

# Best-Practice-Modelle

Psychotherapie und Jugendhilfe – kann das  
gut gehen?!  
Und ob!!

# Struktur

1. Beteiligte Berufsgruppen/ Institutionen
2. Zielgruppe
3. Aufgaben/Ziele/Auftrag
4. Finanzierung/ gesetzliche Grundlagen
5. Konkrete Zusammenarbeit → Fallbeispiel

# 1. Beteiligte Berufsgruppen / Institutionen

A) Frank Schümann und Team/ Projekthaus-KH : gemischte Berufsgruppe aus erzieherischem und (sozial-)pädagogischem Bereich

- Ambulantes begleitetes Wohnen (18 bis 21 Jahre)
- Erziehungsbeistandschaft
- Offene Jugendarbeit (12 bis 21 Jahre) → Anlaufstelle für `Jedermann`
- Begleitete (!) Sozialstunden (Ziele: Reflektion, Ziele und Werte vermitteln)
- Bewerbungs- und Nachhilfe: **PASS UFF NACHDENKE KANNSTE**
- Sozialkompetenztraining (Selbstwirksamkeitserfahrungen sammeln; mögliche Berufsfelder finden oder auszuschließen)

# 1. Beteiligte Berufsgruppen / Institutionen

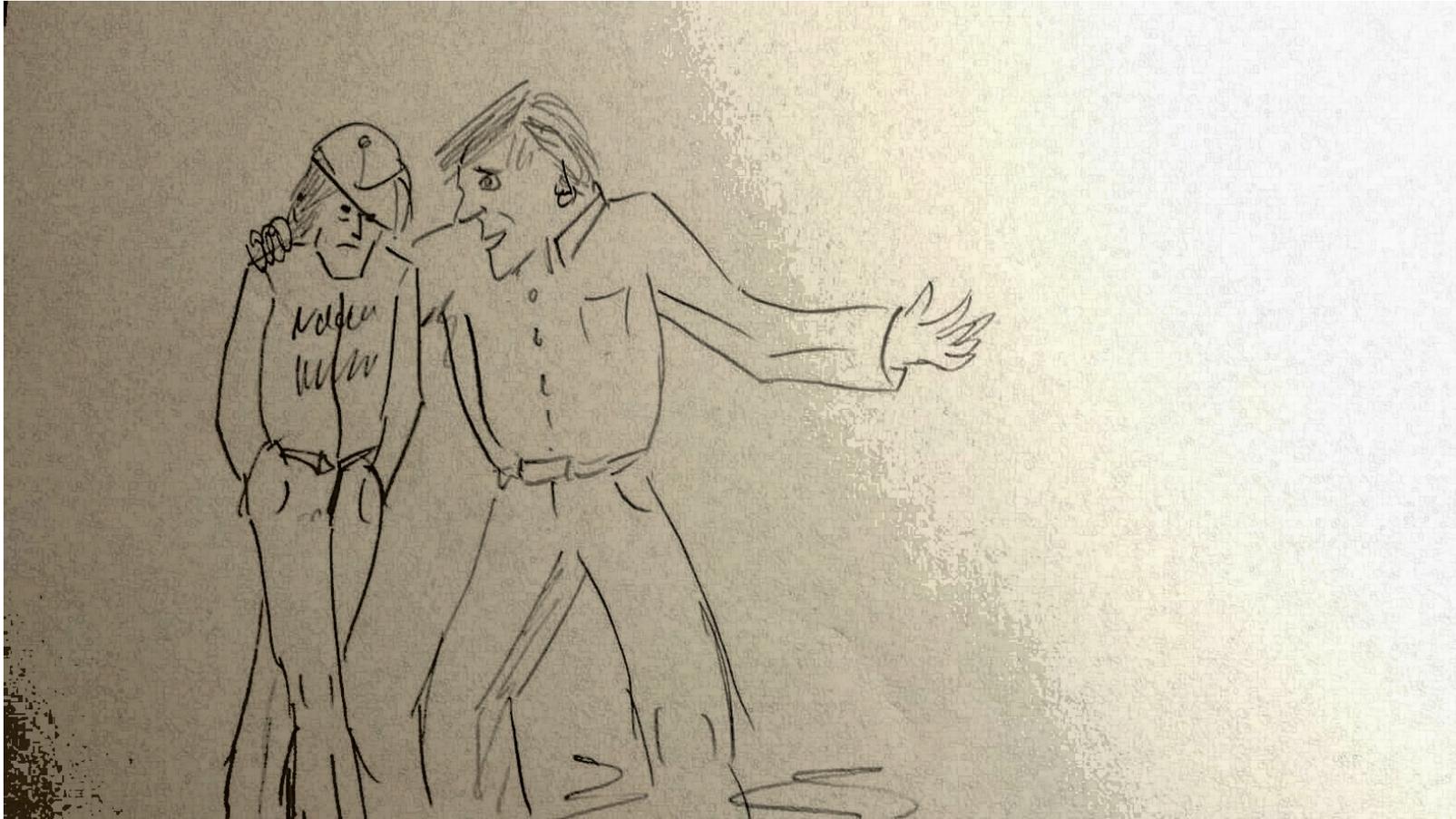
## B) Kristina Nehls:

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TP), niedergelassen, halber Sitz
- Pädagogin M.A., 2003 bis 2007 Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Approbation 2007
- Zuvor: Als angestellte KJP in Kinder-/Jugendpsychiatrie (Pfalzinstitut Klingenmünster); angestellte KJP im MädchenHaus Mainz (freier Jugendhilfeträger für Mädchen und junge Frauen)

## 2. Zielgruppen/ Kooperationsmodell

- Kinder und Jugendliche ab ca. 10 Jahre; Schwerpunkt `dissoziales Verhalten´/ bereits delinquent gewordene Jugendliche; häufig belastetes Familiensystem bei geringen familiären Ressourcen
  - Jugendliche meist skeptisch gegenüber Psychotherapie/Diagnostik und klassisch fremdmotiviert
- 
- Selten: Unterstützung Beratung der Eltern/Bezugspersonen

‘Ich bin doch kein Psycho! -  
Was soll ich bei der?!’



‘Bei mir ist alles okay!’



# 3. Aufgaben/Ziele der Kooperation

- Sprechstunden-Termine und/oder `Probatorische Sitzungen`:
  - ! Herstellung einer Vertrauensbeziehung (oft massive Skepsis)
  - Abklärung kognitiver und emotionaler Entwicklungsstand
  - Diagnostik mögl. psychischer Erkrankungen
  - Handlungsempfehlungen für Fragestellung der Jugendhilfe
  - Handlungsempfehlungen für den Bereich Schule
  - Indikationsstellung für Behandlung mgl. psychischer Auffälligkeiten
- Einleitung einer Psychotherapie (selten aufgrund verschiedener Hürden; aktuell eine regelm. PT)

# Diagnosen (in den letzten 2 Jahren, 25 Pat.)

Insges. 26 Pat., ca. 2/3 männlich, Altersdurchschnitt bei 14;6 J.

- Keine psychiatrische Diagnose 4 Pat.
- F43.2 Anpassungsstörungen 5 Pat.
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung 1 Pat.
- F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung 2 Pat.
- F91.1 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen 1 Pat.
- F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhanden sozialen Bindungen 2 Pat.

# Diagnosen (in den letzten 2 Jahren; Fortsetzung)

- F93.8 Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters 2 Pat.
  - F92.8 Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen 2 Pat.
  - F32.0 leichte depressive Episode 2 Pat.
  - F32.1 mittlere depressive Episode 1 Pat.
  - F32.2 schwere depressive Episode 1 Pat.
- 
- F70.0 Leichte Intelligenzminderung/  
leichte intellektuelle Behinderung 2 Pat.

