

**Stellungnahme zur 6. Veranstaltung:  
Runder Tisch „Heimerziehung (...)“ am 29. September 2016**

**Wenn es ein Konzept der Weiterentwicklung der Heimerziehung in Schleswig-Holstein gäbe, wo würden Sie als erstes ansetzen? Und was käme an zweiter und an dritter Stelle?**

**1. Qualitätsstandards und –indikatoren in der Jugendhilfe:**

- Implementierung traumapädagogischer Konzepte
- Implementierung von Sicherheitskonzepten und Kriseninterventionsvereinbarungen
- Externe, unabhängige Überprüfungen der Prozess- und Ergebnisqualität

Hierzu folgende ergänzende Erläuterungen:

Die stationäre Jugendhilfe ist befasst mit Kindern und Jugendlichen, die traumatische Lebenserfahrungen gemacht haben. Über 60 % der Kinder in Heimen haben Missbrauchs-, Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen (*Meltzer et al. 2003, Burns et al. 2004*). Misshandlungen und Vernachlässigungen finden selten isoliert statt, sondern weisen hin auf ein dysfunktionales Familiensystem (*Nash et al. 1993*), so dass sich hier zahlreiche Risikofaktoren addieren (*Cicchetti u. Manly, 2001, Ihle et al. 2002*). (zitiert aus: Jörg Michael Fegert, Karol Jaszkwic, Birgit Lang, Marc Schmid and Detlev Wiesinger (2007). Brauchen wir eine Traumapädagogik? – Ein Plädoyer für die Entwicklung und Evaluation von traumapädagogischen Handlungskonzepten in der stationären Jugendhilfe. Kontext: Band 38, Ausgabe 4, S. 330-357)

**Vorwerker Fachklinik**  
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
-psychosomatik und -psychotherapie  
Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Universität zu Lübeck

**Stationärer Bereich / Leitung**

Tritfstraße 139, Haus 4  
23552 Lübeck  
Telefon: 0451-400250-400  
Telefax: 0451-404 806  
kjp@vorwerker-diakonie.de

**Chefarzt: Oliver Soyka**

**Bankverbindung**

Evangelische Bank e.G.  
BIC: GENODEF1EK1  
IBAN: DE 68 520 6041 0020 64041 11

**Menschlichkeit**

**braucht Unterstützung -  
helfen Sie mit Ihrer Spende!**

[www.vorwerker-diakonie.de/spenden](http://www.vorwerker-diakonie.de/spenden)

**Vorwerker Diakonie  
gemeinnützige GmbH**

Aufsichtsratsvorsitzender:  
Hartmut Richter  
Geschäftsführung:  
Kirsten Balzer  
Fred Mente  
Hans-Uwe Rehse  
Handelsregister Lübeck HRB 13130 HL  
Finanzamt Lübeck  
USt-IdNr.: DE135131492

[www.vorwerker-diakonie.de](http://www.vorwerker-diakonie.de)

Dieser besonderen Herausforderung stellt sich die Jugendhilfe. Durch das gestufte Hilfesystem von familienentlastenden, -stützenden über ambulante Jugendhilfemaßnahmen bis hin zu einer stationären Unterbringung als Ultima Ratio, leben in den Einrichtungen mehrheitlich Kinder und Jugendliche, die aufgrund einer akuten Kindeswohlgefährdung untergebracht oder nach zahlreichen vorhergegangenen (letztlich erfolglosen) Maßnahmen außerhalb ihrer Familie untergebracht werden mussten. Neben dieser Konzentration sehr unterstützungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher spielt eine beachtenswerte Rolle, dass ein hoher Prozentsatz der Kinder/Jugendlichen Vorkontakte zur Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten oder noch haben: Die EVAS-Untersuchungen (*Institut für Kinder und Jugendhilfe 2003, 2004*) berichten, dass Kinder mit psychischen Störungen, die bereits Erfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben, ihre Jugendhilfemaßnahmen signifikant häufiger abbrechen bzw. diese von den betreuenden Institutionen vorzeitig beendet werden.

