

Zeichenzahl mit Leerzeichen: 72166

Seiten: 39



## **Die Bedeutung von Trauma für die Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII**

### **Schlussfolgerungen für den pädagogischen Alltag in Kinderschutzeinrichtungen**

#### **BACHELORARBEIT**

Zur Erlangung des akademischen Grades „Bachelor of Arts“

Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur

Hochschule Merseburg

eingereicht bei

Prof. Dr. Jürgen Benecken

Zweitkorrektur Prof. Dr. Gundula Barsch

von

Sarah Otto

Matrikelnummer 19433

Studiengang Soziale Arbeit

Halle/Saale, 20. August 2015

## **Summary**

There are no uniform standards for public child custody in specific child emergency services in Germany. Therefore drafts and organizational terms are very diverse in different establishments. A big part of the children affected bei custody has suffered severe traumatization. Even though the biggest part of children in stationary child and youth welfare service suffers from one or diverse diagnosed psychological disorders, not all child emergency services work with traumaspecific knowledge and methods. The basics tasks of child custody can be split into protection, stabilization and working out a perspective. Symptoms and effects of trauma are having a strong influence on these tasks as well as on the on the daily pedagogical tasks in child emergency services. Professional expertise in terms of trauma and developmental trauma disorder are therefore highly relevant. Organizational terms have to be adapted to this expertise to guarantee professional drafts, further training and an adequate number of staff.

## **Zusammenfassung**

Für die Inobhutnahme in Kinderschutzeinrichtungen gibt es keine einheitlichen bundesweiten Standards. Demzufolge sind Konzepte und Organisationsbedingungen verschiedener Einrichtungen sehr unterschiedlich. Ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen, welche durch Inobhutnahme betroffen sind, wurde massiv traumatisiert. Der überwiegende Anteil der Kinder in der stationären Jugendhilfe weist eine oder mehrere diagnostizierte psychische Störungen auf. Nicht in allen Kinder- und Jugendnotdiensten wird jedoch mit traumaspezifischem Fachwissen und Methoden gearbeitet. Die grundlegenden Aufgaben der Inobhutnahme lassen sich in Schutz, Stabilisierung und Perspektivfindung einteilen. Die Symptome und Auswirkungen traumatischer Belastungen haben Einfluss auf die Erfüllung dieser drei Aufgaben sowie auf den pädagogischen Alltag in Kinderschutzeinrichtungen. Fachkenntnisse zu den Themen Trauma und Entwicklungstrauma haben eine hohe Relevanz für die professionelle Erfüllung der pädagogischen Aufgaben während der Inobhutnahme. Die Organisationsbedingungen der jeweiligen Einrichtungen müssen an diese Erkenntnisse angepasst werden, um fachliche Konzepte sowie Weiterbildungen des Personals und adäquate Personalschlüssel zu ermöglichen.

## **Abkürzungsverzeichnis**

ASD - Allgemeiner Sozialer Dienst

DTD - Developmental Trauma Disorder

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

TVöD - Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst

# Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort.....	1
2. Einleitung.....	2
3. Theoretische Grundlagen.....	4
3.1. Inobhutnahme in Kinderschutzeinrichtungen.....	4
3.1.1. Definition.....	4
3.1.2. Rechtliche Grundlagen.....	4
3.1.3. Aufgaben der Kinderschutzstelle.....	7
3.2. Trauma.....	8
3.2.1. Grundlagen.....	8
3.2.2. Entwicklungstrauma.....	10
3.2.3. Symptome im pädagogischen Alltag.....	12
3.3. Inobhutnahme und Trauma.....	15
4. Mögliche Gefährdungen des Kindeswohls durch und während der Inobhutnahme.....	16
4.1. Traumatisierung / Retraumatisierung.....	17
4.2. Destabilisierung.....	18
4.3. Scheitern der Arbeitsbeziehung / Partizipation.....	20
5. Anforderungen an die Praxis.....	21
5.1. Anforderungen an die Pädagogen.....	21
5.1.1. Schutz.....	21
5.1.2. Stabilisierung.....	23
5.1.3. Perspektivfindung.....	27
5.2. Organisationsbedingungen.....	30
5.2.1. Finanzierung.....	30
5.2.2. Struktur.....	31
5.2.3. Personal.....	32
6. Fazit.....	34
7. Literaturverzeichnis.....	36
8. Selbstständigkeitserklärung.....	39

## 1. Vorwort

Während meines Praxissemester in einem Kinder- und Jugendschutzzentrum fielen mir die massiven Verhaltensauffälligkeiten einiger Kinder und Jugendlicher dort auf. Einige davon waren aufgrund dieser zum wiederholten Male in der Inobhutnahme. Sie kamen aus professionellen Jugendhilfeeinrichtungen, welche sich ihren Bedürfnissen und Defiziten nicht mehr gewachsen sahen und verweilten Wochen, zum Teil Monate, in der Inobhutnahme, da es sich als schwierig gestaltete, eine adäquate Betreuungsform zu finden, welche bereit war, die Kinder und Jugendlichen aufzunehmen. Das bedeutete für diese Kinder wiederholte Abbrüche, Zurückweisungen und Unsicherheit. In der Gruppe äußerte sich dies in Form von Kontrollverlusten, Misstrauen oder Verweigerungshaltungen, worunter auch die restlichen Kinder der Einrichtung litten. Obwohl ein Großteil der Kinder und Jugendliche massive Traumatisierungen erlebt hatte, gab es keine pädagogischen Standards im Umgang damit. Das bewog mich dazu, in meiner Bachelorarbeit näher auf die Zusammenhänge von Trauma und Inobhutnahme einzugehen sowie auf Schlussfolgerungen und Methoden für die sozialpädagogische Praxis. Einige Fallbeispiele dieser Arbeit entstammen meinen Erfahrungen aus diesem Praxissemester im Kinder- und Jugendschutzzentrum.

## 2. Einleitung

Im Jahr 2013 fanden in Deutschland 42123 Inobhutnahmen nach §42 SGB VIII statt, der größte Teil von ihnen in Kinderschutzeinrichtungen öffentlicher oder freier Trägerschaft (Statistisches Bundesamt 2013, S.6). Die Kinderschutzstellen sind vielfältig organisiert und weisen große konzeptionelle Unterschiede auf, da es keine einheitlichen Standards gibt (vgl. Neumann-Witt 2014, S.4). Anlässe für Inobhutnahmen sind Kindeswohlgefährdungen im Rahmen traumatischer Krisen und Belastungen im Elternhaus, wie Vernachlässigung, körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch. Des Weiteren häufen sich „Entlassungen“ von Kindern und Jugendlichen aus anderen professionellen Einrichtungen der Jugendhilfe in die Kinderschutzstellen aus disziplinarischen oder Gründen der Überforderung (vgl. Köhn 2012, S.173). Diese Kinder und Jugendlichen zeigen massive Verhaltensauffälligkeiten, häufig aufgrund einer Traumasymptomatik. Sie verweilen besonders lange in den Kriseneinrichtungen, da viele Jugendhilfeeinrichtungen die Betreuung wegen mangelnder personeller und professioneller Ausstattung ablehnen. So kann oft erst nach Wochen oder Monaten eine stationäre Hilfe gefunden werden (vgl. Köhn 2012, S. 173 und Neumann-Witt 2014, S.4). Durch die diversen traumatischen Belastungen und Abbrüche, welche die Kinder und Jugendlichen im Rahmen der Inobhutnahme erleben, stellt sich die Frage, wie traumaspezifisches Wissen und Methoden für die praktische Arbeit in Kinderschutzeinrichtungen von Bedeutung sind und angewendet werden. Da es grundsätzlich keine einheitlichen Standards gibt, beschäftigt sich die folgende Arbeit damit, die Zusammenhänge von Trauma und Inobhutnahme darzustellen. Durch eine Literaturanalyse fachlicher Quellen sowie aktueller Diskussionen und Veröffentlichungen zu dieser Thematik sollen deren Relevanz für den pädagogischen Alltag bewiesen und Folgerungen für die sozialpädagogische Praxis gezogen werden.

Bei der Literaturrecherche bei „google scholar“ findet man unter dem keyword „Inobhutnahme“ viele Veröffentlichungen des Autors Thomas Trenczek zum Thema. Sein Standardwerk „Inobhutnahme – Krisenintervention und Schutzgewährung durch die Jugendhilfe §§ 8a, 42 SGB VIII“, setzt sich

detailliert mit rechtlichen und praktischen Grundlagen zur Thematik auseinander und stellt eine wesentliche Quelle für diese Arbeit dar. Zum Thema Trauma in der Jugendhilfe liefert das Buch „Philipp sucht sein Ich“ von Wilma Weiß eine gute Einführung sowie viele weiterführende Literaturhinweise. Diese wurden verwendet, um tiefer in das Thema einzudringen. Dabei haben besonders die Verfasser, für das Thema relevanter Studien, Marc Schmid („Psychische Gesundheit von Heimkindern“) und Maud Zitelmann („Kinderschutz und Inobhutnahme“) viel zu dieser Arbeit beigetragen. Marc Schmid untersuchte mithilfe von Befragungen durch klinische Fragebögen die psychischen Belastungen von Kindern und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe. Befragt wurden sowohl die Kinder und Jugendlichen selbst als auch deren PädagogInnen. Maud Zitelmann und ihr Team werteten die Daten von 218 Kinderschutzeinrichtungen aus, in welchen mithilfe von Fragebögen Fachkräfte sowie LeiterInnen zur Praxis von Einrichtungen der Inobhutnahme befragt wurden. Um den gegenwärtigen Diskurs einfließen zu lassen, wurden Artikel aus aktuellen Fachzeitschriften verwendet, darunter „Forum Erziehungshilfen“ zum Thema Inobhutnahme und „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“ zum Thema Entwicklungstrauma. Auf den Autor „Van der Kolk“ stößt man bei „google scholar“ bezüglich des Keywords „Entwicklungstrauma“ als erstes. Er engagiert sich für eine Aufnahme der Diagnose „Developmental Trauma Disorder“ in den DSM und erarbeitete gemeinsam mit seinem Forscherteam Diagnosegrundlagen, Ursachen, Bedingungen und Symptome von Entwicklungstraumata.

Die folgende Arbeit gliedert sich in drei Teile. Zuerst werden theoretische Grundlagen zu den Themenkomplexen „Inobhutnahme in Kinderschutzeinrichtungen“ und „Trauma“, mit besonderem Bezug auf das „Entwicklungstrauma“, vermittelt sowie eine Herleitung des Zusammenhangs der beiden Themen hergestellt. Im Folgenden gehe ich auf die möglichen Gefährdungen des Kindeswohls durch eine Inobhutnahme ein, welche durch die traumatischen Vorbelastungen der Kinder und durch die extrem belastende Situation entstehen können. Abschließend werden aus den theoretischen Grundlagen sowie den Gefährdungen Schlussfolgerungen für die pädagogische Praxis gezogen. Dabei geht es zum einen um die Anforderungen an die



---

PädagogInnen sowie deren alltägliche Aufgaben und zum anderen um die Organisationsbedingungen, welche dafür nötig sind, diese Anforderungen und Aufgaben zu erfüllen.