# 4. Finanzierung/ gesetzliche Grundlagen

A: Projekthaus KH:

- Privat-gewerblicher Anbieter der Jugendhilfe
  - Zugang über Jugendämter und Jugendgerichtshilfe;  
Auftraggeber: v.a. JA Kreis und Stadt Bad Kreuznach sowie Kreis Mainz
  - rechtliche Grundlage: SGB VIII

# 4. Finanzierung/ gesetzliche Grundlagen

B: Psychotherapie-Praxis/ Kooperations-Modell

- Gesundheitssystem → SGB V, §92 → Krankenkassen
- Berufsrecht: Psychotherapeutengesetz PsychThG. 1999, Bundesgesetz
- ausführliche Befundberichte werden dem Projekthaus in Rechnung gestellt
- `Offenheit` für unvergütetes Engagement (Zwischenbesprechungen; Telefonate; Austausch jenseits der B-Stunden)

## 5. Konkrete Zusammenarbeit → Fallbeispiel

b) Manuel (Name geändert), Erstvorstellung mit 15; 10

### Vorstellungsanlass

Diagnostik. Insbesondere Testung der Leistungsfähigkeit sowie mangelnde Impulskontrolle/ aggressive Durchbrüche;  
Indikationsstellung für weitere psychosoziale und  
therapeutische Maßnahmen

# 5. Konkrete Zusammenarbeit → Fallbeispiel

(alle Namen sind aus Datenschutzgründen geändert!)

- Indexklient: Manuel Schneider (21 J.)
- KM: Marianna Schneider
- KV: Gunnar Schneider
- Stiefvater: Manfred Müller
- Schwestern 1: Michaela Schneider
- Schwester 2: Monika Schneider

## 5. Konkrete Zusammenarbeit → Fallbeispiel

- Manuel lebt bei KM
- Diagnostik: F 70 leichte Intelligenzminderung / leichte intellektuelle Behinderung / Debität
- Manuel besuchte zu Beginn der Hilfe eine Förderschule Schwerpunkt Lernen
- Mit Abschluss der Förderschule besuchte Manuel die BF 1 der Berufsbildenden Schule
- Innerhalb der BF 1 absolvierte er ein Langzeitpraktikum → Ausbildung
- Anbindung an: Sozialamt, Rechtliche Betreuung, Lebenshilfe

# Ausschnitt aus dem `Psychischem Befund`

- Zu Beginn ist M. nervös und verunsichert; bereits nach kurzer Zeit öffnet er sich und zeigt ein großes Mitteilungsbedürfnis. Seine Artikulation ist auffällig undeutlich, die Grammatik häufig fehlerhaft. M. reagiert sehr positiv auf Unterstützung/extrinsische Motivation durch die Therapeutin und ist darum bemüht, die Anforderungen der Therapeutin bestmöglich zu erfüllen. Er zeigt sich ehrgeizig und sehr stolz bei Gelingen.
- Zentrale inhaltliche Themen sind Kränkungserlebnisse in der Schule (Hänseleien wg. Kleidung und Noten) sowie die erlebte Enttäuschung in seiner ersten festen Beziehung. M. äußert zudem eine deutliche Abneigung gegen Testungen und Prüfungen; er lässt sich dennoch gut auf die Leistungsdiagnostik ein, zeigt eine adäquate Ausdauer und Konzentration.

# Testpsychologische Befunde

- **Wechsler Intelligenzskala IV (WISC IV):** M. erreichte im Vergleich zur Altersnorm einen unterdurchschnittlich niedrigen Intelligenzwert (IQ Gesamt: 60; PR=0,4) bei homogenem Testprofil.
- **ADHS-Fremdbeurteilungsbogen** (ausgefüllt durch die Betreuerin): liegen im unauffälligen Bereich
- **Fremdbeurteilungsbogen FBB-SSV** (Störungen des Sozialverhaltens), ausgefüllt durch die soziale Betreuerin: es ergeben sich keine Hinweise auf ein unangebrachtes Sozialverhalten

# Testpsychologische Befunde

- **Selbstbeurteilungsbogen für depressive Symptome (SBB-DES):**  
Gesamtwert liegt im überdurchschnittlich hohen Bereich (Stanine: 9). M. schildert Minderwertigkeitsgefühle, ein geringes Selbstvertrauen, Schuldgefühle, allgemeine Hoffnungslosigkeit und Grübeln.
- Die **Child Behaviour Checklist (CBCL 4-18)**, erfasst Urteil der Eltern über Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Schwierigkeiten von Kinder und Jugendlichen, ausgefüllt durch Kindsmutter: zwei Bereiche im hoch auffälligen Bereich: `Ängstlich-Depressiv` und `Soziale Probleme`. Es ergeben sich keine Hinweise auf ein maladaptiv-externalisierendes Verhalten.
- Der **Fragebogen für Jugendliche (YSR)** erfasst die Selbsteinschätzung von Jugendlichen hinsichtlich Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Schwierigkeiten. Alle Syndromskalen liegen bei dieser Selbstbeurteilung im unauffälligen Bereich.

# 5. Diagnose(n)

- **Diagnose(n)**

- Achse I 000 keine psychiatrische Diagnose; Beginnende depressive Entwicklung aufgrund permanenter Überforderung
- Achse II nicht feststellbar
- Achse III F70 Leichte Intelligenzminderung. Sehr niedrige Intelligenz (WISC-IV Gesamt-IQ: 60)
- Achse IV Kein Anhalt für eine körperliche Erkrankung
- Achse V 5.1; 8.1; 8.2; 9.8 (s. Achse III)
- Achse VI 1 : Mäßige soziale Funktion

## 5. Konkrete Zusammenarbeit → Fallbeispiel(e)

a) Massimo, 12J (Name geändert)

### **Vorstellungsanlass**

Diagnostik. Insbesondere Abklärung Störung der Impulskontrolle; schulische Probleme: Sozialverhalten im schulischen Rahmen sowie schwache Leistungen (Notendurchschnitt: 4,1, Verdacht auf Überforderung); Indikationsstellung für weitere psychosoziale und/oder psychotherapeutische Maßnahmen.

# Fallvorstellung, Massimo

Psych. Befund:

→ 12;0 Jahre alter Junge, wach, bewusstseinsklar zu allen Qualitäten voll orientiert. Marino zeigt sich freundlich-zugewandt und im Kontakt mit der Therapeutin höflich und bemüht. Körperlich anhaltend unruhig, innerlich angespannt; Konzentration niedrig bei kurzer Aufmerksamkeitsspanne, geringe Impulskontrolle (fällt Therapeutin ins Wort; kann Aufgabenstellung nicht abwarten, teils exzessives Reden); mnestiche Qualitäten unauffällig. Kein Anhalt für formale oder inhaltliche Denkstörungen. Kein Anhalt für Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen. Kein Anhalt für akute Suizidalität.

# Fallvorstellung, Massimo

## Intelligenzdiagnostik:

- IQ Gesamt: 97; PR (Prozentrang) =42,1. Hierbei ergeben sich signifikante Abweichungen zwischen den Bereichen `Sprachverständnis´ (87 IQ-Punkte) und `Wahrnehmungsgebundenes logisches Denken´ (108 IQ-Punkte).
- Dieses signifikant schwächere Abschneiden im Index `Sprachverständnis´ bedeutet, dass Marino Schwächen in den Bereichen `sprachliche Begriffsbildung´, `sprachliches Schlussfolgern´ und `erworbenes Wissen´ aufweist. Er sollte für diese Bereiche eine Förderung erhalten.

# Fallvorstellung, Massimo

Aufmerksamkeit/Konzentration/Impulsivität:

- Im **ADHS-Fremdbeurteilungsbogen, FBB-ADHS**, ausgefüllt durch den Bezugsbetreuer, ergeben sich deutliche Hinweise auf das Vorliegen eines ADH-Syndroms (Stanine 8-9); die Angaben der Großmutter liegen im Grenzbereich zur Auffälligkeit (Stanine 7).
- Die Werte des **ADHS-Selbstbeurteilungsbogen, SBB-ADHS**, ausgefüllt durch Marino, liegen für die Skala `HYP` (Stanine 8, PR: 90-96) im auffälligen Bereich; die Skala `AUF` (Stanine 8; PR: 78-89) liegt im Grenzbereich; die Skala `IMP` (Stanine 9, PR: ) im deutlich auffälligen Bereich.

# Fallvorstellung, Massimo

## Fazit/Empfehlungen:

- Bei Marino liegt eine **Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung** vor (ICD-10: F90.0). Die deutlich herabgesetzte Konzentrations-/Fokussierfähigkeit, die geschilderte Impulsivität, geringe Ausdauer sowie geringe Frustrationstoleranz bestätigen das Syndrom
- Sekundär ergeben sich daraus im schulischen Kontext Probleme im Leistungsbereich sowie im heimischen Bereich bei der Anfertigung der Hausaufgaben. Aufgrund des durchschnittlichen Ergebnisses der Leistungstestung ist eine kognitive Überforderung als Grund für die Verhaltensauffälligkeiten auszuschließen.

# Fallvorstellung, Massimo

- Zu den möglichen Behandlungsformen gehören – gemäß den Leitlinien der Kinder- und Jugendpsychiater – in Massimos Fall: **Die medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat, Atomoxetin oder Lisdexamfetamin.** Zudem wäre zudem ein **ADHS-Trainingsprogramm** im Rahmen einer Gruppe hilfreich und stützend.
- (...) im familiären Verband aufgrund verschiedener Belastungsfaktoren aktuell nicht ausreichend möglich ist, **empfehle ich dringend die weitere intensive Unterstützung von Marino im Rahmen der ambulanten und/oder teilstationären Jugendhilfe.**
- Zuletzt erachtete ich es als sinnvoll – nach Rücksprache mit dem behandelnden Kinderarzt! – eine **Reha mit dem Schwerpunkt Adipositas-Behandlung** einzuleiten.

# Fazit: `Almost Best Practice`

## Top:

- fachübergreifender Austausch
- schneller, unkomplizierter Kontakt
- `Stimmigkeit` und nahtloser Übergang für Klienten/Patienten → verringert Hemmschwelle
- gemeinsame `Weichenstellung` nach Indikationsstellung

## Noch Luft nach oben:

- Abhängigkeit der Pat./Klienten vom Projekthaus → Anfahrt
- Elternarbeit, -einbindung
- langfristige Anbindung
- Vergütung

Danke für Ihre Aufmerksamkeit  
- vernetzt euch!-



## (6) Gemischtes/Basics

- „Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen stellen eine Hochrisikogruppe für multiple psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen und damit auch eine Gruppe mit intensivem psychotherapeutischem Behandlungsbedarf dar. Dem hohen Bedarf steht eine unzureichende psychotherapeutische Versorgung gegenüber. Für die skizzierte Klientelgruppe sind entsprechende Angebote durch externe niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten häufig nicht zielführend, vielmehr gilt es, psychotherapeutische Leistungen in einen Gesamtkontext heilpädagogischer und therapeutischer (Be-) Handlungsstrategien zu integrieren. Psychotherapeutische Leistungen gehören zum Leistungsspektrum der Hilfen zur Erziehung (HzE) bzw. der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche und sie tragen zu einer Qualifizierung dieser Maßnahmen bei.“

(Beck, Norbert, in: `Psychotherapeutenjournal´ 04/2014)

## (6) Gemischtes/Basics

- Die Prävalenz psychischer Störungen liegt im Kindes- und Jugendalter bei 17 %. Im Vergleich dazu liegt die Rate in der Jugendhilfe deutlich höher: 60 bis 80 % der Kinder in teil- und vollstationären Erziehungshilfen erfüllen die Kriterien einer ICD-10-Diagnose. Obwohl wirksame psychotherapeutische Behandlungsverfahren vorliegen, erhält nur ein geringer Teil der betroffenen Kinder ein solches Angebot.  
(Büttner u.a. in: `Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie`, 03/2011)

Read More: <https://www.vr-elibrary.de/doi/abs/10.13109/prkk.2011.60.3.224#.Xa3nmGZCTIU>

## (6) Gemischtes/Basics

- Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie besitzen eine unterschiedliche Tradition und werden durch unterschiedliche Berufsgruppen geprägt. Besonders deutlich zeigt sich dies im Verständnis und der Behandlungsbedürftigkeit von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. An dieser Unterschiedlichkeit der Professionen leidet die Kooperation zwischen beiden Bereichen erheblich. Zusätzlich unterscheiden sich beide Bereiche erheblich in ihren Forschungstraditionen und aktuellen Forschungsbemühungen. Die Bedeutung der Jugendhilfe wird durch die vielfältigen Vernetzungen mit den Bereichen „Schule“, „Justiz“, „Medizin“ etc. unterstrichen.

(Fegert und Petermann in: `Kindheit und Entwicklung`, Mai 2014)