Die Heimerziehung hat es mit komplexen Multiproblemlagen zu tun. Die daraus entstehenden Anforderungen an die Fachkräfte sind hoch. Die Rahmenbedingungen für die stationäre Erziehungshilfe müssen sich hieran ausrichten. Dies gilt für den Stellenwert der „Heimerziehung“, für die (materielle) Anerkennung der Fachkräfte und für die Personalausstattung, die unter den genannten Bedingungen für eine Gruppenerziehung erforderlich ist. Moderne Heimerziehung muss durch leistungs- und aufgabenorientierte Entgelte gewährleistet werden und braucht neben der flexiblen, individuellen Finanzierung des Einzelfalles auch verlässliche Entgeltanteile für fallunabhängige Netzwerkarbeit, für den Aufbau neuer Hilfeangebote und Hilfestrukturen. Hier ist auch von einer strukturierten und verbindlichen Kooperation mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrie die Rede.

Wichtiger Qualitätsstandard aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ist die regelhafte Entwicklung **traumapädagogischer Konzepte** in der stationären Jugendhilfe. Hierbei geht es nicht darum, psychotherapeutische Konzepte in die pädagogische Arbeit zu integrieren. Es sollte aber versucht werden, Verhaltensauffälligkeiten des Kindes/des Jugendlichen als Folgen eines Traumas zu erkennen, zu verstehen und darauf adäquat zu reagieren. Entsprechende Konzepte lassen sich nur mit intensiver Supervision und Fortbildungen der Teams realisieren.

Die Entwicklung (einrichtungsspezifischer und –typischer) **Sicherheitskonzepte** (vergl. 5. Veranstaltung am 8.09.2016, Prof. Baumann) kann aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht voll unterstützt werden. Die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken sind aufgrund ihres Versorgungsauftrages schon lange gehalten, nicht nur Strategien und Techniken zur Deeskalation zu schulen sondern auch Maßnahmen zu entwickeln, um sowohl Mitarbeitende als auch Patienten bei Eskalationen zu schützen. Neben (wiederkehrenden) Schulungen, baulichen und technischen Maßnahmen gehören dazu auch Supervisionen sowie Nachbesprechungen von Krisensituationen. Krisenbewältigung ist personalintensiv.

Krisenvorstellungen in einer Klinik nach Eskalationen in der Einrichtung mit dem Hinweis, man sei „alleine im Dienst“ und könne eine Beaufsichtigung nicht gewährleisten, führen regelmäßig zu Konflikten zwischen Vertretern der Einrichtung, ggf. den Mitarbeitenden des Jugendamtes und den diensthabenden Ärzten/Ärztinnen/der Klinik, wenn – wie häufig in solchen Situationen – keine ärztliche Indikation für eine stationäre Aufnahme festgestellt werden kann. Verbindlichkeit, Rahmung und Struktur sowie die Sicherheit der Mitarbeitenden und der Mitbewohner (und letztlich des Klienten selber) setzen voraus, dass Einrichtungen sowohl personell als auch strukturell auf Regelübertretungen und Eskalationen reagieren können. Soweit die Krise nicht im engeren Sinne psychiatrisch begründbar ist, ist eine Vorstellung in einer KJPP nicht erforderlich. Es müssen in der Jugendhilfe strukturelle und konzeptuelle Voraussetzungen dafür geschaffen sein, fakultativ freiheitsbeschränkende Maßnahmen (gem. § 1631b BGB) durchzusetzen. Die Jugendhilfe muss geeignete Pläne und Maßnahmen entwickeln, wie im engeren Sinne nicht-psychiatrisch begründbare Krisen/Eskalationen mit den Mitteln der Pädagogik bewältigt werden können.

