich Depressionen meist anders als im Jugend- und Erwachsenenalter. Je jünger die betroffenen Kinder sind, desto mehr können sich die Symptome von denen bei Erwachsenen unterscheiden. Bei Kleinkindern stehen häufig körperliche Symptome wie Appetitlosigkeit und Schlafstörungen sowie auch Inaktivität bis zu apathischem Verhalten im Vordergrund. Bei Vorschulkindern können Bauchschmerzen und Schlafstörungen sowie Reizbarkeit und eine labile Stimmungslage Anzeichen einer depressiven Erkrankung sein. Der Verlust der Spielfreude ist immer ein Warnzeichen. Oft nimmt auch das Interesse

am Alltag ab und sie werden kontaktärmer. Im Schulalter leiden Betroffene unter Traurigkeit und Befürchtungen, von den Bezugspersonen nicht genügend beachtet zu werden. Auch kann die Schulleistung abnehmen und erste Selbstmordgedanken können auftreten. In diesen Altersklassen fällt es den Kindern meist schwer, sich mit Worten über ihre Befindlichkeiten zu äußern. Die diagnostische Abklärung sollte deshalb immer durch die Beobachtung des Kindes, z.B. im Kontakt mit seinen Bezugspersonen und beim Spielen, unterstützt werden. Im pädagogischen Alltag besteht die Gefahr, dass Symptome zunächst nicht richtig eingeordnet werden und frühzeitige Interventionen, die einer Chronifizierung entgegenwirken können, deshalb nicht stattfinden. Ein weiterer Vorteil der regelmäßigen therapeutischen Hospitation im Gruppenalltag besteht darin, dass die Therapeut\*innen für die Kinder und Jugendlichen vertraute Personen darstellen, was es ihnen leichter macht, sich in Belastungssituationen anzuvertrauen.

- Es besteht eine konstante **Ansprechbarkeit des/der Therapeut\*in**, wenn sich durch psychische Belastungen ein akutes Problem im Alltag ergibt, um frühzeitige Interventionsmöglichkeiten zu schaffen und die Handlungsfähigkeit der Teams zu erhöhen. Da den zuständigen Therapeut\*innen die Kinder und Jugendlichen durch oben beschriebene Vorgehensweise bekannt sind, ist es in Akutsituationen oftmals schnell möglich gemeinsam gute Handlungsstrategien zu entwickeln.
- Die direkte Einbindung von Therapeut\*innen in den pädagogischen Alltag ermöglicht auch eine fachlich fundierte **Indikationsstellung** für einzel- oder gruppentherapeutische Angebote aus dem so gewonnenen Blickwinkel heraus. Hierbei handelt es sich um eine im Kern fachspezifische Aufgabe. Der/die Therapeut\*in entwickelt so einen Vorschlag für ein passendes (u.U. auch externes) Behandlungsangebot. Dieses kann dann den Sorgeberechtigten sowie dem zuständigen Jugendamt vorgestellt und bei positivem Ausgang im Rahmen der Hilfeplanung beschlossen werden. Aufgrund der beschränkten Verweildauer kommen regelhafte therapeutische Angebote für die Kinder und Jugendlichen der Inobhutnahmegruppe nicht in Frage, um keine unnötigen Beziehungsabbrüche zu erzeugen. Allerdings sind hier oftmals flexible bedarfsorientierte Angebote indiziert und hilfreich.

## 4.2. Therapeutische Angebote

### 4.2.1. Geplante einzel- und gruppentherapeutische Angebote

Eine (psycho)therapeutische Behandlung eines Kindes/Jugendlichen ist grundsätzlich indiziert, wenn es sich um ein kinder- und jugendpsychiatrisches Krankheitsbild handelt und ein entsprechender Leidensdruck besteht (bei Betroffenen und/oder dem Umfeld). Ein ganz zentraler Punkt ist weiterhin die Therapiebereitschaft. Dies bedeutet, dass sowohl Kinder und Jugendliche als auch die Personensorgeberechtigten mit der Maßnahme einverstanden sein

müssen. Darüber hinaus sind über das unter 4.1. beschriebene Vorgehen hinausgehende therapeutische Maßnahmen im ASK Wetzlar immer Bestandteil der Hilfeplanung.

In der Praxis verhält es sich in aller Regel so, dass entweder die die Gruppe begleitenden Therapeut\*innen einen therapeutischen Bedarf feststellen oder aber eine Therapie durch die Gruppe bzw. von extern (Sorgeberechtigte, Schule, Jugendamt etc.) angeregt wird. In diesem Fall wird (die Bereitschaft der Beteiligten vorausgesetzt) ein geordneter Klärungsprozess eingeleitet der wie folgt abläuft:

- Die Familien-/Wohngruppe füllt eine Anfrage an den Therapeutischen Dienst aus. Diese beinhaltet eine Beschreibung der Problematik/Situation, die zur Anfrage führt, bisher gestellte Diagnosen, eine Auflistung aller bisher erfolgter therapeutischer Maßnahmen, therapeutische Berichte
- Nach Sichtung aller Unterlagen und mit dem Einverständnis der Sorgeberechtigten erfolgt ein psychotherapeutisches Erstgespräch mit der Leitung des therapeutischen Dienstes oder deren Vertretung (stets approbierte Psychotherapeut\*innen oder Psycholog\*innen/Psycholog\*innen Diplom bzw. M.Sc.), dem Kind/Jugendlichen (je nach Alter auch nur anteilig), der Gruppe und bei Wunsch den Sorgeberechtigten.
- Der exakte Ablauf des Erstgesprächs erfolgt wie im ambulanten Versorgungssystem sowie im klinischen Kontext auch nach der fachlichen Einschätzung des/der Therapeut\*in. In jedem Fall werden in Anlehnung an die Leitlinien der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) sowie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) neben der Herstellung einer kooperativen und hilfreichen Beziehung der Schwerpunkt auf folgende Aspekte gesetzt (vgl. DECAM, 2017):
  1. Wahrnehmung und Klärung
    - des Behandlungsanliegens auf der Beschwerde(Symptom)- und Beziehungsebene
    - der Beschwerden im Hinblick auf Qualität (Wie und Wo?), Quantität (Wie schwer?) und ihres Verlaufs (Seit wann? Wie oft? Ausnahmen?)
    - der Sichtweise, Bedeutungsgebung und Anliegen der Kinder/Jugendlichen, Bezugspersonen
    - des Kontextes zu früheren Beschwerden, aktuellen weiteren Beschwerden, der Medikation, der aktuellen und früheren Beziehungserfahrungen und des persönlichen und sozialen Umfeldes und vorangegangener oder eigener Behandlungsmaßnahmen
    - von vorhandenen Ressourcen und Belastungsfaktoren
  2. das Einordnen
    - verstanden als Übersetzen der geschilderten Beschwerden in diagnostische Kategorien (d.h. in

Arbeitshypothesen) und Festhalten fehlender diagnostischer Bausteine sowie das Stellen von ersten Diagnosen (nach der ICD-10) bzw. Festhalten möglicher Verdachts- und Differentialdiagnosen

- verstanden als Zusammenfassen sowie vom gemeinsamen Absprechen von Zielen und des weiteren Vorgehens
- Hierauf basierend wird eine Therapieempfehlung ausgesprochen, ob ein internes oder externes therapeutisches Angebot indiziert scheint und ob es sich eher um ein einzel- oder gruppentherapeutisches Angebot handeln sollte (mehr hierzu im weiteren Verlauf).
- Sollte ein externes Angebot angestrebt werden, so besteht die Möglichkeit, die Einleitung von Seiten des therapeutischen Dienstes zu unterstützen sowie ggf. lange Wartezeiten durch therapeutische Haltetermine zu überbrücken.
- Ist hingegen aufgrund der Gegebenheiten (hierzu gleich mehr) ein Angebot durch den Therapeutischen Dienst des ASKs Wetzlar indiziert, wird die Empfehlung des Therapeutischen Dienstes für die Art, Frequenz des Angebots gemeinsam mit der nach oben beschriebenen Prinzip gewonnenen ersten diagnostischen Einschätzung an die zuständige Erziehungsleitung kommuniziert und in die Hilfeplanung eingebracht. Erst dann kann das therapeutische Angebot beginnen.

Während in der allgemeinen Versorgungslandschaft einzeltherapeutische Angebote nach wie vor deutlich häufiger vertreten sind, gibt es bestimmte Problemlagen, bei denen Patienten mehr von einem gruppentherapeutischen Setting profitieren. In einer Gruppentherapie kommt eine Reihe von Wirkfaktoren zum Tragen, die sich in einer Einzeltherapie nicht verwirklichen lassen. Denn in der Gruppe entsteht eine soziale Dynamik, die dazu beitragen kann, Probleme zu bearbeiten und Lösungswege zu finden. Gerade Jugendliche profitieren oftmals von dem Gefühl der Zugehörigkeit und Akzeptanz innerhalb einer Therapiegruppe und zeigen sich entlastet, dass sie mit ihrer Problematik nicht alleine dastehen. Für Kinder hingegen kann es ausgesprochen gewinnbringend sein in einem geschützten spieltherapeutischen Setting kleine Gruppensituationen herzustellen, um ihre sozialen Kompetenzen zu fördern, was ihnen in externen Gruppensituationen wie in Kindergarten und Schule nachhaltig zu Gute kommt. Leider gibt es im ambulanten Versorgungssystem nach wie vor viel zu wenig Gruppenangebote – vor allem im kinder- und jugendpsychotherapeutischen Bereich. Der therapeutische Dienst des ASKs Wetzlar hält verschiedene gruppentherapeutische Settings vor. Diese sollen den Kindern und Jugendlichen einen geschützten Rahmen geben, um sich miteinander über alterstypische Themen auszutauschen oder gemeinsame Erfahrungen zu machen. Die Angebote sind bewusst niedrigschwellig angelegt, so dass auch ängstliche Kinder und Jugendliche

probeweise teilnehmen können, was oftmals dazu führt, dass sie von stillen Zuhörern/Zuschauern schrittweise ihren Weg in die Gruppe finden und im zunehmend vertrauten Gruppengefüge immer mutiger werden. Außerdem setzen sich die Therapiegruppen stets aus Kindern/Jugendlichen verschiedener Wohn- und Familiengruppen zusammen, so dass zum einen der therapeutische Schutzraum gegenüber dem Lebensumfeld gewahrt ist und außerdem ein sozialer Austausch mit unbekanntem Altersgenossen gefördert wird. Die Angebote sind ausgesprochen wertvoll, da sie dabei helfen können, soziale Unsicherheiten und Ängste abzubauen und Gefühle besser zu verbalisieren. Sie fördern sowohl die Selbstreflexion, als auch die Empathie und stärken nachhaltig den Selbstwert der Kinder und Jugendlichen. Oftmals finden sie hier zudem erstmalig einen Rahmen, in dem sie sich auch mit scham- oder angstbesetzten Themen auseinandersetzen können. So kann ein gruppentherapeutisches Angebot durchaus auch hilfreich sein, um überhaupt Therapiefähigkeit für eine (externe) einzeltherapeutische Maßnahme herzustellen.

Eine wichtige Abwägung bei der Einleitung therapeutischer Prozesse ist die Frage, ob eine Anbindung an das externe ambulante kinder- und jugendpsychotherapeutische und -psychiatrische Versorgungssystem erfolgen soll oder ob eine therapeutische Maßnahme im therapeutischen Dienst des ASKs Wetzlar angestrebt werden soll. Für beide Vorgehensweisen gibt es mögliche Indikationen. So kann es gerade bei älteren Kindern und Jugendlichen sehr hilfreich sein, ihnen einen externen, geschützten Ort zu bieten, wo sie vielleicht unbefangener sprechen können, auch über Schwierigkeiten mit ihrem Bezugssystem, also der Wohngruppe oder wo sie Themen platzieren können, die sie möglichst getrennt von ihrem Lebensmittelpunkt bearbeiten möchten. Auch fördert eine externe therapeutische Anbindung die Selbstständigkeit und erweitert das System von Vertrauenspersonen. In Übergangsphasen wie bei anstehender Verselbstständigung wirkt es sich positiv aus, wenn die Therapie auch nach Auszug aus dem Kinderdorf fortgeführt werden kann.

Andererseits gibt es auch einige Aspekte, die dafür sprechen eine therapeutische Maßnahme (zunächst) im ASK durchzuführen. Was für die einen unter Umständen zu Verunsicherungen im Hinblick auf Vertraulichkeit oder Parteilichkeit der Therapeuten führen kann, bedeutet für andere nämlich die notwendige Sicherheit, um sich überhaupt auf ein oftmals beängstigendes Setting einzulassen. Gerade in ihrem Bindungsmuster schwer verunsicherte oder auch traumatisierte Kinder können sich nicht selten nur durch diese Vertraulichkeit (man kennt die Therapeut\*innen vom Sehen, die Räumlichkeiten sind bekannt, im Zweifelsfall ist man schnell im sicheren Zuhause) auf ein therapeutisches Angebot einlassen. Ein weiterer zentraler Punkt, der oftmals einer Entscheidung für eine Therapie im therapeutischen Dienst des ASKs Wetzlar zu Grunde liegt, ist der Aspekt der Therapiefähigkeit und

Compliance. So werden im externen ambulanten Versorgungsbereich auch schon an Kinder und Jugendliche oftmals so hohe Anforderungen im Hinblick auf Zuverlässigkeit, Ausdauer, Mitwirkungsbereitschaft etc. gestellt, dass die oftmals komplex beeinträchtigten Kinder und Jugendlichen aus der stationären Jugendhilfe diese gar nicht erfüllen können. Dies führt nicht selten dazu, dass eine Therapie gar nicht begonnen werden kann, oder aber dass es zu schwerwiegenden Störungen im therapeutischen Prozess bis hin zum Abbruch kommt, was die weitere Therapiebereitschaft massiv senken kann. Dementsprechend sind die therapeutischen Angebote im ASK auch sehr individuell auf den jeweiligen Bedarf angepasst und ausgesprochen niedrigschwellig. Durch die flexiblen Strukturen ohne Bindung an einen Therapieantrag an die Krankenkasse besteht beispielsweise die Möglichkeit bei schwer traumatisierten Kindern oder Jugendlichen einen ganz behutsamen Beziehungsaufbau vorzunehmen beispielsweise durch ein Kennenlernen im vertrauten häuslichen Setting, durch gemeinsame Unternehmungen oder mehrere Kurzkontakte in einer Woche, anstatt eines festen 50minütigen Termins, der insbesondere bei frühen Störungen oftmals eine große Überforderung darstellt. Es gibt ebenso flexible Möglichkeiten mit im Therapieprozess normalen Widerständen oder Motivationsabfällen umzugehen, indem man Intensität oder Frequenz der therapeutischen Kontakte flexibel regulieren und dennoch die therapeutische Beziehung aufrechterhalten kann, was bei externen ambulanten Angeboten oftmals nicht gelingt und zu einer weiteren negativen Bindungserfahrung führt.

Ein weiterer Vorteil der Angebote des Therapeutischen Dienstes im ASK Wetzlar besteht in der großen Bandbreite an fachtherapeutischen Angeboten. So ist es gerade bei jüngeren Kindern sowie bei komplexen Störungsbildern oftmals viel leichter, sich der Problematik auf einem nicht sprachlichen Niveau anzunähern. Dies kann zum einen darin begründet liegen, dass eine Verbalisierung aufgrund des Alters oder aber des Alters bei Störungsbeginn gar nicht möglich ist. Zum anderen führt eine (zu frühe) Versprachlichung oftmals zu massiven Überforderungssituationen und erzeugt dadurch innere Widerstände und Abwehrreaktionen. Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es im ASK neben den gängigen spiel- und gesprächstherapeutischen Angeboten kunsttherapeutische Angebote, therapeutisches Figurenspiel, Theatertherapie, erlebnisorientierte therapeutische Angebote in der Natur und mototherapeutische Angebote. Geplant ist weiterhin ein tiergestütztes Angebot, dessen positive Effekte in den vergangenen Jahren in der Forschung zunehmend aufgezeigt werden. All diese Therapieformen sind in Deutschland im stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich absolut gängig und sehr geschätzt, im ambulanten Bereich jedoch nicht mit den Krankenkassen abrechnungsfähig und dadurch nur Selbstzahlern zugänglich. Kinder- und Jugendpsychiatrien haben dadurch oftmals die Schwierigkeit, dass positive Behandlungsverläufe nach der Entlassung aus der Klinik nicht gut

fortgesetzt werden können. Da es bei der Population der Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe sowie im stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Setting eine sehr große Schnittmenge gibt, ist das breit aufgestellte therapeutische Angebot im ASK Wetzlar ausgesprochen förderlich.

Um einen besseren Eindruck zu vermitteln sollen im Folgenden kurz exemplarisch die Wirkmechanismen und Möglichkeiten von Kunsttherapie und therapeutischem Figurenspiel skizziert werden. Beiden Verfahren ist gemein, dass man keine Worte braucht, um sein Erleben auszudrücken und mit anderen in Kontakt zu treten. Über Bilder, gemalt oder szenisch gestellt, ist es möglich Gefühle und Gedanken auszudrücken und hierdurch die eigenen Selbstheilungskräfte zu mobilisieren. In der Kunsttherapie stehen unterschiedlichste Materialien bereit dies zu tun. Manchmal braucht es Farbe, die man strukturierend schichtet oder aber fließen lassen kann, um einen Gemütszustand sichtbar werden zu lassen, ein anderes Mal braucht es vielleicht Ton, der geformt oder einen Stein, der behauen werden muss. Immer kann das Angebot von Material und Mittel individuell auf die Klient\*innen zugeschnitten werden. Man kann im Gestaltungsprozess Worte finden, aber man muss nicht. Es ist nicht notwendig. Man drückt sich aus über das Tun. Beide Verfahren können gut miteinander kombiniert werden. Das Kind, der/die Jugendliche kann sich in beiden Verfahren selbstwirksam erleben ohne sprechen zu müssen. Das gilt gleichermaßen für die Kunsttherapie, wie für das Therapeutische Figurenspiel. Spielaufbau, Requisiten, Figuren- sowie Symbolauswahl geben Hinweise auf die innere Bühne der jungen Klient\*innen. Über Handlung und Töne (jammernd, schreiend, wispernd, etc.) ist es möglich nach und nach ins Reich der Worte zu finden/gelangen. Aber auch das ist kein Muss. Über eine eigene geschöpfte Figur wird dem „Bild“ Ausdruck gegeben und ein „Gesicht“ geschaffen, welches das Kind zu diesem Zeitpunkt primär in sich trägt und was es beschäftigt. Das kann eine Identifikationsfigur sein, eine Projektionsfigur, eine Protektionsfigur oder aber eine Aggressionsfigur. Wird eine solche aus dem tiefsten Inneren selbst geschaffene Figur in das selbst bestimmte Spiel des Kindes integriert, bewirkt dies weit mehr als eine handelsübliche genormte Figur. Für diese Verfahren braucht es genügend Platz, der auch „schmutzig“ werden darf und Zeit, die den üblichen Zeitrahmen der von den Kassen bezahlten Therapien überschreitet. Durch die Besetzung der Rollen mit Stellvertreter\*innen findet das Spiel sowohl für Kind als auch Therapeut\*in in einem gut geschützten Rahmen statt. Besonders geeignet sind die Verfahren für alle Menschen, denen Sprache fehlt, sich auszudrücken. Das können die unterschiedlichsten Gründe sein: Zu jung, zu traumatisiert, zu wenig Vertrauen, der Sprache nicht mächtig, entwicklungsverzögert oder wie bei manch Jugendlicher/Jugendlichem einfach nicht reden wollen.

#### 4.2.2. Familientherapeutische Angebote

Das ASK Wetzlar legt großen Wert auf die Arbeit mit der Herkunftsfamilie, die in weiten Teilen aus dem pädagogischen Bereich abgedeckt ist. Aufgrund der komplex belasteten Familiensysteme sowie einer Häufung von psychischen Erkrankungen auf Elternebene kann es an verschiedenen Punkten sehr gewinnbringend sein, wenn für einen umschriebenen Auftrag oder aber zur Bewältigung einer akuten Krisensituation familientherapeutische Interventionen integriert werden. So können beispielsweise mit Kindern und Eltern erfolgte Enttäuschungen aufgearbeitet werden, um das weitere Verhältnis zu stabilisieren oder mit therapeutischer Unterstützung ein gemeinsamer Umgang mit der besonderen Lebenssituation einer Fremdunterbringung erarbeitet werden. Auch ist es bei psychischen Erkrankungen eines Elternteils ausgesprochen sinnvoll und entlastend auf familientherapeutischer Ebene einen gemeinsamen Umgang damit zu entwickeln.

#### 4.2.3. Flexible bedarfsorientierte Angebote

In der stationären Jugendhilfe wird Kindern und Jugendlichen eine Beheimatung (auf Zeit) gewährt und der gesamte Lebensverlauf in diesem Zeitraum gemeinsam gestaltet. Dies bedeutet natürlich auch, dass man immer wieder gefragt ist mit unerwarteten Krisensituationen und Herausforderungen umzugehen, was auch im Hinblick auf die oftmals multiplen Vorbelastungen eine große Herausforderung darstellen kann.

Der hauseigene Therapeutische Dienst bietet in solchen Situationen natürlich umfassende und schnell zugängliche Interventions- und Stabilisierungsmöglichkeiten. Dabei geht es keinesfalls nur um individuelle psychische Krisensituationen (siehe hierzu 4.2.3.), sondern auch um unerwartete Alltagssituationen, die einzelne Kinder und Jugendliche, aber auch die ganze Gruppe betreffen können. So ist es beispielsweise möglich schnell und unkompliziert nach belastenden Kontakten mit der Herkunftsfamilie therapeutisch zu intervenieren oder auch die Auflösung von Konflikten innerhalb der Gruppe (sowohl unter den Bewohner\*innen, als auch mögliche Spannungen zwischen Mitarbeiter\*innen und Kindern/Jugendlichen) zu begleiten. Hier ist es beispielsweise unkompliziert möglich Gespräche zu begleiten, aber auch kurzfristig einen Projekttag zur Stärkung des Gruppenzusammenhalts oder zum Vertrauensaufbau durchzuführen. Eine immer wiederkehrende Herausforderung ist auch die therapeutische Begleitung von Abschieden (z.B. bei Personalwechsel) und Trauerprozessen. So wurde beispielsweise in der jüngsten Vergangenheit eine Familiengruppe nach dem Tod einer Mitarbeiterin über den Zeitraum von einem Jahr kunsttherapeutisch begleitet, so dass für Mitarbeiter\*innen wie Kinder und Jugendliche ein gerahmter Trauerprozess stattfinden konnte.

Aus dem pädagogischen Alltag lässt sich festhalten, dass diese spontanen, zeitnahen und bedarfsgerechten Interventionen eine unbezahlbare Stütze sind. Auch in der Inobhutnahmegruppe besteht ein großer Bedarf an flexiblen therapeutischen Interventionen. So stellen eine Inobhutnahmesituation selbst sowie die vorausgegangenen psychosozialen Rahmenbedingungen in der Regel für Kinder und Jugendliche große psychosoziale Belastungsfaktoren dar. In diesem Fall können eine therapeutische Krisenintervention bzw. vereinzelte stabilisierende therapeutische Kontakte sinnvoll sein. Auch ist es möglich, die Arbeit mit der Herkunftsfamilie in dieser brisanten Situation aus familientherapeutischer Sicht zu unterstützen. Es ist nur möglich, diese vorzuhalten, indem ein therapeutisches Regelangebot besteht.

#### 4.2.4. Kriseninterventionen

Psychische Krisen- und Ausnahmesituationen sind bei komplex belasteten Kindern und Jugendlichen ausgesprochen häufig. Natürlich ist es in diesem Fall möglich auf die gängige kinder- und jugendpsychiatrische Notfallversorgung zurück zu greifen. Allerdings besteht hier nicht selten die Gefahr von Drehtüreffekten in Form von wiederkehrenden Notfallbehandlungen, ohne dass im Alltag nennenswerte Fortschritte erzielt werden können. Auch kann es für ohnehin schwer belastete und bindungsunsichere Kinder und Jugendliche eine sehr negative Erfahrung sein, gerade in Phasen hoher Instabilität aus dem vertrauten Setting herausgenommen zu werden. Andererseits ist es nicht vertretbar von den pädagogischen Mitarbeiter\*innen zu erwarten in solchen Situationen alleine eine Risikoabwägung vorzunehmen. Aus diesem Grund ist es von großem Vorteil, dass durch das vorhandene therapeutische Regelangebot eine interne Abklärung durch Psycholog\*innen und approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen erfolgen kann, aus der hervorgeht, ob eine weitere kinder- und jugendpsychiatrische Vorstellung erforderlich ist. So muss als Grundlage einer stationären Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegen.

Bei eskalierenden Konfliktsituationen, in denen ein Kind oder Jugendlicher bedrohlich agiert, macht es durchaus Sinn zunächst zu versuchen, ob die Situation mit therapeutischer Unterstützung vor Ort deeskaliert werden und eine tragfähige Stabilisierung erreicht werden kann. So können nach einer ersten Beruhigung der Situation durch Entzerrung sowie gezielte Maßnahmen zum Abbau von Aggressivität oftmals die auslösenden Faktoren gemeinsam mit den Beteiligten identifiziert werden. In vielen Fällen ist es erfolgreich mit dem/der Bewohner\*in sowie den Mitarbeiter\*innen gemeinsam einen Notfallplan zu entwickeln, wie eine weitere Eskalation zu vermeiden ist (z.B. Stufenplan mit Möglichkeiten sich zu beruhigen und abzureagieren, aber

auch in die Gruppe zurückzukehren oder auch Verstärkermodelle, wenn der Verlauf positiv ist) und was im Falle, dass es doch dazu kommt, getan wird (z.B. klare Vereinbarung, dass beim Scheitern der deeskalierenden Maßnahmen beim nächsten Mal eine Vorstellung in der Klinik erfolgt). Ein solches Vorgehen ermöglicht es den pädagogischen Teams ein größeres Maß an Handlungsfähigkeit zu entwickeln und führt bei Kindern und Jugendlichen oftmals zu einer deutlichen Beruhigung, da sie auch in Krisensituationen ein gewisses Maß an Kontrolle ausüben können. Dies führt in der Regel auch dazu, dass eine Notaufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie, falls diese doch erforderlich sein sollte, viel friedlicher verläuft, weil sie Teil des gemeinsam entwickelten Plans ist und es eine Möglichkeit gab, sich innerlich darauf vorzubereiten.

Eine ebenfalls häufige und aus pädagogischer Sicht noch schwieriger zu handhabende Krisensituation ist Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen. Aktuelle Studien legen nahe, dass unter 10 bis 20jährigen Schülern 36,4 – 39,4 % Suizidgedanken hatten oder haben und 6,5 – 9 % bereits mindestens einen Suizidversuch machten. Kinder und Jugendliche, die an einer psychischen Erkrankung leiden, weisen ein 3- bis 12-fach erhöhtes Suizidrisiko auf (z.B. Becker & Correll, 2020). Der Begriff Suizidalität umfasst den gesamten Bereich Suizidgedanken, Suizidankündigungen, Suizidpläne und Suizidversuche. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen akuter und chronischer Suizidalität. „Unter akuter Suizidalität versteht man das Vorliegen einer konkreten Suizidabsicht oder drängender Suizidgedanken mit unmittelbar drohender Suizidhandlung und zur Verfügung stehender Mittel. Unter chronischer Suizidalität versteht man kontinuierlich vorhandene Suizidgedanken mit oder ohne Suizidversuch(en).“ (aus der aktuellen Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter der DGKJP). Bei der Beurteilung des Schweregrads müssen laut Leitlinie sowohl die Intention zu sterben als auch die äußeren Umstände (z.B. die zur Verfügung stehenden Mittel, die vorhandene Kontrolle) berücksichtigt werden. Es gibt verbindliche in den Leitlinien festgelegte Risikofaktoren, die im Verdachtsfall fachärztlich oder aber kinder- und jugendpsychotherapeutisch eingeschätzt werden sollten. Bei Kindern und Jugendlichen ist zudem zu beachten, dass sie durch Kontakt zur Peergroup als auch durch soziale Medien unter Umständen mit der Thematik konfrontiert sind und es durch Modelllernen in psychischen Belastungssituationen zu Nachahmung (sowohl ausschließlich auf verbaler, als auch auf Verhaltensebene kommen kann). Besteht die Möglichkeit, dass eine akute Suizidalität vorliegt, so erfolgt immer die Vorstellung in der zuständigen Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Ambulanz zur Abklärung. Bei Kindern und Jugendlichen, wo eine gewisse innere Beschäftigung mit der Thematik vorliegt (ob chronisch oder situationsbedingt) ist es ausgesprochen hilfreich, wenn eine zeitnahe kinder- und jugendpsychotherapeutische Einschätzung erfolgt, die maßgeblich folgende Kriterien überprüft:

- Absprachefähigkeit
- ausreichend stabiles Umfeld
- ausreichende Compliance
- Schweregrad der Suizidalität
- klar erkennbare Zukunftsperspektive
- ausreichendes Funktionsniveau

Sind diese Faktoren vorhanden, so kann eine Stabilisierung im Alltag durch den Therapeutischen Dienst unter engem Einbezug des pädagogischen Teams sowie mit ambulanter psychotherapeutischer Unterstützung perspektivisch günstiger sein. Dies trifft vor allem zu, wenn es wiederholt zu Momenten von (nach den oben beschriebenen Kriterien ohne stationären Aufenthalt händelbarer) Suizidalität kommt als Reaktion auf äußere Belastungen oder Anforderungen, da ansonsten durch multiple kurze stationäre Kriseninterventionen auch eine weitere Destabilisierung bzw. ein chronifiziertes Vermeidungsverhalten erfolgen kann. In solchen Fällen besteht beispielsweise die Möglichkeit mit den betroffenen Kindern bzw. meist Jugendlichen und dem Team klare Notfallpläne zu entwickeln, in denen genau festgelegt ist, was wann passiert. Diese sind auf den individuellen Fall abzustimmen, könnten aber beispielsweise folgende Faktoren beinhalten:

- Wie bleibt das Team auf dem aktuellen Stand bezüglich der emotionalen Verfassung? (z.B. tägliche Reflexionen, Stimmungstagebuch, Ampelsystem)
- Vereinbarungen, sich bei hoher emotionaler Belastung oder suizidalen Gedanken nicht alleine, sondern bei den Betreuer\*innen aufzuhalten.
- Was hilft in solchen Situationen zur Stabilisierung (z.B. Skills, Ablenkung, Gespräch mit Bezugspersonen)
- Wann wird der Therapeutische Dienst hinzugezogen?
- Wann wird die Klinik hinzugezogen?

Ein solches Vorgehen sorgt sowohl auf Seiten des Teams als auch bei Kindern und Jugendlichen für ein Gefühl der Sicherheit und mindert den Druck in einer hoch aufgeladenen Situation erst gemeinsame Lösungen und Absprachen entwickeln zu müssen.

Weiterhin gibt es natürlich auch die etwas alltäglicheren Krisensituationen z.B. durch Ärger in der Schule oder mit der Peergroup, akute Belastungen durch Vorfälle im System der Herkunftsfamilie, etc. Diese sind bei einer stabilen psychischen Gesamtverfassung gut im pädagogischen Alltag zu bewältigen. Da es sich wie mehrfach erwähnt bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe im Hinblick auf psychosoziale Belastung aber um eine Hochrisikosituation handelt, wirken sich bei ihnen zusätzliche (wenn auch vielleicht auf den ersten Blick überschaubare) Belastungsfaktoren oftmals viel stärker aus. In diesen Fällen ist es extrem hilfreich, dass durch den hauseigenen

Therapeutischen Dienst ganz zeitnah und unkompliziert eine kurzfristige therapeutische Unterstützung hinzugezogen werden kann in Form von entlastenden therapeutischen Gesprächen sowie Beratung zum weiteren Vorgehen.

### 4.3. Diagnostik und Förderung

Ein Grundziel stationärer Jugendhilfemaßnahmen ist es junge Menschen zu fördern sowie deren Benachteiligung zu vermeiden oder abzubauen. Um hierfür individuell passende Angebote entwickeln zu können, ist es von großer Bedeutung einen möglichst umfassenden Blick auf die zu betreuenden Kinder und Jugendlichen zu gewinnen. Dieser wird im ASK von Seiten des Therapeutischen Dienstes durch folgende diagnostische Methoden ergänzt, aus denen sich spezifische Bedarfe ableiten lassen.

#### 4.3.1. Bindungsdiagnostik

Bei einer Neuaufnahme eines Kindes oder Jugendlichen in eine Familiengruppe bzw. Wohngruppe besteht die Möglichkeit einer Eingangsdiagnostik auf der Grundlage der Bindungstheorie und entsprechend aktuellen Erkenntnissen der Bindungsforschung. Die Bindungstheorie und ihre diagnostischen Anwendungen gelten mittlerweile als interdisziplinär anerkannte Theorie, die wichtige Erkenntnisse und vielfältige Möglichkeiten der praktischen Anwendung im Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe bietet. Sie verbindet dabei aus der Perspektive der Entwicklungspsychologie psychoanalytisches, systemisches und ethologisches Denken. Der Mensch als soziales Wesen kommt mit einem angeborenen Bedürfnis nach sozialem Kontakt und emotionalem Austausch zur Welt. Anhand der frühen Interaktionserfahrungen zwischen dem Säugling/Kleinkind und seinen Bezugspersonen entsteht ein inneres Arbeitsmodell zur Einschätzung von sozialen Situationen, das die Grundlage für alle weiteren Beziehungen legt. Die Entwicklung eines sicheren Bindungsstils gilt dabei als entwicklungsfördernd. Bindungsunsicherheiten wie ein unsicher-ambivalenter oder unsicher-vermeidender Bindungsstil beeinflussen die weitere Entwicklung eines Kindes entsprechend ihrer vorliegenden Ausprägung, gelten jedoch nicht als Bindungsstörung im pathologischen Sinne. Die beiden im ICD-10 genannten Bindungsstörungen (Reaktive Bindungsstörung F 94.1 und Bindungsstörung mit Enthemmung F 94.2) hingegen gelten als schwerwiegendes Entwicklungsrisiko.

Diesbezügliche Informationen zu Beginn einer Jugendhilfemaßnahme zu erheben, um pädagogisch adäquat und entsprechend feinfühlig mit den individuellen sozial-emotionalen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen umgehen zu können, sowie den Hilfeverlauf entsprechend zu gestalten, ist ausgesprochen sinnvoll und hilfreich. Mit den Verfahren

der klassischen Bindungsdiagnostik sowie weiteren Methoden zur Einschätzung der sozial-emotionalen Situation von Kindern und Jugendlichen und deren bedeutsamen Beziehungen, lassen sich dazu gezielt Erkenntnisse zum individuellen Bedarf zusammentragen. Wie auch in Begutachtungsprozessen zu Kindschaftssachen kommen hier standardisierte Fragebögen und Testverfahren wie das Child Attachment Interview (CAI, Shmueli-Goetz et al., 2008) zum Einsatz, aber auch standardisierte Verhaltensbeobachtungen sowie eine gründliche Analyse der Eigen- und Familienanamnese sowie der aktuellen sozialen Beziehungen.

Wenn im Rahmen der Hilfeplanung die Durchführung einer Bindungsdiagnostik beschlossen wurde, findet zunächst ein Auftaktgespräch mit den beteiligten Fachkräften der Familien-/Wohngruppe statt, um die aktuellen Informationen, Einschätzungen bzw. Fragestellungen bezüglich der/des neu aufgenommenen Bewohner\*in zusammen zu tragen. Ein erstes Kennenlernen zwischen Bewohner\*in und der Mitarbeiterin des Therapeutischen Dienstes findet in der Familien- bzw. Wohngruppe in einer möglichst natürlichen Situation wie einer gemeinsamen Essenssituation, statt. Ist der Erstkontakt gut gelungen, finden zeitnah ca. fünf alleinige Explorationstermine mit den Kindern/Jugendlichen statt, um schrittweise und aufeinander aufbauend eine Vertrauensebene herzustellen, und die jeweiligen Methoden der Bindungsdiagnostik, je nach Alter und Entwicklungsstand auf spielerische Weise oder im Rahmen einer Gesprächssituation, anwenden zu können. Parallel dazu werden mit entsprechendem Einverständnis der Sorgeberechtigten alle relevanten biografischen Daten, mit einem besonderen Fokus auf die bisherige Bindungsgeschichte des Kindes, möglichst umfassend erhoben und interpretiert. Mit dem Team der Familiengruppe wird zudem eine Ressourcenanalyse zum Kind erstellt, sowie in einem weiteren Schritt ein Belastungsprofil angefertigt. Bei Bedarf finden videounterstützte Verhaltensbeobachtungen in sozialen Situationen statt, die mit Hilfe der Video-Interaktions-Diagnostik ausgewertet werden können. Nach einem Zeitraum von 3-4 Monaten findet eine Auswertung der bindungsbasierten Eingangsdiagnostik mit allen beteiligten Fachkräften statt. In einem ausführlichen Diagnostikbericht werden alle relevanten Erkenntnisse und Empfehlungen abschließend dokumentiert.

#### 4.3.2. Heilpädagogische Diagnostik und Förderung

Seit 1998 ist die heilpädagogische Förderung ein fester Bestandteil des therapeutischen Angebotes im Kinderdorf. Heilpädagogisch betreut werden Kinder/Jugendliche, die in körperlichen, geistig/intellektuellen, sensorischen, sprachlichen, seelischen oder sozialen Bereichen beeinträchtigt sind. Ziel der heilpädagogischen Förderung ist es, in einem gemeinsamen Lernprozess die Entfaltung und Koordination menschlicher Veranlagung und Begabung zu ermöglichen, um eine möglichst gute

Beziehung zu sich selbst (Ich-Kompetenz), zu anderen Personen (Sozial-Kompetenz) sowie zur Sach- und Umwelt (Sach-Kompetenz) zu erreichen.

Gerade Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe haben aufgrund früher Deprivationserfahrungen einen erheblichen heilpädagogischen Förderbedarf. Durch frühzeitige und bedarfsorientierte heilpädagogische Interventionen kann es gelingen Entwicklungsrückstände zu beheben und bestehende Einschränkungen auszugleichen. Dies wiederum führt zu einer erheblichen Verbesserung der Sozialprognose und leistet einen großen Beitrag zur Teilhabe von Kindern und Jugendlichen an der Gesellschaft.

Wenn von Seiten des Bezugssystems eines Kindes/Jugendlichen die Frage aufgeworfen wird, ob ein heilpädagogischer Förderbedarf besteht und dies von Seiten der Sorgeberechtigten gewünscht ist, erfolgt eine ausführliche Überprüfung der neurophysiologischen Entwicklung des Kindes (ca. 8 Einheiten). Basierend auf den so gewonnenen Befunden wird im Rahmen eines Auswertungsgesprächs mit den Familien- und Wohngruppen beraten, ob und in welcher Form eine heilpädagogische Begleitung förderlich und für die weitere Entwicklung zielführend sein kann. Das Ergebnis dieses Befundgesprächs wird dann im Rahmen der Hilfeplanung mit Sorgeberechtigten und Jugendämtern kommuniziert, um eine Entscheidung für eine entsprechende Fördermaßnahme zu treffen.

Folgende Methoden sind im ASK Bestandteil der heilpädagogischen Förderung und Begleitung:

- Wahrnehmungsdiagnostik
- Wahrnehmungsförderung
- neurophysiologische Entwicklungsförderung
- basale Stimulation
- Bereiche aus der Kinesiologie
- Rhythmik und Spiel
- Entspannungs- und Konzentrationsübungen
- vermitteln von Lernstrategien
- Psychomotorik
- Kleingruppenarbeit
- Gartenprojekt
- Anleitung und Begleitung von FG im Rahmen des Bewegungs- und Gleichgewichtsprogrammes nach D. Beigel®

Während der heilpädagogischen Begleitung von Kindern und Jugendlichen besteht auch immer die Möglichkeit der Beratung des Bezugssystems (Familien- und Wohngruppen, Eltern, Schulen, Kindergärten). Dies ist von besonderer Bedeutung da nachhaltige Fortschritte oftmals nur bei kontinuierlicher Förderung erzielt werden können. Da auch die Einschätzung heilpädagogischer Förderbedarfe

(ähnlich wie bei kinder- und jugendpsychotherapeutischen Förderbedarfen) eine Fachlichkeit voraussetzt, erfolgen regelmäßige Besuche der Heilpädagogin in den einzelnen Wohn- und Familiengruppen, um über heilpädagogische Fragestellungen in Bezug auf alle dort lebenden Kinder und Jugendlichen zu beraten.

#### 4.3.3. Kinder- und jugendpsychotherapeutische Diagnostik

Oftmals ist es sinnvoll eine kinder- und jugendpsychotherapeutische und -psychiatrische Diagnostik extern durchführen zu lassen und von Seiten des Therapeutischen Dienstes dann bei der Diskussion der Befunde sowie den daraus abzuleitenden therapeutischen Maßnahmen einzusteigen. In einigen Fällen liegt die Diagnostik auch schon bei der Aufnahme in die Jugendhilfe vor. Ist dies nicht der Fall, so kann es manchmal für einen erfolgsversprechenden Beginn der Jugendhilfemaßnahme von immensem Vorteil sein, wenn erste diagnostische Befunde zeitnah vorliegen, um im Alltag sensibel auf die sich daraus ergebenden Bedarfe von Kindern und Jugendlichen eingehen zu können. Dies ist aufgrund der langen Wartezeiten im ambulanten Versorgungsbereich (mehrere Monate bis zu einem halben Jahr) oftmals nicht möglich. In solchen Fällen ist es ein großer Gewinn, dass bei dringlicherem Bedarf auch intern durch den Therapeutischen Dienst eine kinder- und jugendpsychotherapeutische Diagnostik erfolgen kann. Wie auch im ambulanten und stationären Versorgungssystem erfolgt die Diagnostik ausschließlich durch Psycholog\*innen (Diplom oder Msc.) sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen mit Approbation. Hierbei ist sowohl eine klinische Diagnostik nach den allgemeinen Diagnosekriterien der ICD-10 möglich als auch eine Psychodiagnostik (Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik sowie emotionale und Persönlichkeitsdiagnostik) nach standardisierten Verfahren.

#### 4.3.4. Bedarfsorientierte Diagnostik als Zusatzmodul der Inobhutnahme

Im Rahmen der Unterbringung nach §27 i.V. mit §34 oder nach §35a SGB VIII kann außerdem eine bedarfsorientierte Diagnostik erstellt werden, um eine passgenaue Empfehlung zum weiteren Hilfeverlauf zu erarbeiten. Die Diagnostik erfolgt im Rahmen der Zusatzleistungen.

Besonders für Inobhutnahmen, bei denen die Familie dem Jugendamt vorab nicht bekannt war und es wenig Vorinformationen gibt oder bei Inobhutnahmen, die erfolgen, weil bereits vorherige Hilfen scheiterten, kann es unterstützend sein das Familiensystem mit seinen Ressourcen und Defiziten aus psychologischer und pädagogischer Sicht zu erfassen. Das Ziel der Diagnostik ist primär, die hinter den kindlichen Verhaltensweisen liegende emotionale Belastung und Persönlichkeitsstruktur der Kinder und Jugendlichen unter

Berücksichtigung der familiären Rahmenbedingungen zu erkennen, zu benennen und im Gruppenalltag zu durchleben.

Eine systemische Betrachtungsweise ist Grundsatz der Arbeit, so dass das Bezugssystem des Kindes eng in die Arbeit einbezogen wird. Demzufolge beinhaltet die Diagnostik eine Unterbringung in der Inobhutnahmestelle von mindestens drei und längstens sechs Monaten und umfasst eine ausführliche, dem Alter entsprechende, psychologische Testdiagnostik u.a. zu den kognitiven Fähigkeiten des Kindes oder Jugendlichen (WISC-V oder CFT-20r, Testungen zu Teilleistungsstörungen, Screeningverfahren zur Konzentrationsleistung), eine umfassende emotionale Diagnostik (u.a. zu Ängsten, depressiven und impulsiven Anteilen) und bei Jugendlichen Verfahren zur Persönlichkeitstestung und Erziehungserfahrungen. Hierfür werden mit den Kindern und Jugendlichen standardisierte psychologische Testverfahren in Einzelsettings durchgeführt, die Rückschlüsse auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Kinder und Jugendlichen, aber auch sichere Aussagen zum emotionalem Befinden der Kinder und Jugendlichen zulassen. Der Situation und der Menge der Testverfahren geschuldet müssen besonders hierzu das Kind bzw. der Jugendliche gut eingeschätzt werden, um es/ihn nicht zu überfordern und die Testergebnisse hierdurch nicht zu verfälschen. Bereits die psychologische Testung nimmt mehrere Wochen in Anspruch.

Bereits aus diesen Testungen ergeben sich Empfehlungen für weitere Hilfesettings. Da es sich um standardisierte Testungen sowie bei Bedarf Einschätzungen durch approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen handelt, können hierdurch im Einzelfall Psychiatrieaufenthalte zur Diagnostik vermieden werden.

Am Ende der dreimonatigen Diagnosephase wird ein psychodiagnostischer Bericht erstellt.

#### 4.4. Unterstützung übergeordneter Prozesse

##### 4.4.1. Kooperation mit Kliniken und niedergelassenen Therapeuten

Wie bereits eingangs erläutert liegen bei Kindern und Jugendlichen, die in der stationären Jugendhilfe leben, überdurchschnittlich häufig komplexe Kombinationen von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern vor. Diese erfordern oftmals eine stationäre oder auch ambulante kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychotherapeutische Versorgung.

Der Therapeutische Dienst übernimmt in solchen Fällen oftmals eine wichtige Vermittlungsfunktion und trägt dafür Sorge, dass sowohl die externen Behandler\*innen über die aus relevanten Aspekte aus dem Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen informiert sind, als auch dafür, dass entwickelte Empfehlungen und Interventionen fachlich

sinnvoll in den Lebensalltag der stationären Jugendhilfe übertragen werden können. Nicht selten entsteht beispielsweise der Konflikt, dass eine Kinder- und Jugendpsychiatrie Empfehlungen ausspricht, die gemessen an den Bedürfnissen ihrer Patienten vollkommen nachvollziehbar sind, aber unter Umständen im Lebensalltag einer Wohn- oder Familiengruppe massive Auswirkungen auf die anderen Kinder hätten. Die Rolle des Therapeutischen Dienstes ist es in solchen Fällen unter Einbezug aller Beteiligten an die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen sowie an die Lebensrealität der Gruppe angepasste Möglichkeiten zu entwickeln und die Gruppen bei deren Umsetzung zu unterstützen.

#### 4.4.2. Unterstützung des Aufnahmeprozesses und Belegungsmanagements

Je komplexer psychosozial belastet Kinder und Jugendliche sind, umso differenzierter sollte eine stationäre Jugendhilfemaßnahme auf ihre Bedürfnisse abgestimmt sein, um ein optimales Entwicklungsfeld zu bieten. So ist es beispielsweise bei einem Kind im Kindergartenalter, das schwere Deprivation erfahren hat und dadurch stark regressive Tendenzen zeigt, d.h. sich „klein“ macht, weil dies unter Umständen in der Vergangenheit versorgungssichernd war, ungünstig, in einer Gruppe mit einem kleineren Kind mit ebenfalls hohem Versorgungsbedarf zu konkurrieren. In solchen Situationen zeigen Kinder oftmals solch starke regressive Tendenzen, dass erreichte Entwicklungsschritte plötzlich wieder verloren scheinen. Weiterhin haben Kinder mit traumatischen Erfahrungen natürlich ganz andere Bedarfe als beispielsweise Kinder und Jugendliche, die dissoziale Strukturen ausbilden usw. Die Zusammensetzung einer Wohn- bzw. Familiengruppe hat demnach einen wesentlichen Einfluss darauf, ob für die dort lebenden Kinder und Jugendlichen ein günstiges Entwicklungsmilieu entsteht. Wie bereits weiter oben beschrieben sind die Verhaltensweisen wie auch Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Problematik für fachfremde Personen oftmals nicht ausreichend gut zu antizipieren. Im ASK Wetzlar besteht durch den Therapeutischen Dienst die Möglichkeit diesen fachspezifischen Blickwinkel bereits in das Belegungsmanagement zu integrieren, um so möglichst gute Rahmenbedingungen für die einzelnen Maßnahmenverläufe zu schaffen.

#### 4.5. Aufteilung der Arbeitskapazität und Notwendigkeit der Durchlässigkeit

Während es relativ gut möglich ist zu definieren, dass die multiprofessionelle Arbeit des Therapeutischen Dienstes in den Wohn- und Familiengruppen etwa die Hälfte der Arbeitskapazität in Anspruch nimmt, so lebt das ausführlich beschriebene umfassende weitere Angebot davon, dass eine gewisse Durchlässigkeit und Flexibilität bestehen muss. Nur so ist es möglich ein konstant gutes und gerecht verteiltes Angebot gewährleisten zu können und auf die spezifischen Bedarfe im Kontext der stationären Jugendhilfe eingehen zu können. Gibt es beispielsweise in

einem Zeitraum besonders viele oder schwerwiegende Krisensituationen, die einer therapeutischen Begleitung bedürfen, so ist kritisch zu prüfen, ob bei einem diagnostischen oder einzeltherapeutischen Regelangebot unter Umständen auch eine gewisse Wartezeit bis zum Therapiebeginn vertretbar ist. Andererseits besteht die Möglichkeit bei einem besonders hohen Bedarf an einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten (beispielsweise wegen der aktuell immensen Wartezeit auf externe Therapieplätze) planbare diagnostische Prozesse hintenanzustellen. Ohne diese Flexibilität würde die Qualität der therapeutischen Arbeit definitiv deutlich leiden. Und nur so ist es tatsächlich vertretbar, dass alle Kinder und Jugendlichen einen gerecht verteilten und an ihrem akuten Bedarf orientierten Zugang zu den im Leistungsentgelt beinhalteten Leistungen des Therapeutischen Dienstes haben.

## 5. Datenschutz

Im Arbeitsalltag kommen Therapeut\*innen oftmals mit sehr sensiblen Daten und Informationen in Kontakt. Somit ist es unabdingbar, dass dem Datenschutz, insbesondere der Schweigepflicht, eine besondere Rolle zukommt.

### 5.1. Schweigepflicht bei Arbeit im multiprofessionellen Team

Die Besonderheit in der Arbeit des Therapeutischen Dienstes im ASK Wetzlar liegt darin, dass die Therapeut\*innen sowohl Teil des pädagogisch/therapeutischen Alltagsgeschehens sind, als auch therapeutische Angebote für die Kinder und Jugendlichen machen, in denen sie der Schweigepflicht unterliegen. In diesen unterschiedlichen Rollen gelten für sie jeweils andere Anforderungen.

Bei der unter 4.1. beschriebenen multiprofessionellen Arbeit mit den Teams beziehen sich die therapeutischen Einschätzungen nicht auf im Rahmen von Therapien anvertraute Inhalte, sondern auf die Beobachtungen und Erlebnisse im Alltag. Die Therapeuten befinden sich hier in einer Rolle wie auch die pädagogischen Mitarbeiter\*innen, so dass für sie im Hinblick auf die Weitergabe von Informationen nach außen natürlich die gängigen Datenschutzvereinbarungen gelten. Innerhalb des Teams hingegen ist es erlaubt und auch notwendig die therapeutische Perspektive im Rahmen von Teamsitzungen und Helferrunden etc. mit den Kolleg\*innen auszutauschen, da schlicht und ergreifend von verschiedenen Professionen an derselben Jugendhilfemaßnahme gearbeitet wird. Auch können die therapeutischen Einschätzungen Bestandteil der Entwicklungsberichte für die Hilfeplanung sein. Um hier eine klare Abgrenzung zu vertraulichen Inhalten gewährleisten zu können sind zwei Dinge von immenser Bedeutung: Abgrenzung der verschiedenen Rollen und Transparenz. Erstere wird dadurch gewährleistet, dass Therapeut\*innen, die einer Gruppe für die multiprofessionelle Arbeit zugeordnet sind, im Normalfall in dieser Gruppe keine regelhaften therapeutischen Interventionen mit den Kindern und Jugendlichen durchführen sollen. Lässt sich dies durch äußere Rahmenbedingungen (z.B. therapeutische Gespräche im Rahmen von Krisenintervention, kurzfristige Überbrückungsangebote bis ein externer Therapieplatz gefunden ist) nicht vermeiden, so ist es dringend erforderlich mit den Kindern/Jugendlichen, den

Sorgeberechtigten sowie dem Team ganz klar und transparent den Rahmen hierfür abzustecken. Es gelten die gleichen Regelungen für die therapeutische Schweigepflicht wie sie unter 5.2. beschrieben werden. Sollten bei Kindern/Jugendlichen oder Sorgeberechtigten diesbezüglich zu große Bedenken bestehen, kann das therapeutische Angebot nicht stattfinden. Auch im Hinblick auf die Rolle der Therapeut\*innen im Alltag muss eine größtmögliche Transparenz gewährleistet sein. So werden die Kinder und Jugendlichen darüber informiert, dass die Therapeut\*innen im Team eine Rolle einnehmen wie alle anderen Mitarbeiter\*innen auch. Wenn sie im Alltag das Gespräch suchen sollten, um sich der ihnen vertrauten Person mitzuteilen, so ist es die Aufgabe der Therapeut\*innen zu Beginn des Gesprächs abzuklären, ob es sich um vertrauliche Inhalte handelt und die im Folgenden beschriebenen Prinzipien der therapeutischen Schweigepflicht zu erläutern.

## 5.2. Schweigepflicht bei therapeutischen Angeboten

Die Schweigepflicht in Heilberufen liegt verfassungsrechtlich im Recht auf informationelle Selbstbestimmung begründet und leitet sich aus der Unantastbarkeit der Würde des Menschen und der allgemeinen Handlungsfreiheit ab (vgl. (Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 GG). Für alle therapeutischen Interventionen im ASK Wetzlar, die über die Arbeit im multiprofessionellen Team hinaus gehen, gelten durch die psychotherapeutische Fachaufsicht über den Therapeutischen Dienst die in §8 des Psychotherapeutengesetzes festgelegten Regelungen der Schweigepflicht (siehe Abb. 1).

### **§ 8 Schweigepflicht**

(1) Psychotherapeuten sind zur Verschwiegenheit über Behandlungsverhältnisse verpflichtet und über das, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patienten und Dritte anvertraut und bekannt geworden ist. Dies gilt auch über den Tod der betreffenden Personen hinaus.

(2) Soweit Psychotherapeuten zur Offenbarung nicht gesetzlich verpflichtet sind, sind sie dazu nur befugt, wenn eine wirksame Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt oder die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Dabei haben sie über die Weitergabe von Informationen unter Berücksichtigung der Folgen für die Patienten und deren Therapie zu entscheiden.

(3) Ist die Schweigepflicht aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift eingeschränkt, so ist die betroffene Person darüber zu unterrichten.

(4) Gefährdet ein Patient sich selbst oder andere oder wird er gefährdet, so haben Psychotherapeuten zwischen Schweigepflicht, Schutz des Patienten, Schutz eines Dritten bzw. dem Allgemeinwohl abzuwägen und gegebenenfalls Maßnahmen zum Schutz des Patienten oder Dritter zu ergreifen.

(5) Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an einer psychotherapeutischen Tätigkeit teilnehmen, sind über die gesetzliche Verpflichtung zur Verschwiegenheit zu belehren. Dies ist schriftlich festzuhalten.

(6) Im Rahmen kollegialer Beratung, Intervention, Supervision oder zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürfen Informationen über Patienten und Dritte nur in anonymisierter Form im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes verwendet werden.

(7) Ton- und Bildaufnahmen psychotherapeutischer Tätigkeit bedürfen der vorherigen Einwilligung des Patienten. Ihre Verwendung unterliegt der Schweigepflicht. Der Patient ist über das Recht zu informieren, eine Löschung zu verlangen.

(8) In allen Fällen der Unterrichtung Dritter nach den Absätzen (2) bis (7) hat sich der Psychotherapeut auf das im Einzelfall erforderliche Maß an Informationen zu beschränken.

### **Abb. 1 §8 PsychThG**

Die Schweigepflicht umfasst grundsätzlich alles, was (Psycho)Therapeut\*innen im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit durch Patienten oder durch Dritte anvertraut oder bekannt geworden ist. Sie gilt grundsätzlich uneingeschränkt gegenüber Jedermann (Angehörigen des Patienten und pädagogischen Mitarbeiter\*innen in der Jugendhilfe, anderen Ärzt\*innen oder Psychotherapeut\*innen, Behörden, Polizei, Gerichten). Die Schweigepflicht dauert über den Tod hinaus. Ausnahmen von der Schweigepflicht sind eng begrenzt. Eine Offenbarungsbefugnis besteht unter folgenden Bedingungen:

1. Wirksame Schweigepflichtentbindung der Patient\*innen (Einwilligung) bzw. bei Personen, die das 14. Lebensjahr nicht vollendet haben, der Sorgeberechtigten
2. Mutmaßliche Einwilligung des Patienten

Wenn der Bruch der Schweigepflicht im mutmaßlichen Sinne der Patient\*innen liegt, sie aber nicht (mehr) gefragt werden können (z. B. Informieren der Angehörigen bei Bewusstlosigkeit des Patienten)

3. Offenbarungsbefugnis im Rahmen des rechtfertigenden Notstandes nach § 34 Schweigepflicht darf gebrochen werden, wenn das zum Schutz eines höheren Rechtsgutes notwendig ist. Hier muss eine Güterabwägung vorgenommen werden. Dies hat nur Bestand, wenn die Tat (Bruch der Schweigepflicht) ein angemessenes Mittel ist, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden (bestehen akuter Eigen- oder Fremdgefährdung)

4. Offenbarungsbefugnis nach § 4 KKG Gesetzentwurf Kinder- und Jugendstärkungsgesetz

Werden den folgenden Personen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren und ihm die zur Abwendung der Gefährdung erforderlichen Daten mitzuteilen, sowie sie dies zur Abwendung der Gefährdung für erforderlich halten (siehe § 8a SGB VIII)

Zu Beginn einer therapeutischen Maßnahme im ASK Wetzlar werden alle Beteiligten, also Kinder und Jugendliche (in altersgerechter Form), Sorgeberechtigte und pädagogische Mitarbeiter\*innen ausführlich über die therapeutische Schweigepflicht aufgeklärt. Hier wird besonderer Wert darauf gelegt, dass die Kinder und Jugendlichen die Therapeut\*innen im Alltag ja als Teil des gesamten Kinderdorfes wahrnehmen. Sie sehen sie mit den pädagogischen Mitarbeiter\*innen plaudern und wissen, dass gute kollegiale Verhältnisse bestehen. Deshalb ist es von immenser Bedeutung den Wert der Schweigepflicht zu betonen und ihnen ein sicheres Gefühl zu vermitteln, dass Informationen über die therapeutischen Gespräche nur im Rahmen der getroffenen Vereinbarungen fließen. Im Sinne eines für die Kinder und Jugendlichen möglichst gewinnbringenden Verlaufs der Jugendhilfe Maßnahme ist es oftmals sinnvoll, dass bestimmte Inhalte aus der therapeutischen Arbeit mit den Familien- oder Wohngruppen und/oder dem Jugendamt kommuniziert werden. Besonderer Wert wird hier auf die Transparenz sowie den Respekt der freien Entscheidung gelegt. So wird gemeinsam diskutiert, welche Informationen in welchem Rahmen kommuniziert werden dürfen/sollen. Die Jugendlichen (ab 15) bzw. Sorgeberechtigten willigen schriftlich in die Weitergabe von Informationen ein (das entsprechende Formular zur Entbindung von der Schweigepflicht ist im Anhang zu finden). Bei Jugendlichen ab 15 Jahren wird i.d.R. über den rechtlichen Rahmen hinaus auch die Zustimmung der Sorgeberechtigten eingeholt. Sollte hier aber beispielsweise von den Sorgeberechtigten eine Einwilligung in die Weitergabe von Informationen erteilt werden, von den Jugendlichen hingegen nicht, so gilt der Wille der/des Jugendlichen. Die Einwilligung erfolgt sowohl klar eingegrenzt in Bezug auf die Personengruppe (beispielsweise Familiengruppe) und kann zudem eingeschränkt werden, in welcher Form Informationen weitergegeben werden dürfen (z.B. mündlich im Rahmen von Teamsitzungen, mündlich in Form von therapiebegleitenden Gesprächen, schriftlich in Form von Therapieberichten).

Die Therapien im ASK Wetzlar unterliegen zwei besonderen Rahmenbedingungen. Zum einen werden diese nicht durch die Krankenkasse, sondern durch den Anteil für therapeutische Arbeit im Rahmen des von den Jugendämtern entrichteten Leistungsentgeldes finanziert. In diesem Fall hat das Jugendamt (ähnlich wie die Krankenkasse auch) ein Anrecht auf Informationen zu den allgemeinen Rahmenbedingungen der Psychotherapie (Therapiephase, Prognose weitere Therapiedauer, Frequenz der Termine etc.). Für Informationen über den Inhalt der Therapie bedarf es auch in diesem Fall der beschriebenen Entbindung von der Schweigepflicht. Eine weitere Besonderheit bei Kindern und Jugendlichen, die in der stationären Jugendhilfe leben ist, dass die für die Kinder- und Jugendtherapie gängigen therapiebegleitenden Gespräche (außer in begründeten Ausnahmefällen) nicht mit der Herkunftsfamilie, sondern mit den pädagogischen Mitarbeiter\*innen stattfinden, da diese mit den Kindern und Jugendlichen den Alltag gestalten. Sollte hierfür kein Einverständnis gegeben werden, so wird (wie es bei externen Therapeut\*innen auch der Fall ist) eine therapeutische Maßnahme in den meisten Fällen nicht stattfinden können.

### 5.3. Dokumentation, Aufbewahrung von Akten und Einsichtnahme

Bei der Dokumentationspflicht der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten handelt es sich zum einen um eine Nebenpflicht aus dem Behandlungsverhältnis. Sie wird als „selbstverständliche therapeutische Pflicht“ (so der Bundesgerichtshof) betrachtet und dient in erster Linie der Therapiesicherung sowie dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht der Patient\*innen. Auch durch das psychotherapeutische Berufsrecht (§ 9 MBO-PP/KJP) werden Psychotherapeut\*innen zur ordnungsgemäßen Dokumentation im Rahmen einer Behandlung verpflichtet. Aber auch aus der fachlichen Sicht der Therapeut\*innen ist zu betonen, dass eine ordnungsgemäße und brauchbare Behandlungsdokumentation von hohem Interesse ist. So dient sie als Gedächtnisstütze, zur Therapiesicherung und auch – nicht zu unterschätzen – zur Beweissicherung, wie etwa im Falle des Vorwurfs einer fehlerhaften Behandlung. Notwendiger Inhalt der Dokumentation sind das Datum, anamnestiche Daten, Diagnosen, Fallkonzeptualisierungen, psychotherapeutische Maßnahmen sowie gegebenenfalls Ergebnisse psychometrischer Erhebungen (§ 9 Abs. 1 MBO-PP/KJP). Die Dokumentation muss dem Patienten die Überprüfung ermöglichen, welche Maßnahmen der Therapeut vorgenommen hat. Sie kann „klassisch“ durch handschriftliche Aufzeichnungen in die Patientenkartei oder elektronisch erfolgen. Die Behandlungsdokumentation sollte zeitlich in unmittelbarem Zusammenhang mit der Behandlung erstellt werden. Die Mindestaufbewahrungsdauer beträgt zehn Jahre (§ 9 Abs. 2 MBO-PP/KJP).

Die Anforderung an die Dokumentation einzel- und gruppentherapeutischer Interventionen im ASK Wetzlar wie sie unter 4.2.1. beschrieben sind werden nach den oben erläuterten Standards gestellt. Therapeutische Interventionen im Gruppenalltag, im Rahmen des multiprofessionellen Arbeitens oder bei flexiblen bedarfsorientierten Angeboten erfolgt die Dokumentation in der Regel im Rahmen der im pädagogischen Alltag gängigen Form (Dokumentation des

Gruppenalltags, Teamprotokolle etc.). Diagnostische Befunde (heilpädagogische Diagnostik, Bindungsdiagnostik, kinder- und jugendpsychotherapeutische Diagnostik) werden grundsätzlich in Form eines Berichtes festgehalten. Über den therapeutischen Verlauf werden in regelmäßigen Abständen kurze Berichte erstellt, deren Inhalt mit den Kindern und Jugendlichen im Zuge einer möglichst hohen Transparenz der Behandlung in einer dem Entwicklungsstand angepassten Form besprochen wird.

Das ASK Wetzlar entwickelt gerade gemeinsam mit den zuständigen Datenschutzbeauftragten ein neues Aufbewahrungssystem für Akten und Berichte aus dem Therapeutischen Dienst. Dies ist uns ein besonderes Anliegen, da es für Kinder und Jugendliche im weiteren Verlauf von großer Bedeutung sein kann, Einblick in ihre Akten zu nehmen, um Teile der eigenen Vergangenheit zu rekapitulieren oder auch einfach nur nachzuvollziehen, was im Rahmen der Therapie vor sich ging. Je jünger die Kinder zum Zeitpunkt der Therapie, umso stärker ist oftmals das Bedürfnis im Jugendlichen- oder Erwachsenenalter die damaligen Prozesse nachzuvollziehen. Die behandelte Person selbst hat jederzeit ein umfassendes und bedingungsloses Einsichtsrecht in die Akte. Eine Einsichtnahme durch Dritte (Staatsanwaltschaft, Jugendamt, ab einem Lebensalter von 15 auch Sorgerechsträger etc.) ist nur möglich, wenn eine entsprechende Einwilligungserklärung vorliegt. Diese sollte immer auf den spezifischen Sachverhalt bezogen sein, auf den Namen des/der Auskunftspflichteten lauten und von den Patient\*innen eigenhändig unterschrieben sein.

Da die Einsichtnahme in eine therapeutische Akte emotional sehr bewegen, im schlimmsten Falle auch alte Traumata hervorholen kann, ist es uns ein großes Anliegen diese Prozesse gut vorzubereiten und angemessen zu begleiten – im Idealfall natürlich durch eine dem Kind dem/der Jugendlichen vertraute Person.

## 6. Literatur

- Beck A, Haupt S, Hensen G, Maykus S (2019) Inklusive Schule und Kinder- und Jugendhilfe. Zur Schlüsselposition von Schulsozialarbeit und Ganztagschule bei der Gestaltung inklusiver Bildungsbedingungen. In Westphal M, Wansing G (Hrsg.) Migration, Flucht und Behinderung. Springer VS, Wiesbaden, 301-322.
- Becker M, Correll CU (2020). Suicidality in childhood and adolescence. *Deutsches Ärzteblatt Int.* 2020; 117: 261–270. DOI. 10.3238/arztebl.2020.0261.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM): Das anamnestische Erstgespräch – DEGAM Praxisempfehlung, Version 11/2017, verfügbar unter <https://www.degam.de>.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP): Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter, 4. überarb. Version, 31.05.2016, verfügbar unter <http://www.awmf.org>.
- Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R (2007). Psychiatric disorders among British children looked after by the authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 190: 319–325. doi: 10.1192/bjp.bp.106.025023.
- Ihle W, Esser G, Schmidt MH, Blanz B (2002). Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11: 201–211. doi: 10.1026//0942-5403.11.4.201.
- Jaritz C, Wiesinger D, & Schmid M (2008). Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung [How many children and adolescents in inpatient youth welfare care have been through traumatic experiences? Results of an epidemiological investigation]. *Trauma & Gewalt*, 2(4), 266–277.
- Jenni O, Ritter S. (2019). Verletzlich und trotzdem stark: Über Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung. *Paediatrica, Vol. 30/1-2019*.
- Rau T, Ohlert J, Fergert JM, Andersen S, Schmid M (2018). Kindheitserlebnisse von Jugendlichen in Internaten. Ein Vergleich mit Jugendlichen aus Jugendhilfeeinrichtungen und der Allgemeinbevölkerung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 67(1), 31-47.
- Schmid M, Goldbeck L, Nuetzel J & Fergert JM (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, Article 2. doi: 10.1186/1753-2000-2-2.
- Vasileva M, Fergert, JM, Petermann, F (2015). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern in der Heimerziehung und in Pflegeverhältnissen. *Nervenheilkunde* 34 (01/02), 34-42.
- Wagenblass (2019). Jugendhilfe und Psychiatrie – Wie belastet sind psychisch kranke Kinder und Kinder psychisch kranker Eltern? *Vortrag auf der Jahrestagung der Jugendamtsleiter\*innen Baden-Württemberg*.
- Wiesner R (2005). Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht. Berlin: Psychotherapeutenkammer