### **3. Theoretische Grundlagen**

#### **3.1. Inobhutnahme in Kinderschutzeinrichtungen**

##### **3.1.1. Definition**

Die Inobhutnahme gehört zu den sogenannten anderen Aufgaben der Jugendhilfe ( § 2 SGB VIII) und ist eine vorläufige Maßnahme zur Krisenintervention in Eilfällen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen. Sie wird durch den §42 SGB VIII geregelt und stellt eine sogenannte hoheitliche Aufgabe des Jugendamtes dar (vgl. Trenczek 2008, S.188f). Das Jugendamt ist im Notfall berechtigt, Kinder und Jugendliche aus der Gefährdung heraus (zum Beispiel aus dem Haushalt der Sorgeberechtigten, Pflegefamilien, jugendgefährdenden Orten, etc.) in seine Obhut zu nehmen, um:

- eine intensive pädagogische Hilfe für die Kinder und Jugendlichen zu leisten, die Ursachen der Krise zu klären und mögliche Perspektiven herauszuarbeiten
- Kindeswohlgefährdungen abzubauen, beziehungsweise vorzubeugen. (vgl. Trenczek 2008, S.210)

##### **3.1.2. Rechtliche Grundlagen**

Aus Platzgründen wird folgend nur auf die wichtigsten rechtlichen Grundlagen, die §§ 8a, 1666 und 42 SGB VIII zusammenfassend eingegangen, welche für die praktische Arbeit in Kinderschutzeinrichtungen am bedeutendsten sind. Sie bewegen sich alle auf dem Grad zwischen elterlicher Erziehungsverantwortung gemäß Artikel 6, Abs. 2, Satz 1 Grundgesetz und dem staatlichen Wächteramt gemäß Artikel 6, Abs. 2, Satz 2 Grundgesetz.

- § 8a SGB VIII Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

Der öffentlichen Jugendhilfe wird im Absatz 4 des § 8a auferlegt, in Vereinbarungen mit den freien Trägern die Verpflichtung aufzunehmen, nicht abwendbare Gefährdungen dem Jugendamt zu melden. Werden dem Jugendamt Hinweise zu einer Kindeswohlgefährdung bekannt, ist es gesetzlich verpflichtet, das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mit mehreren Fachkräften einzuschätzen. Absatz 1 regelt „die Informationsgewinnung, die Risikoeinschätzung im Fachteam, die Einbeziehung der Betroffenen, weitere Hilfemöglichkeiten sowie die Information des Jugendamtes“ (Trenczek 2008, S.159). Absatz 2 behandelt die Voraussetzungen für die Anrufung des Familiengerichtes sowie die Verpflichtung des Jugendamtes, einen Minderjährigen bei dringender Gefahr in Obhut zu nehmen, insoweit die Entscheidung des Familiengerichtes nicht abgewartet werden kann.

- § 1666 SGB VIII Gerichtliche Maßnahmen bei der Gefährdung des Kindeswohls

Eine Kindeswohlgefährdung, welche zu einem Eingriff in das elterliche Erziehungsrecht berechtigt, wird in Absatz 1 definiert als eine körperliche, geistige oder seelische Bedrohung des Kindeswohls, bei der maßgebend ist, dass die Eltern entweder nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, diese Gefahr abzuwenden. „Die Trennung eines Kindes von seiner Familie ist der stärkste Eingriff in die Rechte der Erziehungsberechtigten und kommt daher nur in besonders schwerwiegenden Fällen in Betracht. Sie ist nur zu rechtfertigen bei Versagen von Erziehungsberechtigten in Form von schwerwiegendem Fehlverhalten und bei einer erheblichen Gefährdung des Kindeswohls oder bei einer drohenden Verwahrlosung des Kindes“ (BT-Drs. 16/6815, S.14).

- § 42 SGB VIII Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen

Der § 42 SGB VIII regelt Voraussetzungen und Durchführung der Inobhutnahme und Krisenintervention. Er erteilt dem Jugendamt die Befugnis, ein Kind oder einen Jugendlichen bei einer geeigneten Person

oder in einer geeigneten Einrichtung vorläufig unterzubringen und im Fall einer dringenden Gefahr auch von einer anderen Person wegzunehmen. Zu geeigneten Einrichtungen gehören neben Bereitschaftspflegefamilien insbesondere Kinder- und Jugendschutzeinrichtungen. Es sind drei Voraussetzungen für eine Inobhutnahme nach § 42 bezeichnet: die Bitte um Inobhutnahme durch den Minderjährigen selbst, die dringende, nicht anders abwendbare Kindeswohlgefährdung und die Einreise eines unbegleiteten minderjährigen Kindes aus dem Ausland.

Absatz 2 schreibt eine sozialpädagogische Krisenintervention vor, des Weiteren sind Perspektiven der Hilfe und Unterstützung aufzuzeigen. Die Minderjährigen müssen die Möglichkeit erhalten, unverzüglich eine Vertrauensperson zu benachrichtigen. Das kann telefonisch, per Kurznachricht, E-Mail oder ähnlichem geschehen. Das Jugendamt ist verpflichtet, für das Wohl des Kindes zu sorgen und befugt, alle Rechtshandlungen vorzunehmen, die dafür nötig sind. Dabei ist der mutmaßliche Wille der Sorge- oder Erziehungsberechtigten angemessen zu berücksichtigen. Das betrifft zum Beispiel die Ernährung, den Kleidungsstil, etc. Die Sorgeberechtigten sind unverzüglich zu unterrichten. Widersprechen sie der Inobhutnahme und die Gefährdung kann abgewendet werden oder bestand gar nicht, so ist das Kind oder der Jugendliche ihnen wieder zu übergeben. Bei bestehender Gefährdung muss das Familiengericht informiert werden. Dieses trifft eine Entscheidung über die weitere Verfahrensweise. Bis dahin verbleibt das Kind oder der Jugendliche in der Inobhutnahme. Widersprechen die Sorgeberechtigten nicht, so ist umgehend das Hilfeplanverfahren einzuleiten.

Die Inobhutnahme endet mit der Übergabe des Kindes oder Jugendlichen an die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten oder mit der Entscheidung über die Gewährung von Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch. Das können zum einen ambulante Hilfen sein, bei denen das Kind in der Familie verbleibt, wie zum Beispiel Erziehungsberatung, eine Sozialpädagogische Familienhilfe oder Soziale

Gruppenarbeit. Sind die Sorge- oder Erziehungsberechtigten kurz- oder mittelfristig nicht in der Lage, das Kindeswohl zu gewähren, so wird eine stationäre Hilfe installiert, wie die Vollzeitpflege bei Verwandten oder in einer Pflegefamilie oder eine stationäre Wohngruppe.

### 3.1.3. Aufgaben der Kinderschutzstelle

Die Inobhutnahme muss an einem sicheren Ort geschehen. Dabei kann es sich um Verwandte, Bereitschaftspflegefamilien, Krankenhäuser oder ähnliches handeln. Am häufigsten findet Inobhutnahme in speziellen Kinderschutzeinrichtungen statt, welche Plätze zur Krisenintervention in 24 Stunden betreuten Wohngruppen bereitstellen. Diese befinden sich in öffentlicher oder freier Trägerschaft. Im Jahr 2013 wurden insgesamt 33414 Mädchen und Jungen im Rahmen einer Inobhutnahme in einer entsprechenden Einrichtung untergebracht (vgl. Statistisches Bundesamt 2013, S.6). Die Aufgaben dieser Kinderschutzeinrichtungen gehen über eine bloße Schutzgewährung hinaus und beinhalten eine fachliche sozialpädagogische Krisenintervention. Es erschließen sich drei wesentliche Aufgabenbereiche:

- Schutz

Dazu zählt neben dem unmittelbaren Schutz vor Gewalt, Missbrauch und/oder Vernachlässigung auch die gesundheitliche Versorgung sowie die Bereitstellung notwendiger materieller Ressourcen und eine altersgerechte, intensive Betreuung und Begleitung.

- Stabilisierung

Die Kinder und Jugendlichen befinden sich durch die Inobhutnahme zwar in einer geschützten, jedoch ungewissen und hochbelasteten Situation. Oft kommt es zu einem „Zwiespalt zwischen der emotionalen Bindung an die Eltern ... und den Ursachen, die die Inobhutnahme veranlassen“ (Brötz 2009, S.130). Nötig ist eine emotionale Begleitung und Entlastung der Kinder sowie eine transparente, Orientierung gebende Umwelt durch die Pädagogen.

- **Perspektivfindung**

Die Entwicklung einer gelingenden nachhaltigen Perspektive für die Zeit nach der Krisenintervention sollte im Optimalfall in Beteiligung mit den stabilisierten Kindern, deren Eltern sowie allen involvierten Fachkräften stattfinden. (vgl. Trenczek 2008, S.26)

Für die Krisenunterbringung gibt es keine einheitlichen Standards, genauso wenig wie für die dort stattfindende Krisenintervention. Hauptsächlich sind Notaufnahmeplätze nach SGB VIII zu finden in Kinderschutzeinrichtungen freier Träger, Notdiensten der Öffentlichen Jugendhilfe, angegliedert an stationäre Wohngruppen und bei Bereitschaftspflegefamilien. Darüber hinaus gibt es Mischformen bezüglich Trägerschaft und Organisationsformen (vgl. Neumann-Witt 2014, S.4). Es gibt zum Teil spezifische Angebote in Hinblick auf Alter, Geschlecht oder Herkunft der Kinder und Jugendlichen, andererseits werden oft Mädchen und Jungen, Kleinkinder und Jugendliche gemeinsam betreut (vgl. Zitelmann 2010, S.58). 85 Prozent der, von Zitelmann befragten, Einrichtungen sehen ein Clearing vor. Als Clearing definiert wird „die systematische Gewinnung von Informationen zur Einschätzung der Vorgeschichte, der aktuellen Situation, der möglichen Gefährdung und der weiteren Perspektive eines Kindes / Jugendlichen“ (Zitelmann 2010, S.59). Dabei verlassen sich einige auf ausschließlich interne Methoden, andere auf ausschließlich externe Diagnosen, jede zweite wendet eine Kombination an. In den restlichen Notdiensten findet während des Aufenthaltes der Kinder keine systematische Perspektivklärung statt. Die Konzepte sind demnach bundesweit uneinheitlich und nicht standardisiert (vgl. Zitelmann 2010, S.58f).

## **3.2. Trauma**

### **3.2.1. Grundlagen**

Es gibt zahlreiche Definitionen von psychischen Traumata. Der ICD 10 definiert Trauma als „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenähnlichen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (ICD 10, 2011, S.207). Eine Definition, welche das Ich-Erleben einer, von einem solchen

Ereignis belasteten, Person mit einschließt, stammt von Tyson und Tyson. Sie bestimmten die folgenden drei Merkmale für ein psychisches Trauma:

- „1. Es handelt sich um eine existenziell bedrohliche, überwältigende Lebenssituation.
- 2. Die Situation überfordert die Fähigkeit des Ich zur Organisation und Regulation.
- 3. Die Situation geht mit einem Zustand von Ohnmacht einher.“ (Tyson&Tyson 1990, zit. n. Landolt 2012, S.15 )

Traumatische Ereignisse können des Weiteren anhand ihrer Merkmale unterteilt werden. Möglich ist eine Unterscheidung in Typ-I- und Typ-II-Traumata:

- Typ-I-Traumata sind „akute, unvorhersehbare und einmalige Ereignisse subsumiert, wie beispielsweise ein Verkehrsunfall, ein Überfall oder eine Geiselnahme.
- Typ-II-Traumata treten dagegen wiederholt auf und sind teilweise vorhersehbar. Dazu gehören beispielsweise Traumatisierungen, wie sie im Rahmen einer chronischen sexuellen Misshandlung, häuslicher Gewalt ... vorkommen“ (Landolt 2012, S.16)

Eine weitere Unterteilung ist möglich in Traumata, welche durch Menschen verursacht wurden (wie zum Beispiel Vergewaltigung, körperliche Gewalt, etc.) und Naturkatastrophen (zum Beispiel Erdbeben, Flutkatastrophe). (vgl. Landolt 2012, S.17)

Wilma Weiß benennt als potenziell traumatische Erfahrungen im Kindesalter die Vernachlässigung, die seelische Misshandlung, die körperliche Misshandlung, die häusliche Gewalt, die traumatische Sexualisierung, die traumatische Trennung und psychisch kranke Eltern. (vgl. Weiß 2009)

Ein großer Teil von Traumata betroffener Personen entwickelt akute oder Langzeitstörungen. Eine „akute Belastungsreaktion“ (ICD 10, 2011, S.205), als kurzfristige Reaktion auf ein belastendes Ereignis, kann übergehen in eine „Anpassungsstörung“ (ICD 10, 2011, S.209), welche meist nicht länger als sechs Monate dauert. Häufig entwickelt sich jedoch innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis eine Posttraumatische

Belastungsstörung (ICD 10, 2011, S.207). Typische Merkmale sind sich aufdrängende Erinnerungen (zum Beispiel Flashbacks, Alpträume), Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten und vegetative Übererregtheit und Schreckhaftigkeit. Opfer langanhaltender wiederholter und komplexer Traumatisierungen können eine „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (ICD 10, 2011, S.286) entwickeln. Merkmale sind eine feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber, Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit und ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein.

Bedeutsam ist hierbei, dass die Diagnosekriterien der im ICD 10 aufgeführten Traumafolgestörungen zum Großteil erst ab dem Erwachsenenalter, bei einigen Störungen ab dem Schuleintrittsalter, angewendet werden können (vgl. Landolt 2012, S.35f). Die Symptome werden vorwiegend „durch Introspektion und verbale Beschreibung innerer Zustände durch die Betroffenen selbst, was bei Säuglingen nicht und bei Kleinkindern nur eingeschränkt möglich ist“ (Landolt 2012, S. 42) festgestellt. Da außerdem andauernde Persönlichkeitsstörungen im Kindesalter nur zurückhaltend bis kaum diagnostiziert werden, gibt es keine zusammenfassende Diagnose für eine komplexe Traumafolgestörung im Kindesalter. Dies führt zur „Gefahr nebeneinanderstehender Diagnosen ohne Bezug zur individuell erlebten Traumatisierung des Kindes“ (Landolt 2012, S.47). Aufgrund dessen gibt es Bemühungen, die Diagnose einer „Entwicklungsstraumastörung, engl.: Developmental Trauma Disorder (DTD) zu etablieren und in den DSM zu integrieren (van der Kolk 2009, S.572-586).

### 3.2.2. Entwicklungstrauma

Der Psychiater Dr. Bessel A. van der Kolk entwickelte aus den oben angeführten Gründen den Begriff der Entwicklungsstrauma-Störung. Bei einem Entwicklungsstrauma handele es sich um komplexe Belastungen als „frühe Entwicklungsbedingungen und [sie] beinhalten körperliche, emotionale und erzieherische Vernachlässigung sowie Kindesmisshandlung, die in der frühen Kindheit begann“ (van der Kolk 2009a, S.574). Die traumatischen Ereignisse sind multipel, chronisch, prolongiert, entwicklungshemmend, meist interpersoneller Natur und finden durch die Bezugsperson selbst statt (vgl. van

der Kolk 2009a, S.574 u. 576). Des Weiteren geht der Begriff des Entwicklungstrauma auf die Besonderheit des sich noch entwickelnden Gehirns von Kindern ein. Demnach sind „neuronale Entwicklung und soziale Interaktion untrennbar verflochten“ (van der Kolk 2009a, S.575). Unter katastrophalen Umständen erlerntes Verhalten verfestigt sich in der Hirnstruktur. Ausschlaggebend dafür ist die „subjektive Erfolgsbewertung einer zunächst meist unbewusst gefundenen Strategie, die zur Aktivierung einer nunmehr kontrollierbaren Stressreaktion und damit zur Bahnung der benutzten Verschaltungen führt“ (Hüther 2012, S.103). Diese verfestigten Strategien unterscheiden sich aufgrund der destruktiven Umstände, unter denen sie entstanden, signifikant vom Verhalten normal entwickelter Kinder. Symptome sind unter anderem mangelnde Regulationsfähigkeit im affektiven und physischen Bereich, gestörte Bindungsmuster, aggressives unkontrolliertes Verhalten, Mislingen beim Erreichen von Entwicklungskompetenzen, ein verändertes Weltbild und hohe Risikobereitschaft bzw. geminderte Selbstfürsorge (vgl. van der Kolk 2009a S.580 u. 2009b S.6f). Diese Verhaltensweisen entwickelten sich in einer destruktiven Umwelt, um das Überleben zu sichern. In einer veränderten Umgebung aber, wie zum Beispiel in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung sorgen sie für Irritation und Zurückweisung, falls die Fachkräfte sich den Ursachen dieses Verhaltens nicht bewusst sind.

Das Buch „Deutschland misshandelt seine Kinder“ von Michael Tsokos und Saskia Guddat liefert einige eindrückliche Fallbeispiele aus dem Alltag der beiden Rechtsmediziner zu entwicklungs-traumatischen Umständen, unter denen manche Kinder und Jugendliche aufwachsen müssen. Nachfolgend ein Fallbeispiel eines jungen Mannes, welche als Kind ebenfalls extreme psychische und physische Gewalt durch Bezugspersonen erfahren hatte:

*„Seine Mutter hatte alle paar neue Monate einen neuen Liebhaber, erklärte Kevin Büttner in der Strafanzeige. Aber für ihn selbst machte es kaum einen Unterschied: Sie misshandelte ihn zusammen mit ihrem aktuellen Freund, egal wie der gerade hieß. Sie verprügelten ihn, sperrten ihn in eine fensterlose Kammer, ließen ihn hungern, drückten ihre Zigarettenkippen auf seinem Arm aus. 'Wir hatten einen Schäferhund, einen Rüden, der wie wild gebellt hat,*



wenn er nervös war', gab Kevin weiter zu Protokoll. 'Ich musste dem verdammten Vieh immer einen runterholen, damit es Ruhe gab. Wenn ich mich geweigert habe, wurde ich so lange verdroschen, bis ich gemacht habe, was sie von mir wollten'.“ (Tsokos und Guddat 2014, S.22)

Des Weiteren machen die Autoren, darauf aufmerksam, wie verbreitet körperliche Misshandlung von Kindern und damit traumatische Entwicklungsbedingungen in Deutschland immer noch sind. Laut einer Untersuchung des Bundesfamilien- und Bundesjustizministeriums werden in 17 Prozent aller Familien schwere körperliche Strafen und demütigende Sanktionen und in nur 28 Prozent aller Familien keine oder so gut wie keine körperlichen Strafen eingesetzt (vgl. Tsokos und Guddat 2014, S.25).

### 3.2.3. Symptome im pädagogischen Alltag

Im pädagogischen Alltag äußert sich ein Entwicklungstrauma in Form von:

- einer instabilen Persönlichkeit (destruktives Selbstbild, Selbstzweifel, Gefühlsschwankungen, etc.)
- Verhaltensauffälligkeiten (Dissoziation, Impulsdurchbrüche, mangelnde Selbststeuerung, aggressives, sexualisiertes Verhalten, etc.)
- Entwicklungsdefizite (Lern-, Kontakt- und Aufmerksamkeitsstörungen, Sprachentwicklungsstörungen, Unfähigkeit überlegt und mit anderen zu spielen, Probleme bei der Affektwahrnehmung und -regulation, etc.) (vgl. Hoffmann u. Neumann 2015, S.12; van der Kolk 2009a, 2009b; Hüther 2012, S.104).

„Das vergangene Leid ist nicht vorbei, es manifestiert sich im Selbstbild, im Erleben und im Verhalten der Mädchen und Jungen“ (Weiß 2009, S.41). Wilma Weiß benennt als Auswirkungen kindlicher Traumatisierung die drei wesentlichen Faktoren Selbstbild, Beziehungsfähigkeit und Verhalten und Erinnerungsebenen (vgl. Weiß 2009, S.41). Das Selbstbild entwicklungs-traumatisierter Kinder ist negativ und bruchstückhaft. Es fehlt das Gefühl von „Kompetenz und Akzeptanz“ (Weiß 2009, S.42). Die Bindungspersonen, welche eigentlich für Liebe, Unterstützung und Förderung zuständig sind verhalten sich irrational und behandeln die Kinder als schuldig,

dumm oder wertlos. Die Kinder übernehmen diese Sichtweise auf sich, zum Teil um sich selbst als Subjekt zu erleben und ein letztes bisschen Eigenmächtigkeit zu erhalten und zum Teil um den dennoch geliebten Eltern ein wenig die schuldhafte und böse Rolle zu nehmen (vgl. Weiß 2009, S.43). Folgendes Fallbeispiel illustriert diese Rollenumkehr:

*„Jana und Philipp waren Objekte für Bedürfnisse Erwachsener, ihrer Eltern, der wichtigsten Bezugspersonen. Um diese Primärbeziehungen erhalten zu können, fanden sie eine Erklärung, die ihre Eltern von jeglicher Schuld freispricht. ... Jana ist nach wie vor der Meinung, sie hätte die Schläge verdient, da sie beim Essen zum Fernseher geschaut hat. Sie legitimiert ihren Vater, der sie bei jedem Wetter um 7.00 Uhr morgens vor dem Hort abstellte: Er habe seine Ruhe gebraucht – vor ihr“* (Weiß 2009, S.43).

Die eigene Wahrnehmung von sich selbst, anderen sowie der Umwelt ist verschoben, die Selbstregulation hat sich auf Überleben in diesen Extremsituationen eingestellt (vgl. Weiß 2009, S.45).

Baierl benennt vier besonders häufige Veränderungen des Selbst- und Welterlebens:

- „Bedrohung“ - das Gefühl ständiger Gefahr, Unsicherheit und Angst
- „Kontrollverlust“ - Ohnmacht, Unfähigkeit durch das eigene Handeln etwas zu bewirken, Willkür, Schutzlosigkeit, Hoffnungslosigkeit
- „Infragestellen des eigenen Wertes bis hin zur Existenzberechtigung“ - Wertlosigkeit, das Gefühl, „es verdient zu haben“, Gleichgültigkeit
- „Schuld bzw. Scham“ - sich selbst verantwortlich machen, Eigenanteile hervorheben, Einrichten in der Opferrolle (vgl. Baierl 2014a, S.30f)

Außerdem findet eine Anpassung an das gestörte Erleben von Beziehungen statt. Urvertrauen und Geborgenheit konnten niemals vermittelt werden und beeinträchtigen auch das Erfahren von korrektiven Beziehungen. „Misshandelte und/oder vernachlässigte Kinder neigen zu unsicheren, vermeidenden und desorganisierten Bindungsmustern, zu einer Mischung aus Vermeidung und Ambivalenz“ (Weiß 2009, S.47). Dies kann sich in extremer Vermeidung und Verweigerung oder im Gegensatz dazu in starker Distanzlosigkeit äußern. Des

Weiteren werden Beziehungen immer wieder auf die Probe gestellt, PädagogInnen immer wieder getestet, um ihre Standfestigkeit und ihren Beistand neu zu beweisen. Die Kinder und Jugendlichen entwickeln aus einem Drang nach Sicherheit und Vorhersehbarkeit Fähigkeiten, Beziehungen zu manipulieren und kontrollieren. Gelingt ihnen das, bestätigen sie sich ihr negatives Selbst- und Weltbild.

Eine große Auswirkung auf den Alltag haben Kontrollverluste in Form von Flashbacks und Impulsdurchbrüchen. Ein Flashback ist „ein psychischer Zustand, in welchem Gedächtnisinhalte aus einer vergangenen Stresssituation Macht über Erleben und Verhalten in der Gegenwart bekommen“ (Weiß 2009, S.56). Da Trauma im impliziten Gedächtnis gespeichert wird, wo es keine Kontextinformation und auch keine zeitliche Einordnung gibt, werden diese Informationen auch SAM – Situationally Accessible Memory genannt (vgl. Wieland 2014, S.33). Es werden „vor allem Bilder gespeichert in Kombination mit Geräuschen, Gerüchen, Bewegungen, körperlichen Empfindungen und Reaktionen (z.B. Herzschlagrate, Schmerz)“ (Wieland 2014, S.33). Kommt es zu impliziten Erinnerungen, fehlt eine zeitliche Einordnung und es fühlt sich an, als werde das Trauma jetzt im Moment wieder erlebt. Alle zuvor genannten Empfindungen, körperlichen Reaktionen und auch die damaligen Verhaltensmuster werden Gegenwart (vgl. Weiß 2009, S.56). Ausgelöst werden Flashbacks durch so genannte Trigger. Das sind „innere oder reaktivierende Reize in der Gegenwart, von denen aus assoziative Verbindungen zu Flashbacks bestehen“ (Weiß 2009, S.56). Dies können zum Beispiel bestimmte Worte sein oder Stimmlagen aber auch Situationen, Gerüche und anderes.

Wird der Körper in einen solchen extremen Stresszustand versetzt, greifen unbewusste automatische Verhaltensmuster. Sie sind entwicklungsgeschichtlich sehr zeitig angelegt und erfordern keine bewussten Denkprozesse um auf Gefahr schnell reagieren zu können (vgl. Baierl 2014a, S.27). In einer Extremsituation stellt der Körper sich auf Kampf oder Flucht ein. „Wir sind wach, aufmerksam, angespannt und maximal reaktionsbereit, bereit zu kämpfen oder zu fliehen“ (Baierl 2014a, S.27). Sind Kampf und Flucht nicht zielführend, greift das „Bindungssystem“ (Baierl 2014a, S.27). Hilflosigkeit und Demutshaltung

sollten Beißhemmung und Hilfeleistung hervorrufen. Erzielt dies Erfolg, wird die Bindungserfahrung gestärkt. Helfen weder Kampf, Flucht noch Bindung, setzt die Starre ein. Hier passiert oft auch Dissoziation. „Wir schirmen äußere Wahrnehmungen weitgehend ab und fliehen quasi nach innen“ (Baierl 2014a, S.28).

Werden Kinder und Jugendliche mit Triggern konfrontiert, erleiden Flashbacks und verfallen in diese unbewussten Stressreaktionen, sind sie nicht mehr in der Lage, sich und ihr Verhalten zu steuern oder zu reflektieren. Sie wissen selbst nicht, warum sie sich in bestimmten Situationen so verhalten und haben teilweise nicht einmal eine Erinnerung daran. Im Nachhinein schämen sie sich für ihr Verhalten, ihr negatives Selbstbild wurde bestätigt. Es besteht die Gefahr, dass sie sich oder andere verletzen oder Dinge zerstören, welche ihnen wichtig sind.

### **3.3. Inobhutnahme und Trauma**

Die Prävalenz für psychische Störungen von Kindern in der Jugendhilfe beträgt ca. 60 Prozent. 37 Prozent weisen eine Komorbidität auf, d.h. es wurden mindestens zwei psychische Störungen diagnostiziert (Schmid 2007, S.129). Es ist davon auszugehen, dass die psychischen Belastungen der Kinder und Jugendlichen in Kinderschutzeinrichtungen aufgrund der vorausgehenden belastenden Ereignisse noch höher sind. Dementsprechend ist es wichtig, dass die Fachkräfte die Ursachen und Symptome von Traumafolgestörungen kennen und fachgerecht mit ihnen umgehen können. Das bedeutet als erstes, das Verhalten der Kinder nicht durch Unwissen als bewusst boshaft und abstoßend misszuverstehen und zu stigmatisieren, sondern zu erkennen, dass es sich um normale Reaktionen auf eine destruktive Umwelt handelt. Symptome wie Flashbacks oder die Übertragung traumatischer Bindungserfahrungen müssen erkannt und den Kindern transparent gemacht werden, um durch eine Unterbrechung dieser Muster und fachliche Methoden eine Stabilisierung herbeizuführen. Nur so ist es möglich, die Kinder und Jugendlichen wertschätzend am Prozess der Perspektivfindung zu beteiligen. Des Weiteren besteht ohne traumaspezifisches Wissen die Gefahr, dass über Folgemaßnahmen falsche Entscheidungen getroffen werden (vgl. Bohnstengel

2009, S.156), was zu erneuten Abbrüchen innerhalb des Hilfesystems führt. Momentan endet jede fünfte Heimunterbringung mit einem Abbruch (vgl. Schmid 2007, S.26). Kinder und Jugendliche mit Aufenthalten in mehreren Heimen oder Pflegefamilien sind psychisch deutlich stärker belastet (vgl. Schmid 2007, S.130). Gerade für traumatisierte Kinder und Jugendliche ist es wichtig, erneute Beziehungsabbrüche sowie Abbrüche aus Hilflosigkeit der Helfer zu vermeiden, um ein destruktives Selbstbild nicht weiter zu stärken. Scheitern Folgemaßnahmen aufgrund falscher Empfehlungen, landen die Kinder aus disziplinarischen Maßnahmen oder Überforderung der Einrichtung zum Teil wieder in Kinderschutzeinrichtungen. Dort verweilen sie Wochen oder Monate, da sich aufgrund ihrer Symptomatik schwer Anschlusshilfen finden lassen, die konzeptionell und personell in Frage kommen. „Kinder und Jugendliche, die Kontinuität im Alltag und stabile pädagogische Rahmenbedingungen brauchen, bleiben zu lange in Einrichtungen, in denen die Gruppenzusammensetzung stark fluktuiert“ (Neumann-Witt 2014, S.5) und in denen ihre Zukunft ungewiss ist. (vgl. Bohnstengel 2009, S.156; Köhn 2012, S.173)

#### **4. Mögliche Gefährdungen des Kindeswohls durch und während der Inobhutnahme**

Eine Inobhutnahme ist sowohl für die Kinder als auch die Eltern eine stark belastende Situation. Kinder und Jugendliche, welche bereits einer instabilen Umwelt und psychischen Belastungen ausgesetzt waren, werden abrupt von ihrem Umfeld getrennt und finden sich in einer ungewissen Situation wieder. Sie sind erst einmal vor den anlässlichen Gefährdungen geschützt, haben jedoch zunächst keine Orientierung was die Gegenwart und Zukunft betrifft. Auch die Eltern sind überfordert und können nicht immer förderlich auf ihre Kinder einwirken. Im Folgenden wird auf die Gefährdungen eingegangen, die unter diesen besonderen Umständen entstehen können und welchen konzeptionell und pädagogisch begegnet werden muss.

#### 4.1. Traumatisierung / Retraumatisierung

Eine Inobhutnahme schließt auch immer die Trennung von den bisherigen Bezugspersonen ein. Im Fall einer Kinderschutzeinrichtung leben mehrere instabile und einander zunächst unbekannte Kinder in einer Gruppe zusammen. Daraus resultiert die Gefährdung, neuen Traumata ausgesetzt zu werden. Eine Trennung kann Kinder „je jünger, je schwerer“ traumatisieren (Weiß 2009, S.33). Durch das Zusammenleben divers und akut belasteter Kinder entsteht die Gefahr traumatischer Reinszenierungen in Opfer- und Täterrollen (vgl. Weiß 2009, S.57).

- Die traumatische Trennung

Durch die Inobhutnahme werden Kinder oft von ihren engsten Bindungspersonen getrennt. Waren die Umstände auch akut belastend, so bestand doch eine enge Beziehung, welche Trennungsschmerz und Schuldgefühle verursacht (vgl. Weiß 2009, S.33). Teilweise entstehen Schuldgefühle, die Verantwortung für verbliebene Geschwister oder auch die Eltern nicht mehr wahrnehmen zu können oder darüber, die Eltern verraten zu haben. Zum Teil sehen die Kinder sich selbst als Auslöser der Problemsituation: „Weil sie selbst so 'schlimm' sind, so ihre subjektive Sicht, haben die Eltern sie weggegeben“ (Weiß 2009, S.34). Es ist nötig, die Trennung und ihre Gründe für die Kinder transparent und verständlich zu machen, das heißt Schuldgefühle, falsche Bindungsmuster und Verantwortlichkeiten aufzudecken und aufzuklären. Außerdem müssen die Eltern unterstützt und verpflichtet werden, Kontakte förderlich und kindgerecht zu gestalten. So soll es gelingen, dass die Trennung einen „lebensgeschichtlichen Sinn“ (Weiß 2009, S.87) ergibt und eine Bedeutung als Chance, statt als Bestrafung erhält.

- Die Reinszenierung

In Inobhutnahmegruppen findet keine Selektion statt. Sie sind geprägt von einem ständigen Kommen und Gehen und jede/r wird erst einmal aufgenommen (vgl. Bohnstengel 2009, S.167). Kinder, welche unterschiedliche Formen der Gewalt, zum Beispiel sexuelle Übergriffe oder Misshandlungen an sich oder zwischen den Eltern erlebt haben,

treffen in einer zufälligen Gruppenzusammensetzung aufeinander. Es besteht die Gefahr von Reinszenierungen diverser Gewalterfahrungen in Täter und Opferkonstellationen. Weiß beschreibt die Reinszenierung als „ein durch Trauma erlerntes Rollenverhalten“. Bekannte Reaktionen und Verhaltensweisen werden herbeigeführt um Sicherheit und Orientierung zu erzeugen (vgl. Weiß 2009, S.58). Um die Gefahr neuer Traumatisierungen oder Retraumatisierungen zu verdeutlichen, folgen nun einige kurze, aber eindruckliche Fallbeispiele:

*„Philipp missbraucht kleinere Jungen, um Subjekt, um der Bestimmer zu sein ... Der fünfjährige Michael nötigt ein vierjähriges Mädchen, seinen Penis in den Mund zu nehmen und sich dann auf ihn zu legen. Michael arbeitet dabei mit einem Geheimnis und einer Drohung“* (Weiß 2009, S.57f).

Entwicklungs-traumatisierte Kinder haben Gewalt als einen beständigen und alltäglichen Teil von Beziehungen über lange Zeiträume hinweg erlebt. Sie tendieren zum einen dazu, Gewalterfahrungen als Täter zu reinszenieren, um der Opferrolle zu entfliehen und Dominanz und Macht über Situationen zu erlangen. Zum anderen sind sie gefährdet, erneut Opfer zu werden, weil ihre diesbezüglichen Grenzen verschoben sind oder sie bekannte Beziehungsmuster wiederholen. Es ist von Seiten der Pädagogen nötig, Gewalt offen zu thematisieren und Normen und Verantwortlichkeiten zu korrigieren (vgl. Weiß 2009, S.134). Es bedarf dabei klarer Grenzen, deren permanente Einhaltung zu gewährleisten ist, um selbst- und fremdschädigendes Verhalten zu vermeiden.

#### **4.2. Destabilisierung**

In einer Kinderschutzeinrichtung treffen „Kinder und Jugendliche, Jungen und Mädchen mit ihren jeweils sehr unterschiedlichen Problemlagen, mit ständig wechselnden, selten positiven, förderlichen Interaktionen mit anderen Peers in denselben Räumen“ zusammen (Bohnstengel 2009, S.167). Anfangs „besteht Ungewissheit, ob die Rückkehr ins Elternhaus oder die Gestaltung einer professionellen Hilfe am Ende der Intervention steht und damit verbinden sich eine Reihe weiterer Fragen“ (Freigang 2014, S.10). Dazu gehört zum Beispiel,

wie die Beziehung zu den Eltern und eventuell den Geschwistern in Zukunft aussehen wird, ob Schule und Freunde erhalten bleiben oder ein Schul- und/oder Wohnortswechsel anstehen. Die neue Einrichtung mit ihren Regeln, Abläufen und Pädagogen ist unbekannt, ebenso die anderen Kinder. Diese befinden sich ebenfalls in Krisen und zeigen häufig diverse Verhaltensauffälligkeiten. Der Anspruch an die Pädagogen ist hoch, ein sicheres, transparentes und Orientierung gebendes Umfeld zu schaffen. Krisen müssen sofort und professionell deeskaliert und besprochen werden, denn eine konstruktive Zukunftsplanung erfordert stabilisierte Kinder und Jugendliche. Eine besondere Herausforderung stellen Kinder und Jugendliche dar, welche zum Beispiel aufgrund von Sorgerechtsverfahren oder mangelnden Plätzen in passenden Einrichtungen, sehr lange in den Inobhutnahmeeinrichtungen verweilen. Sie sehen die anderen Kinder kommen und gehen und für sich selbst keine zeitnahe Perspektive. Was dringend nötig wäre, nämlich stabile und korrigierende Beziehungserfahrungen, ist schwer zu ermöglichen: „Zwar liegt die Verweildauer in der Praxis oft bei mehreren Monaten, dies ist jedoch in der Regel nicht geplant und Beziehungen werden auch in diesen Fällen zunächst so eingegangen, als ob sie in absehbarer Zeit beendet werden müssten“ (Freigang 2014, S.8). Frust und Hoffnungslosigkeit entstehen und äußern sich teilweise in neuen Auffälligkeiten. Die Kinder und Jugendlichen solidarisieren und beeinflussen sich gegenseitig und aus Perspektivlosigkeit entsteht die Gefahr, dass sie Zuflucht und Stabilität in anderen Jugendgruppen und damit verbundenen Weglauftendenzen suchen. Ein passendes Fallbeispiel findet man hierzu in Maud Zitelmans Studie „Inobhutnahme und Kinderschutz“:

*„Ein Jugendlicher ist den ganzen Tag auffällig laut gewesen und hat provoziert. Zum Abend hin drehte der Jugendliche seine Anlage so laut auf, dass zweimal die Polizei kommen musste. Nachdem der Jugendliche nach wiederholtem Ermahnen nicht reagierte, versuchte ich seine Anlage mitzunehmen. Daraufhin wurde er aggressiv und handgreiflich mir gegenüber. Dazu ist zu sagen, dass dieser Jugendliche seit bereits drei Monaten in unserer Einrichtung war und in dieser Zeit für ihn nichts besonderes passierte. Es ist eine viel zu lange Zeit für die Inobhutnahme eines Jugendlichen. Daher ist das Provozieren, um auf sich*



---

*aufmerksam zu machen, das typische Verhalten von Jugendlichen, die mehr als sechs Wochen bei uns bleiben“ (Zitelmann 2010, S.37).*

### **4.3. Scheitern der Arbeitsbeziehung / Partizipation**

Entwicklungsstraumatisierte Kinder und Jugendliche neigen zu Reinszenierungen ihrer traumatischen Bindungserfahrungen auch mit den Pädagogen und Pädagoginnen (vgl. Weiß 2009, S.57). Auch hierzu liefert Weiß ein Fallbeispiel:

*„Jana sexualisiert die Beziehung zu dem Pädagogen, weil sie Beziehung so erfahren hat. Sie mischt die Gruppe auf, um die Standfestigkeit ihrer Pädagogin zu testen, um herauszufinden, wie lange sie zu ihr hält“ (Weiß 2009, S.57).*

Diese Kinder und Jugendlichen zeigen unter anderem „dissoziales, emotional instabiles, selbstverletzendes und/oder suizidales Verhalten oder neigen zu Drogenmissbrauch“ (Schleiffer, Gahleitner 2012, S.197). Fehlt das Fachwissen über die Ursachen dieser Verhaltensweisen, kann das zu Überforderung der Pädagogen, zu Stigmatisierungen und fehlgeleiteten Hilfen an den Kindern vorbei führen. Es werden die falschen Schlüsse für die Betreuung gezogen und es kommt zum erneuten Scheitern der Folgemaßnahmen (vgl. Bohnstengel 2009, S.156). Die Pädagogen müssen geschult sein, die Symptomatik zu erkennen und einzuordnen um professionell damit umzugehen. Das bedeutet die gestörten Verhaltensweisen nicht auf sich zu beziehen oder aber als bössartig einzuordnen, sondern sie den Kindern transparent zu machen und korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Auf diese professionelle und wertschätzende Weise ist es möglich eine stabile pädagogische Arbeitsbeziehung mit den Kindern und Jugendlichen zu schaffen, um sie, ihrem Alter und ihren Möglichkeiten entsprechend, in die Prozesse der Perspektiventwicklung zu integrieren. Dies geschieht unter der Voraussetzung, dass die MitarbeiterInnen des ASD die Empfehlungen der MitarbeiterInnen der Kinderschutzstelle sowie die Wünsche der Kinder und Jugendlichen berücksichtigen und Perspektiventscheidungen aus fachlichen und nicht aus finanziellen Gründen treffen.

## 5. Anforderungen an die Praxis

### 5.1. Anforderungen an die Pädagogen

#### 5.1.1. Schutz

Neben geschützten Räumlichkeiten, welche ein im Optimalfall eigenes Zimmer als Rückzugsort sowie einen Gemeinschaftsraum, getrennte Bäder und eine Gemeinschaftsküche beinhalten, gehören zum Schutz der Kinder viele alltägliche Betreuungsaufgaben. Darunter fällt zum Beispiel die medizinische Versorgung, das heißt das Ausmachen von und die Begleitung zu notwendigen Arztbesuchen zur Gesundheitsvorsorge oder Abklärung von psychischen oder physischen Auffälligkeiten. Die materielle Versorgung der Kinder und Jugendlichen ist ebenso sicherzustellen. Dazu gehört eine Notausstattung an alters- und witterungsgerechter Kleidung, gesunde Ernährung, das Bereitstellen von Schulsachen, Hygieneartikeln und altersgerechten Spielsachen und ebenso ein Taschengeldbetrag, welcher zur freien Verfügung steht. In den Tagesablauf sollten Ruhezeiten, zum Beispiel in Form einer Mittagsruhe, integriert sein und es muss allen Kindern eine ihrem Alter entsprechende Nachtruhe gewährleistet werden. Das bedeutet, dass die Kinder und Jugendlichen nach ihrem Alter gestaffelt zu Bett gebracht werden und gleichzeitig ab einem gewissen Zeitpunkt Ruhe in der Gruppe herrscht, um den Kleinsten einen gesunden Schlaf zu gewährleisten. Probleme beim zu Bett gehen, wie Angst vor Alpträumen, inneren Bildern, der Dunkelheit, dem Alleinsein, etc. sind üblich bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Während die Aufsicht über die restliche Gruppe gewährleistet wird, muss gleichzeitig die Möglichkeit bestehen, die Kinder beim zu Bett gehen zu begleiten und auf eventuelle Probleme und Bedürfnisse pädagogisch und in Ruhe einzugehen. Kleinkinder bedürfen einer besonders intensiven Betreuung und Förderung, welche besonders bei Säuglingen nur im Eins-zu-Eins-Kontakt gewährleistet werden kann. Eine bedeutsame und zeitintensive Rolle nimmt auch der Schutz vor gefährdenden Kontakten ein. Die Schulwege sollten durch die Pädagogen oder einen Fahrdienst begleitet sein. Bei Bedarf gilt selbiges für Termine bei Ärzten, dem Jugendamt, bei Gericht, der Polizei oder ähnlichem. Umgänge müssen durch

die Pädagogen oder Therapeuten geregelt, begleitet und mit Eltern und Kindern vor- und nachbereitet werden, um einen förderlichen Kontakt zu gewährleisten und die Kinder vor weiteren Gefährdungen und/oder psychischem Druck zu schützen. Um dies zu ermöglichen, muss auch hierfür Zeit und Raum innerhalb der Einrichtung verfügbar sein. (vgl. Zitelmann 2010, S.20)

Ein wichtiger Teil der Alltagspädagogik in der Gruppe ist der Schutz der Kinder vor anderen oder sich selbst in akuten Krisensituationen. Entwicklungstraumatisierte Kinder zeigen massive Verhaltensauffälligkeiten im Alltag. Durch eine mangelnde Fähigkeit sich selbst zu steuern und durch unbekannte Trigger kommt es zu Flashbacks, Impulsdurchbrüchen und Kontrollverlusten. Die Kinder und Jugendlichen verlieren die Kontrolle über ihr Verhalten und zeigen selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten oder zerstören Dinge, welchen ihnen wichtig sind. Zur Veranschaulichung folgt ein kurzes Fallbeispiel:

*Die Gruppe hat das Abendbrot beendet. Nacheinander werden die Kinder zum Duschen geschickt und erledigen ihre Dienste. David ist frustriert, da er nicht duschen möchte. Auf die erneute Anweisung der Pädagogin hin, beginnt er zu schreien und seinen Kopf gegen die Wand zu schlagen. Als sie sich ihm nähert, versucht er wahllos nach ihr und den vorbeilaufenden Kinder zu treten.*

Sowohl für das jeweilige Kind als auch für die anderen Gruppenmitglieder ist dies eine verängstigende Situation. Es bedarf hier eines ruhigen und sicheren Auftretens der PädagogInnen, welche professionell und deeskalierend vorgehen müssen. Das Kind braucht für diesen Zeitraum unmittelbar eine Eins-zu-Eins-Betreuung abseits der Gruppe, um zu sichern, dass es niemanden verletzt und nichts zerstört, um Sicherheit und Kontrolle zu gewährleisten, die es in dem Moment selbst nicht mehr aufrechterhalten kann. Die PädagogInnen müssen geschult sein, in diesen Situationen einheitlich wertschätzend und deeskalierend zu handeln sowie die Geschehnisse anschließend mit dem Kind zu reflektieren. Souveränität und Absicherung kann hierbei ein für alle PädagogInnen verbindlicher Deeskalationsplan schaffen. So behalten sowohl die betroffenen Kinder als auch der Rest der Gruppe ein Gefühl von Sicherheit und Verlässlichkeit. (vgl. Zitelmann 2009, S.21) Droht die unmittelbare Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung, kann das Festhalten des Kindes eine

bewusste deeskalierende Methode sein. Es geht dabei nicht um Bestrafung sondern um Kontrolle durch Berührung (vgl. Baierl 2014c, S.96). Es ist eine brisante Situation, ein noch relativ unbekanntes Kind festzuhalten, da auch hier die Gefahr besteht, zusätzliche negative Trigger auszulösen. Jedoch beschreibt Baierl ein ebenso hohes Risiko einer Retraumatisierung, „wenn ein Kind oder Jugendlicher erlebt, dass ein Erzieher anwesend ist, ihn aber mit seiner Not und seinem Kontrollverlust allein lässt und nicht verhindert, dass während des Kontrollverlustes andere zu Schaden kommen, dem jungen Menschen wertvolle Gegenstände zerstört werden oder dieser sich selbst Verletzungen zufügt“ (Baierl 2014c, S.96). Da die Aufnahme-, Steuerungs- und Reflexionsfähigkeit in diesem Moment massiv gemindert sind, ist eine Klärung des Konflikts zu diesem Zeitpunkt nicht möglich. Es ist nötig, dass der/die PädagogIn wenig und beruhigend mit dem Kind spricht und es darauf hinweist, dass es in Sicherheit ist und losgelassen wird, sobald es sich beruhigt. Danach sollte besprochen werden, ob dem Kind etwas schmerzt und ob es verstanden hat, warum das Festhalten in diesem Moment nötig war (vgl. König 2014, S.162). Eine Klärung und Nachbearbeitung des Konfliktes müssen warten, bis die Stressreaktion abgeklungen ist und eine sinnvolle Auseinandersetzung möglich ist (vgl. Baierl 2014c, S.96). Auch für den Rest der Gruppe stellt dies eine belastende und unter Umständen beängstigende Situation dar. „Wird ein Kind innerhalb einer Gruppe von Pädagogen festgehalten, entsteht unter den anderen Kindern sehr schnell Angst und Unsicherheit. Sie geraten in einen Loyalitätskonflikt und sind nicht sicher, ob sie dem betreffenden Kind helfen sollen oder dem haltenden Pädagogen vertrauen können“ (König 2014, S.162). Gerade in einer Inobhutnahme-Einrichtung, in der die Kinder nur für kurze Zeit sind, ist es nötig durch Transparenz und Authentizität schnell Vertrauen und Sicherheit zu etablieren. Ein/e PädagogIn muss während des Kontrollverlustes für die Gruppe da sein, den Vorgang erklären und auf Fragen und Bedenken der Kinder unmittelbar eingehen können.

### 5.1.2. Stabilisierung

Grundlage für eine gelingende und nachhaltige Perspektiventwicklung ist eine Unterstützung und Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen in ihrer aktuellen

Krisensituation. Dies beginnt bereits bei der Aufnahme. Neben einem ausführlichen Erstgespräch, bedarf es einer behutsamen Aufnahme in die Gruppe, das heißt dem Vertrautmachen der Zimmer, Regeln und Abläufe sowie dem Personal und den anderen Kindern. Manchmal muss Bekleidung ausgewählt oder eine Notausstattung für die Schule zusammengestellt werden.

Um den Kindern ein Minimum an Gewohntem zu erhalten, ist der Besuch der gewohnten Schule oder Kindertagesstätte zu organisieren, ebenso wie die Teilnahme in für sie wichtigen Strukturen (zum Beispiel Fußballverein, Chor, etc.).

Eine wichtige Bedeutung haben klare und transparente Strukturen sowie deren konsequente und einheitliche Umsetzung: „Das Kind bedarf in dieser durch eine extreme Unsicherheit geprägten Situation einer verlässlichen Orientierung hinsichtlich personaler Zuständigkeiten, Gruppenregeln und Tagesabläufe in der Institution“ (Zitelmann 2009, S.21). Die Tagesabläufe sollten für die Kinder klar ersichtlich sein und sich immer wiederholen. Bestimmte Rituale, wie zum Beispiel das Abendessen in der Gruppe zur immer selben Zeit, erhalten eine Struktur und für die Kinder erleichternde Verlässlichkeit. So müssen die Kinder sich nicht um die Mahlzeiten sorgen, wie sie es eventuell gelernt haben, sondern können sich auf Gespräche besser einlassen und dazwischen Ruhe und Sicherheit in der Gruppe finden. Einige Kinder und Jugendliche kennen, wenn sie in die Inobhutnahme kommen, keine gesunde Ernährung und vor allem keine geregelten Mahlzeiten. „Viele Minderjährige, die zum Beispiel durch Essen sanktioniert wurden, unter Hunger und Armut litten, starke Vernachlässigung oder Ähnliches erlebt hatten, haben ein gestörtes Verhältnis zu Essen“ (Wiesing 2014, S.175). Die Garantie einer regelmäßigen Versorgung mit Essen muss ihnen erst erfahrbar gemacht und als verlässlich bewiesen werden. Es empfiehlt sich daher, auf eine verbindliche Einhaltung der gemeinsamen ritualisierten Mahlzeiten zu achten und Termine und Krisengespräche möglichst angepasst zu legen. Auch wenn dies gegeben ist, kann das die negativen Langzeiterfahrungen der Kinder und Jugendlichen oft nicht kompensieren. „Häufig wird dies durch übermäßige Nahrungsaufnahme kompensiert. Teilweise kann das eigene Sättigungsgefühl nicht wahrgenommen werden. Auch wenn die Angst vor dem (Ver-)Hungern nicht mehr gegeben sein

müsste, besteht diese in vielen Fällen dennoch weiter“ (Wiesinger 2014, S.175f). So ist es manchmal nötig eine Vorauswahl oder Regulierung der Essensmengen zu treffen. Hilfreich ist es dann, das Thema gesunde Ernährung mit den Kindern und Jugendlichen zu besprechen und die verschiedenen Auswirkungen auf den Körper zu thematisieren. So lassen sich pädagogische Entscheidungen transparent begründen und die Kinder verstehen, dass es um ihr körperliches Wohl, ihre Selbstfürsorge geht. Genauso klar müssen die Abend- und Zubettgehzeiten geregelt sein. Zwar ist auf die einzelnen Bedürfnisse, wie in 5.1.1. beschrieben, einzugehen, jedoch ist auch hier eine verbindliche und einheitliche Orientierung nötig, um unnötige Konflikte zu vermeiden.

Im Falle mehrerer Gruppen innerhalb einer Einrichtung ist eine Trennung der Kinder und Jugendlichen nach dem Alter und im Optimalfall nach Mädchen und Jungen förderlich, um eine spezifische Betreuung zu ermöglichen und ein stabiles Umfeld zu schaffen, dass das Stress- und Anpassungsvermögen der Kinder nicht überfordert. Zum Ansprechen traumatischer Erfahrungen braucht es einen geschützten Raum und Zeitrahmen, zum Beispiel durch mögliche Eins-zu-Eins-Kontakte bei einem Therapeuten. Diese werden auch nötig bei der Vor- und Nachbereitung von Kontakten zu den Bezugspersonen. Die Kinder und Jugendlichen benötigen Unterstützung, sich auf diese Kontakte vorzubereiten, Sorgen und Ängste zu thematisieren und ihre eigenen Vorstellungen herauszuarbeiten. Es besteht der Bedarf, die Kontakte im Hinblick auf positive und negative Ereignisse und Gefühle auszuwerten und Ziele für die nächsten Kontakte zu entwickeln. Bei den Eltern besteht eventuell Bedarf, das Verhalten ihres Kindes zu besprechen und zu verstehen sowie Rat im Umgang damit zu erhalten. Teilweise benötigen sie auch Hilfe, förderliche und stabile Umgänge zu gewährleisten. In dieser unsicheren schwierigen Situation besteht die Gefahr, die Kinder, zum Beispiel durch An- oder Entschuldigungen, zu überfordern. Folgende Fallbeispiele aus der Praxis sollen dies illustrieren:

*Marcus ist neun Jahre und hat aufgrund massiver Misshandlungen als Baby einen Hirnschaden. In seiner Pflegefamilie kam es zu heftigen Auseinandersetzungen mit den Geschwistern und Pflegeeltern. Diese gaben*

---

*ihn auf Grund von Überforderung ab und schrieben ihm anschließend einen langen Brief, in welchem sie sich dafür entschuldigen, ihre Zweifel und ihr schlechtes Gewissen, eigene und seine Anteile thematisieren und ihm wünschen, dass sich sein Verhalten bessert.*

*Anton und Niklas sind Brüder. Sie sind in der Inobhutnahme, weil Anton in der Schule von den Misshandlungen zu Hause erzählte. Beim Telefonat setzt der Vater die beiden unter Druck und beschuldigt Anton, die Familie zerstört zu haben. Er ignoriert ihn im weiteren Verlauf und wendet sich nur noch an Niklas.*

Es ist wichtig, telefonische und persönliche Kontakte vor allem am Anfang zu begleiten und destruktives Verhalten sofort zu unterbinden, um die Kinder vor weiteren Konflikten zu schützen. Es kann hilfreich sein, die Kontakte mit den Eltern im Vorhinein zu besprechen und Anregungen zu geben, welche Gesprächsthemen die Kinder nicht überfordern und ihnen in ihrer Situation gut tun.

Einen weiteren wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen kann die Förderung ihrer gefühlten Selbstwirksamkeit durch Partizipation leisten. „Der Begriff Partizipation wird als eine der zentralen Strukturmaximen einer modernen lebensweltorientierten Jugendhilfe betrachtet. Im Kontext der Jugendhilfe wird Partizipation als Sammelbegriff für Beteiligung, Teilnahme, Teilhabe, Mitwirkung und Mitbestimmung verwendet“ (Stork 2007, S.20). Dies spielt sowohl langfristig in der Hilfeplanung als auch kurzfristig in der Gruppenpädagogik eine bedeutende Rolle. Als Selbstwirksamkeit definiert Weiß „ein positives Selbstbild, das Gefühl, das bin ich und das kann ich“ (Weiß 2009, S.106). Entwicklungstraumatisierten Kindern fehlt häufig dieses Bild von sich. Sie haben durch ein ambivalentes und willkürliches Erziehungsverhalten ihrer Bindungspersonen die Erfahrung gemacht, Dinge nicht beeinflussen zu können. Sie besitzen Selbstzweifel und ein eher destruktives Selbstbild (vgl. Hoffmann u. Neumann 2015). „Partizipation korrigiert die Erfahrungen von Ohnmacht“ (Weiß 2009, S.116). Sind Entscheidungen und das alltägliche Handeln der Pädagogen einheitlich und nachvollziehbar für die Kinder, vermittelt dies erste korrigierende Erlebnisse weg von Willkür - hin zu Nachvollziehbarkeit und Stabilität. Diese Entwicklung kann fortgesetzt werden, in dem „ihr Rat gefragt ist, ihre Meinung eine Rolle spielt und etwas bewirkt“

(Weiß 2009, S.117). Praktisch möglich ist das zum Beispiel durch Rituale wie Gruppenreflexionen, an denen alle Kinder teilnehmen und die durch die PädagogInnen geleitet werden. Hier können Befindlichkeiten innerhalb der Gruppe besprochen werden, die Kinder erhalten ein Feedback und die Möglichkeit eigenmächtig Verbesserungsvorschläge einzubringen und zu besprechen.

Um hierfür einen wertschätzenden sicheren und vor allem stabilen Rahmen zu gewährleisten, spielt die Autorität der PädagogInnen als Bezugspersonen eine große Rolle. Das beinhaltet professionelles, das heißt transparentes, nachvollziehbares, wertschätzendes und vorbildhaftes Verhalten. Die eigene machtvolle und starke Position muss bewusst gemacht und zum Wohle der Kinder und Jugendlichen eingesetzt werden. Baierl nennt hierfür die Eigenschaften „kompetent, ernst zu nehmen und durchsetzungsfähig (Baierl 2014b, S.49). Das bedeutet Grenzen und damit Orientierung vorzugeben, um den Kindern innerhalb dieser Grenzen Handlungsspielräume zu ermöglichen, sie jedoch nicht zu überfordern. Die Einhaltung dieser Regeln und Grenzen muss eingefordert und überprüft werden genauso wie das Aussprechen und Durchsetzen sinnvoller Konsequenzen (vgl. Baierl 2014b, S.49). Innerhalb eines solchen Rahmens können Kinder Erwachsene als „stark und gut“ (Baierl 2014b, S.49) erleben und eine korrektive Erfahrung in Bezug auf Erwachsene machen, welche sich vorbildhaft in puncto Selbstermächtigung verhalten sowie ihre Macht zum Wohle aller Beteiligten einsetzen (vgl. Baierl 2014b, S.49). Dies eröffnet für die Mädchen und Jungen die Möglichkeit am Vorbild zu lernen, Orientierung zu schaffen und innerhalb dieser eigene positive Erfahrungen zu machen.

### 5.1.3. Perspektivfindung

Die Fallverantwortlichkeit und somit auch Entscheidungsmacht liegt während einer Inobhutnahme beim Jugendamt und somit den zuständigen Sozialpädagogischen Fachkräften des Allgemeinen Sozialen Dienstes. Gesetzlich sind weder ein Zeitrahmen noch Festlegungen über die Zusammenarbeit von Kinderschutzeinrichtungen festgeschrieben, auch gibt es keine allgemeingültigen Standards. Jedoch sind „gerade von pädagogischen



Fachkräften, die das Kind im Alltag betreuen und versorgen, ... wichtige und unverzichtbare Beiträge zu erwarten, um das aktuelle Befinden und die Wünsche, den erzieherischen Bedarf, die Eltern-Kind-Beziehung, mögliche Gefährdungen und protektive Faktoren angemessen einzuschätzen“ (Zitelmann 2010, S.27). Zitelmann empfiehlt daher eine regelmäßige Teilnahme der PädagogInnen aus den Kinderschutzeinrichtungen an Gesprächen mit dem Jugendamt, Helfertreffen oder ähnlichem sowie die Zuarbeit von Zusammenfassungen und Einschätzungen bei familiengerichtlichen Maßnahmen. Die Inobhutnahme als „Einstieg in eine kontinuierliche Hilfeplanung“ lässt sich in die vier Phasen „Aufnahme und Orientierungsphase“, „Klärungsphase“, „Entscheidungsphase“ und „Abschluss- und Umsetzungsphase“ aufteilen (Polonis-Khalil u. Petri 2014, S.13).

- Aufnahme- und Orientierungsphase

Start für die Aufnahme- und Orientierungsphase ist ein ausführliches Krisengespräch mit dem Kind oder Jugendlichen selbst, in dem es um die aktuelle Situation, Wünsche und Bedürfnisse geht. Innerhalb von drei Tagen sollte eine gemeinsame Fallberatung mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst stattfinden um anamnestic Hintergründe einzubringen, erste Gesprächsergebnisse zu erörtern und folgende Aufgaben festzulegen. Ist eine kurzfristige Rückkehr nicht möglich, gilt es, feste Ansprechpartner und nächste Schritte sowie deren zeitlichen Rahmen für Kind, Eltern und Fachkräfte abzusprechen, über die Kontaktgestaltung zu entscheiden und den weiteren Informationsfluss zu gewährleisten. Am Ende dieser ersten Fallberatung steht ein Protokoll, in dem alle Absprachen und weiteren Schritte schriftlich festgehalten werden (vgl. Polonis-Khalil u. Petri 2014, S.14).

- Klärungsphase

In der Klärungsphase ist die Situation zu analysieren, gegebenenfalls unter Einbeziehung weiterer Beteiligter wie Familienmitgliedern, Lehrern oder bereits integrierten Helfern. Ziel ist dann das Herausarbeiten konkreter und passender Hilfestellungen, die eine Rückkehr des Kindes in die Familie unter förderlichen Umständen erlauben. Stellt sich heraus,

dass dies in geraumer Zeit nicht möglich sein wird, muss eine adäquate Unterbringungsform gefunden werden (vgl. Polonis-Khalil u. Petri 2014, S.14f). Hierbei sind die Beobachtungen und Dokumentationen der PädagogInnen der Kinderschutzeinrichtung von besonderer Bedeutung. Sie stehen in alltäglichem, direkten Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen und sollten Wünsche, Verhaltensweisen, Auffälligkeiten und somit die Bedürfnisse der Kinder gut und richtig wahrnehmen und dokumentieren. Diese Erkenntnisse sind wertvoll für die Sozialpädagogischen Fachkräfte des Allgemeinen Sozialen Dienstes und sollten entsprechend in Betracht gezogen werden. Folgemaßnahmen müssen nach Bedarf und passendem Konzept und nicht aus Kostengründen installiert werden, um erneute Abbrüche zu vermeiden. Kostensparmaßnahmen und Budgets können nicht Maßstab für eine professionelle Fallsteuerung sein. Im Falle einer Traumasymptomatik muss diese erkannt, beobachtet und im Bedarfsfall extern diagnostiziert werden. Diese Kinder und Jugendlichen benötigen spezielle, zeitaufwändige Unterstützung und werden in regulären Wohngruppen schnell zum „Problem“. Deren Personalschlüssel und Gruppengröße erlaubt weder eine intensive Begleitung und Behebung von Traumasymptomen, noch eine Entwicklungsförderung im nötigen Maße. Um den Kindern eine bestmögliche Entwicklung zu gewährleisten und sie davor zu schützen, bald wieder als Belastung wahrgenommen und erneut einem Abbruch ausgesetzt zu werden, ist es nötig, dass die Fachkräfte Verhalten und Symptomatik erkennen, genau analysieren und bei Bedarf intensivpädagogische, auf Trauma spezialisierte Angebote installieren.

- Entscheidungsphase

Entwicklungen, Verläufe von Kontakten und Gesprächen und die gewonnenen Kenntnisse werden ausgewertet und eine Perspektive sowie die dafür notwendigen Schritte festgelegt. Bei geplanten Rückführungen müssen vermehrte Kontakte und Beurlaubungen geplant, vor- und nachbereitet werden. Bei einer neuen, außerfamiliären Form der

Unterbringung finden erste Kontakte und Treffen statt (vgl. Polonis-Khalil u. Petri 2014, S.15).

- Abschluss- und Umsetzungsphase

Die letzten Schritte bis zur Entlassung des Kindes oder Jugendlichen werden organisiert. Bei Bedarf kann es Nachsorgetermine für Kinder und Eltern in der Kinderschutzeinrichtung geben. Ansonsten übernimmt das Jugendamt wieder die alleinige Fallverantwortung. Übergänge in eine Pflegefamilie oder stationäre Unterbringung sind besonders zu begleiten (vgl. Polonis-Khalil u. Petri 2014, S.15). Sie sollten begleitet von einer vertrauten Pädagogin der Inobhutnahmeeinrichtung und, falls möglich, den Eltern stattfinden, um eine „abrupte Trennung von ihrer Familie durch einen ihnen weitgehend fremden Menschen vom Jugendamt“ nicht zu wiederholen (Zitelmann 2010, S.54).

Auch bei der Perspektivfindung ist, aus zuvor beschriebenen Gründen der Selbstwirksamkeit, die Partizipation der Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten. Jedoch ergeben sich auf Grund von Loyalitätskonflikten und eventuellen Gefährdungen Grenzen bei der Mitbestimmung von Unterbringung und Besuchen. „Partizipation heißt hier, im Spannungsfeld von Kindeswille und Kindeswohl das kleine Kind von diesem Konflikt zu entlasten“ (Weiß 2009, S.118). Das bedeutet Entscheidungen transparent zu machen und im besten Falle im Einklang mit den Eltern zu übermitteln.

## **5.2. Organisationsbedingungen**

Um das Kindeswohl während der Inobhutnahme sowie eine erfolgreiche Perspektivfindung zu gewährleisten, bedarf es Organisationsbedingungen, welche genügend und qualifiziertes Personal, ausreichend eingeplante Zeiten und materielle Anforderungen erfüllen.

### **5.2.1. Finanzierung**

Da Inobhutnahmen aus Notsituationen heraus entstehen und nicht langfristig planbar sind, können sich Kinderschutzeinrichtungen nicht auf stabile, gleichbleibende Belegungszahlen einstellen. Eine Finanzierung ist jedoch auch

in Zeiten nötig, „in denen keine Nachfrage durch das Jugendamt, Polizei oder Selbstmelder besteht“ (Zitelmann 2010, S.14). Dementsprechend ist eine Abrechnung über Pflegesätze, wie sie derzeit in 80,6 Prozent der Fälle stattfindet, unpassend (vgl. Trenczek 2008, S.105). So müssen Tagessätze entweder besonders hoch angesetzt werden, um Schwankungen auszugleichen oder es muss für eine kontinuierliche Belegung gesorgt werden. Welche Gefahren dies birgt, beschreibt Zitelmann so: „ein Dumping der Platzkosten auf Kosten der Betreuungsqualität oder die Sanierung des Haushaltes durch zeitweise Überbelegung zum Ausgleich vakanter Plätze. Naheliegend ist ebenso eine Anpassung der Aufenthaltsdauer einzelner Kinder an die Belegungssituation des Heimes“ (Zitelmann 2010, S. 14f). Professionelle Fallsteuerung und Kindeswohl als oberstes Gebot können so nicht gewährleistet werden. Demnach ist eine Pauschalfinanzierung gerechtfertigt und nötig, um eine unabhängige professionelle Fallbearbeitung zu gewährleisten.

#### 5.2.2. Struktur

Neben den alltäglichen Betreuungsaufgaben in der Gruppe fallen während der Inobhutnahme weitere zeitintensive Aufgaben wie die ausgiebige Dokumentation von Gesprächen und Wahrnehmungen, Übergaben und Fallberatungen sowie Hilfetreffen mit dem Jugendamt an. Hierfür ist den PädagogInnen ausreichend Zeit einzuräumen, diese Aufgaben in Ruhe zu erfüllen ohne gleichzeitig für die Betreuung der Gruppe zuständig zu sein.

Die Dokumentation des Betreuungsalltages, von Wahrnehmungen und Gesprächen mit den Kindern sowie den Eltern bedarf ebenso einer gesonderten Zeit, wie Übergaben während des Schichtdienstes. Da ständig neue Kinder aufgenommen und andere entlassen werden, stehen PädagogInnen zu Dienstbeginn häufig einer völlig neuen Gruppenzusammensetzung, neuen Aufgaben und neuen Regelungen bezüglich Umgängen und Verhaltensweisen der Kinder gegenüber. Hier ist eine ausgiebige Übergabe nötig, damit Absprachen transparent bleiben und eingehalten werden und neue Aufgaben nicht untergehen oder doppelt ausgeführt werden. Weiterhin nötig werden

Zeiten für die Erstellung von Berichten für die Jugendämter, Familiengerichte, etc.

Zusätzlich ist einmal pro Woche eine „kinderfreie“ Zeit für wöchentliche Fallberatungen und Teamsitzungen einzuplanen um den „Anforderungen an eine im Schichtdienst betriebene vollstationäre Einrichtung, die mit teils hoher Fluktuation seelisch schwer belastete Kinder und Jugendliche in akuten Krisensituationen aufnimmt und betreut sowie an behördlichen und gerichtlichen Entscheidungen über die Perspektive der Kinder mitwirkt“ gerecht zu werden (Zitelmann 2010, S.31).

### 5.2.3. Personal

Die Arbeit in der Inobhutnahme stellt ganz besondere Bedingungen an das Personal. Es wird mit immer neuen Kindern konfrontiert, eine stabile Gruppe entsteht nicht, Beziehungsangebote müssen immer wieder von vorn und recht zügig gemacht werden, die Kinder und Jugendlichen befinden sich, den Aufnahmegründen entsprechend, in akuten Krisen, zeigen häufig massive Verhaltensauffälligkeiten, die Trigger und eigenen Verhaltensweisen müssen noch herausgefunden werden und am Ende der Krisenintervention bleibt das weitere Schicksal der Kinder meist unbekannt. Die Kinder und Jugendlichen und ihre Familien befinden sich in einer hoch belasteten Situation, welche zum Teil große Veränderungen verursacht und benötigen dementsprechend eine gut organisierte und durchdachte Betreuung. Dies ist nur möglich mit einem zureichenden Personalschlüssel sowie gut ausgebildetem Fachpersonal.

Maud Zitelmann fordert die „Festsetzung eines real deutlich erhöhten Schlüssels an spezialisierten Fachkräften im Gruppendienst“ (Zitelmann 2010, S.59). Laut ihrer Studie betreuten maximal zwei Personen pro Schicht durchschnittlich sieben bis acht Kinder. Nachts betreute eine Person allein eine oder mehrere Gruppen (vgl. Zitelmann 2010, S.25). Angesichts der zuvor in 5.1. beschriebenen vielfältigen Aufgaben ist ein solcher Personalschlüssel völlig unzureichend. Um Kleinkinder und Babys zu versorgen, Gruppenarbeit zu ermöglichen, Krankheiten, eskalierende Konflikte und Notaufnahmen neben einer laufenden ergebnisorientierten Krisenintervention zu bewältigen, bedarf es mindestens einer Fachkraft pro zwei Kinder. Des Weiteren sollten flexible

Kräfte, wie zum Beispiel studentische Hilfskräfte, zur Verfügung stehen, welche Zeiten mit hoher Belegung oder Belegung mit Kindern, welche einen erhöhten Betreuungsaufwand besitzen, abdecken. Es muss immer wieder möglich sein, einem Kind in einer akuten Krisensituation eine Eins-zu-Eins-Betreuung zu ermöglichen, während vielleicht gerade Eltern vor der Tür stehen und gleichzeitig die ganze Gruppe betreut werden muss. Auch nachts müssen mindestens zwei PädagogInnen im Dienst sein um die Bedürfnisse der Gruppe sowie nächtliche Notaufnahmen abzudecken. Die zeitnahe Besetzung offener Stellen ist zu gewährleisten, um Überstunden und eine erhöhte Belastung des Personals zu vermeiden.

Auch bei der Ausbildung des Personals in Kinderschutzeinrichtungen zeigten sich signifikante Mängel. In einem großen Teil der Einrichtungen übernahmen teilweise sogenannte Ein-Euro-Kräfte, Praktikanten und Kinderpfleger die fachlichen Aufgaben, in 15 Prozent der Einrichtungen arbeitete keine einzige ausgebildete Fachkraft. Psychologen und Therapeuten waren die Ausnahme (vgl. Zitelmann 2010, S.22). Die Inobhutnahme stellt jedoch hohe Ansprüche an Ausbildung und Fachwissen der Mitarbeiter. So muss unter anderem traumaspezifisches, rechtliches und clearingspezifisches Wissen verankert sein, um professionelles Arbeiten abseits von Gefühls- und Bauchentscheidungen zu gewährleisten und auch fachlich zu begründen. Da eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung nur im Schichtdienst möglich ist, bedürfen alle Mitarbeiter entsprechender Kenntnisse. Zitelmann rät hier an: „die Vergütung in diesem Bereich so zu gestalten, dass ein Anreiz für akademische bzw. im Kinderschutz spezialisierte Fachkräfte ... besteht“ (Zitelmann 2010, S. 23). Der geltende TVöD für den Sozial- und Erziehungsdienst sei hierfür ein guter Maßstab (vgl. Zitelmann 2010, S. 23). Häufig besteht, zum Beispiel durch frische Traumatisierungen oder seelisch belastete Eltern ebenfalls ein therapeutischer Bedarf. Vorgänge, wie der Übergang in eine stationäre Hilfe, weg vom elterlichen Haushalt, bedürfen einer professionellen Begleitung der Kinder und auch der Eltern, um den Kindern eine offene Zukunft, abseits von Loyalitätskonflikten und Schuldgefühlen zu ermöglichen. Dementsprechend empfiehlt sich ein multiprofessionelles Team aus ErzieherInnen,

---

SozialpädagogInnen und PsychologInnen oder TherapeutInnen (vgl. Zitelmann 2010, S.22).

Darüber hinaus nötig sind verpflichtende Weiterbildungen und die Förderung von zusätzlichen Fortbildungen der Mitarbeiter zum Beispiel in den Bereichen Gesprächsführung, Beratung, Kindesmisshandlung, Trauma, Deeskalation, Diagnostik, Hilfeplanung, Recht, Partizipation, etc. (vgl. Zitelmann 2010, S.24f). Hierfür ist bezahlte Arbeitszeit einzuräumen sowie im Bedarfsfall eine finanzielle Unterstützung.

## **6. Fazit**

Fachwissen und Methoden zum Thema Trauma und Entwicklungstrauma bei Kindern und Jugendlichen besitzen eine große Relevanz für die pädagogische Arbeit in Kinderschutzeinrichtungen. Die Studie „Psychische Gesundheit von Heimkindern“ von Marc Schmid belegt die hohe Prävalenz von psychischen Störungen in der Kinder und Jugendhilfe. Die Studie „Inobhutnahme und Kinderschutz“ von Maud Zitelmann zeigt erhebliche Missstände im professionellen Umgang mit diesen sowie den dafür notwendigen Organisationsbedingungen. Dadurch erhalten traumatisierte Kinder und Jugendliche zu oft nicht die Hilfe, die sie benötigen. Ihre Symptome werden missverstanden und sie landen in Einrichtungen, welche konzeptionell nicht passen. Im Endeffekt kehren sie wieder in die Inobhutnahmen zurück oder erleiden anderweitige Abbrüche. Komplexe Weiterbildungen des Personals und bessere Organisationsbedingungen sind nötig, um eine professionelle Hilfe zu gewährleisten. Ebenso angebracht ist die Erarbeitung einiger einheitlicher Grundstandards für die Inobhutnahme. Traumazentriertes Fachwissen sowie Pädagogik gehören dazu. Kinderschutz bedeutet neben der Perspektivsuche und Arbeit mit der Herkunftsfamilie auch die Gefährdungen durch Inobhutnahme zu erkennen und Maßnahmen zu erarbeiten um diese zu vermeiden, so dass Schutz und Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen optimal sichergestellt werden können. Die individuelle Abrechnung von Plätzen in der Inobhutnahme birgt aufgrund der flexiblen und unsicheren Belegung

---

Gefährdungen für die Fachlichkeit von Kriseninterventionen, Hilfeplanungen und Aufenthaltsdauern. Eine pauschale Finanzierung, welche Weiterbildungen und angemessene Personalschlüssel gewährleistet, ist für eine professionelle Arbeit im Kinderschutz unabdingbar.

In Anbetracht der wachsenden Bedeutung und Zahlen von Inobhutnahmen bundesweit wäre es wünschenswert und wichtig, weitere Forschungsbeiträge zum Thema Inobhutnahme zu erarbeiten, beispielsweise zu Aufgaben, Konzepten und Organisationsbedingungen in verschiedenen Kinderschutzeinrichtungen. So können Änderungsbedarfe erkannt und Verbesserungen ausgearbeitet werden. Besonders wichtig wären hier Standards zum Umgang mit Trauma während der Inobhutnahme. Des Weiteren interessant sind diverse Clearingverfahren und deren Bedingungen der Kinder- und Jugendnotdienste in Zuarbeit für den Allgemeinen Sozialen Dienst. Es bedarf hier Standards über die Einbeziehung der MitarbeiterInnen der Inobhutnahmeeinrichtungen in die Hilfeplanung sowie zeitliche und organisatorische Rahmenbedingungen in Bezug auf die Anwendung interner und externer diagnostischer Verfahren.

Die Bemühungen von der Kolks, die „Developmental Trauma Disorder“ in den DSM V zu integrieren sind gescheitert. Es bleibt zu hoffen, dass dies in einer zukünftigen Version nachgeholt wird. Zu viele Kinder und Jugendliche erhalten eine Vielzahl an nebeneinanderstehenden Diagnosen, welche sich nicht aufeinander und die eigentlichen Ursachen, durch welche die Symptomatik entstanden ist, beziehen. Die Developmental Trauma Disorder bietet hier eine sinnvolle Diagnose, welche traumatische Entwicklungsbedingungen im frühen Kindesalter, die Besonderheit des sich noch entwickelnden Gehirns und die besondere kindliche Symptomatik vereint. Eine Aufnahme in den DSM und weiterführende Forschungen dazu könnten die dringend notwendige Entwicklung wichtiger spezifischer psychotherapeutischer Behandlungsansätze bei Entwicklungstraumata anstoßen.



## 7. Literaturverzeichnis

- Baierl, M. (2014a): Mit Verständnis statt Missverständnis: Traumatisierung und Traumafolgen. In: Baierl, M. (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S.21-46
- Baierl, M. (2014b): Liebe allein genügt nicht, doch ohne Liebe genügt nichts. In: Baierl, M. (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S.47-55
- Baierl, M. (2014c): Dir werde ich helfen: Konkrete Techniken und Methoden der Traumapädagogik. In: Baierl, M. (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S.80-107
- Bohnstengel, L. (2009): Kinder und Jugendliche mit Traumasymptomatik als Herausforderung für die Inobhutnahme. In: Lewis, G./Riehm, R./Neumann-Witt, A./Bohnstengel, L./Köstler, S./Hensen, G. (Hrsg.): Inobhutnahme konkret. Pädagogische Aspekte der Arbeit in der Inobhutnahme und im Kinder- und Jugendnotdienst. Frankfurt am Main: IGFH-Eigenverlag, S.153-169
- Brötz, M. (2009): Die Inobhutnahme als hoheitliche Aufgabe des Jugendamtes - ein komplexes Aufgabenspektrum für den ASD. In: Lewis, G./Riehm, R./Neumann-Witt, A./Bohnstengel, L./Köstler, S./Hensen, G. (Hrsg.): Inobhutnahme konkret. Pädagogische Aspekte der Arbeit in der Inobhutnahme und im Kinder- und Jugendnotdienst. Frankfurt am Main: IGFH-Eigenverlag, S.125-145
- Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber, 8.Aufl.
- Freigang, W. (2014): Sozialpädagogische (Un-)Möglichkeiten der Inobhutnahme. In: Forum Erziehungshilfen. 20. Jg./Heft 1, S.8-11
- Gahleitner, S./Schleiffer, R. (2012): Schwierige Klientel oder schwierige Helfende? Konsequenzen desorganisierter Bindungsmuster für die psychosoziale Arbeit. In: Gahleitner, S./Hahn, G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2.Aufl. S. 197-213

- Hoffmann, A./Neumann, S. (2015): Konzept der professionellen Sozialpädagogik. URL: <http://www.zentrum-professionelle-sozialpaedagogik.de/lebendiges-buch.php> [Datum der Recherche: 25.06.2015]
- Hüther, G. (2009): Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. Das allgemeine Entwicklungsprinzip. In: Brisch, K.H./Hellbrügge, Th. (Hrsg.): Bindung und Trauma : Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta, 3.Aufl.
- Köhn, B. (2012): Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung. In: Gahleitner, S./Hahn, G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2.Aufl. S. 171-196
- König, N. (2014): Der Tanz auf dem Tisch. In: Baierl, M. (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S.157-170
- Landolt, M. A. (2012): Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen, Diagnostik und Interventionen. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2.Aufl.
- Neumann-Witt, A. (2014): Vielfalt der Organisation von Inobhutnahme. In: Forum Erziehungshilfen. 20. Jg./Heft 1, S.4-7
- Polonis-Khahlil, S./Petri, C. (2014): Clearingprozesse in der Inobhutnahme. In: Forum Erziehungshilfen. 20. Jg./Heft 1, S.12-15
- Schmid, M. (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim und München: Juventa.
- Stork, R. (2007): Kann Heimerziehung demokratisch sein? Eine qualitative Studie zum Partizipationskonzept im Spannungsfeld von Theorie und Praxis. Weinheim und München: Juventa.
- Trenczek, T. (2008): Inobhutnahme. Krisenintervention und Schutzgewährung durch die Jugendhilfe §§ 8a, 42 SGB VIII. Stuttgart: Boorberg, 2.Aufl.
- Tsokos, M./Guddat, S. (2014): Deutschland misshandelt seine Kinder. München: Droemer Verlag.
- Van der Kolk, B.A. (2009a): Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 58, S.572-586

- Van der Kolk, B.A. (2009b): Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V: URL: [http://www.traumacenter.org/announcements/DTD\\_papers\\_Oct\\_09.pdf](http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_papers_Oct_09.pdf) [Datum der Recherche: 23.06.2015]
- Weiß, W. (2009): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim und München: Juventa, 5.Aufl.
- Wieland, S. (Hrsg.) (2014): Dissoziation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Grundlagen, klinische Fälle und Strategien. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wiesling, S. (2014): Körperliche Stabilisation traumatisierter Jugendlicher in der stationären Jugendhilfe. In: Baierl, M. (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S.171-184
- Zitelmann, M. (2010): Inobhutnahme und Kinderschutz. Ergebnisse einer bundesweiten Studie. Frankfurt am Main: IGFH-Eigenverlag.

## 8. Selbstständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, Sarah Otto, Matrikelnummer 19433, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Thema:

### **Die Bedeutung von Trauma für die Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII**

#### **Schlussfolgerungen für den pädagogischen Alltag in Kinderschutzeinrichtungen**

selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel und Quellen als angegeben verwendet habe. Alle Ausführungen, die wörtlich oder inhaltlich aus anderen Schriften entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