Über die Sicherheitskonzepte hinaus sind individualisierte **Kriseninterventionsvereinbarungen** zwischen Einrichtungsteam, Jugendlichen und einer Klinik hilfreich, um eine schrittweise und zwischen allen Partnern konsentiertere Abfolge (selbst-) regulierender und deeskalierender Maßnahmen festzuschreiben und transparent zu machen. Hierbei kann eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie als entlastender Faktor und Partner eine wichtige Rolle spielen, um sowohl dem Jugendlichen selber als auch einem Team der Jugendhilfe Sicherheit zu geben und Abbrüche zu verhindern.

Einrichtungen, die sich der sogenannten „Grenzgänger“ annehmen, benötigen eine auskömmliche finanzielle Ausstattung, um sowohl die erforderlichen personellen Ressourcen als auch flankierende konzeptuelle Maßnahmen umsetzen zu können (Schulungen, Supervision/Coaching). Kooperationen mit Kinder- und Jugendpsychiatrien sind zu fördern (Ressourcen). Externe Qualitätssicherung sowohl im Sinne gegenseitiger Hospitationen (Einrichtungen untereinander) als auch von Visitationen geben sowohl den Mitarbeitern dieser Einrichtungen als auch den Klienten Sicherheit im Handeln.

Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind befasst mit Familien oder einzelnen Kindern/Jugendlichen, bei denen z.T. jahrelange Maßnahmen der Jugendhilfe (Hilfen zur Erziehung) gescheitert sind. Dabei kann es sich z.B. um einen mehrjährigen Einsatz von Sozialpädagogischen Familienhilfen handeln, deren Ergebnisqualität weder kritisch überprüft noch im Verlauf durch Modifizierungen verbessert wurde. Pathologische Strukturen werden dadurch bisweilen eher zementiert als positiv verändert. Maßnahmen der stationären Jugendhilfe sind aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht (insofern subjektiv) hinsichtlich einer Zielgerichtetheit oder Stringenz nicht immer nachvollziehbar. Es entsteht der Eindruck, dass Maßnahmen finanziert werden, ohne dass die Mittel und Konzepte zur Umsetzung der Hilfeplanung oder deren (Zwischen-) Ergebnisse kritisch geprüft werden.

Die Krankenhäuser unterziehen sich sowohl durch die jährlichen *Strukturierten Qualitätsberichte* als auch durch regelmäßige *Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)* einer externen, unabhängigen **Überprüfung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit** der Behandlungen. Angesichts der Tatsache, dass Fehlentwicklungen von Kindern und Jugendlichen trotz Jugendhilfe stattfinden, bedarf es m.E. Indikatoren dafür, was wie „hilft“ und v.a. einer externen Begutachtung der Verläufe, die im Auftrage des Kostenträgers (Jugendamt) aber nicht durch denselben stattfinden sollten.

## 2. Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie:

- Förderung der Kooperation zwischen Jugendhilfe/Heimerziehung und KJPP
- Verbindlichkeit der Jugendhilfe in der Betreuung von Kindern/Jugendlichen
- Durchlässigkeit der Finanzierungssysteme SGB V und SGB VIII
- Einrichtung von Clearingstellen

Die Diskussionsbeiträge der stattgefundenen Sitzungen des „Runden Tisches“ legen nahe, der Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen verbindlichen und strukturierten Rahmen zu geben (z.B. auch Liaison-Dienste (KJPP in JH)). Hierfür bedarf es auf „beiden Seiten“ neben der grundsätzlichen Bereitschaft personeller und somit finanzieller Ressourcen.

Gegenseitige Hospitationen, gemeinsame Fortbildungen und Fallkonferenzen finden auf lokaler Ebene bereits von je her statt. Sie sind aber stets abhängig von der freiwilligen Bereitstellung der Ressourcen (Personal, Zeit, Raum), regionalen Begebenheiten (Distanzen) und persönlichen Sympathien. (Versorgungs-) Politischer Wille würde verbindliche(re) Regelungen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem fordern und fördern.

Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie machen die Erfahrung, dass Jugendhilfemaßnahmen während oder sogar durch die Aufnahme in einem Krankenhaus beendet werden. Was bei Aufnahmen in einer Kinderklinik oder –chirurgie undenkbar wäre, findet bei einer Behandlung in der Psychiatrie statt. Dadurch scheitern Kinder/Jugendliche nicht nur bereits recht kurz nach Einleitung einer Maßnahme der Jugendhilfe („so wollen wir Dich nicht!“) sondern verlieren manchmal auch nach Monaten oder Jahren eines Bindungsversuchs ihren Lebensmittelpunkt. **Einrichtungen der stationären Jugendhilfe müssen verpflichtet werden, während der gesamten Dauer einer Behandlung in ihrer Verantwortung zu bleiben**, den Kontakt zu halten und sich an der weiteren Hilfeplanung aktiv zu beteiligen.

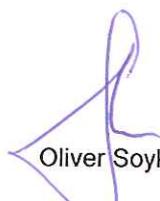
Maßnahmen der Jugendhilfe (ambulant oder stationär) müssen auch während einer (teil-) stationären Behandlung in einer Klinik weiter finanziert werden, damit der Kontakt zu den Klienten/Patienten gehalten, Besuche gemacht, Belastungserprobungen in der Einrichtung durchgeführt und ggf. auch eine Mitbetreuung *in der Klinik* durch Mitarbeiter der Einrichtung möglich sind. Patienten einer Kinder- und Jugendpsychiatrie sind nicht *entweder* psychisch krank *oder* haben einen pädagogischen Hilfebedarf! Ebenso wenig sind alle Patienten mit dem Tag ihrer Entlassung gesund. Der Erziehungsauftrag endet nicht an der Tür zur Kinder- und Jugendpsychiatrie. **SGB VIII-Leistungen müssen daher trotz der Inanspruchnahme von SGB V-Leistungen (parallel) durchführbar sein**, um psychisch kranken Kindern und Jugendlichen Entwicklung zu ermöglichen.

Eine Unterbringung von Kindern und Jugendlichen, die einer stationären KJPP-Behandlung nicht (mehr) bedürfen, bei denen eine Rückkehr in das Elternhaus nicht möglich ist, sollte verbindlich geregelt sein. Bereits gefordert wurden **Einrichtungen, die – zumindest für einen Übergang – eine Aufnahmeverpflichtung haben**. Hier ist bisweilen schnelles Reagieren nötig. Die Aufnahme in einer Inobhutnahmestelle ist nicht in jedem Fall eine geeignete Lösung (Betreuungsschlüssel, haltgebende, grenzsetzende Angebote fehlen).

Ein politischer Wille zu einer engen Verzahnung ärztlich-therapeutischer mit pädagogischer Hilfen, sollte auch die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie „schützen“: der Auftrag der Krankenhäuser ist ein kurativer. An der Schnittstelle zur Jugendhilfe erlebt die KJPP eine hochfrequente Überprüfung der stationären Behandlungsnotwendigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Es ist eher Regel als Ausnahme, dass eine „sekundäre Fehlbelegung“ und eine daraus resultierende (rückwirkende) Kürzung von Entgelten festgestellt wird, sobald seitens der Kliniken mit einer koordinierten Hilfeplanung mit den Jugendämtern oder sogar konkreten Jugendhilfeeinrichtungen begonnen und entsprechend koordiniert wird. Für die Kliniken birgt diese Praxis mit ihrer Verkennung des hohen koordinativen Aufwandes durch die Kostenträger/den MDK ein hohes finanzielles Risiko und nicht unerhebliche Verluste.

Die Etablierung von interdisziplinären und –institutionellen **Clearingstellen** (ähnlich dem „Grenzgängerprojekt“ der HAW, Jugendhilfe und KJPPP Elmshorn) sollte regional in Kooperation mit den Versorgungskliniken gefördert werden. Hier existieren bereits gemeinsame Fallberatungen, die aber eines Rahmens und einer Verbindlichkeit ähnlich der des Elmshorner Projekts bedürfen.

Lübeck, 14. September 2016



Oliver Soyka  
Chefarzt

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie