

Clearingstelle Jugendhilfe/Polizei

Jugendliche und junge Erwachsene mit Doppeldiagnosen

- Dokumentation zum Fachtag des Arbeitskreises City-Bahnhöfe im September 2001

Geschäftsbereich
Soziale Räume und Projekte

**CLEARINGSTELLE
JUGENDHILFE/POLIZEI**

Kremmener Straße 9-11
10435 Berlin

Telefon 030.449 01 54
Fax 030.449 01 67

clearingstelle@stiftung-spi.de
www.stiftung-spi.de

■ Vorwort

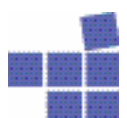
Im Rahmen des Arbeitskreises (AK) City-Bahnhöfe veranstaltete die Clearingstelle Jugendhilfe/Polizei im September 2001 einen Fachtag zum Thema „Jugendliche und junge Menschen mit Doppeldiagnosen“, dessen Verlauf mit dem vorliegenden Reader dokumentiert wird. Jugendliche bzw. junge Menschen mit Doppeldiagnosen stellen eine besondere Zielgruppe der Jugend- und insbesondere der Suchthilfe dar, deren Krankheitsbild hochspezialisierte Interventionen der beteiligten Fachleute erfordert. Das Thema ist für Sozialarbeiter/innen und Polizeibeamte/-innen gleichermaßen von Bedeutung, da in ihrem Arbeitsalltag junge Menschen mit Doppeldiagnosen aufgrund ihrer besonderen psychosozialen Situation und ihres auffälligen Verhaltens eine Rolle spielen (können). Bei den etwa 40 Teilnehmern/innen der Fachveranstaltung handelte es sich größtenteils um Mitarbeiter/innen der am AK City-Bahnhöfe regelmäßig teilnehmenden Polizeidienststellen und sozialen Einrichtungen (insbesondere der Straßensozialarbeit). Sie erhielten vielfältige Informationen über das Krankheitsbild, über medizinisch-therapeutische Umgangsweisen und Einrichtungen sowie über die Verfahrensabläufe und die Vernetzung zwischen beteiligten Einrichtungen bzw. Dienststellen.

Die vorliegende Dokumentation fasst die Referate der beteiligten Referentinnen und Referenten zusammen. Leider konnten aus unterschiedlichen Gründen nicht alle Beiträge abgedruckt werden. Die Zusammenstellung der Beiträge enthält aber als zusätzliche Dokumente eine Kurzdarstellung des Vereins PROWO e.V., zu dessen Klientel unter anderem Jugendliche mit Doppeldiagnosen gehören, eine Liste der Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Land Berlin sowie einen Beitrag der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) zum Thema „Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnosen“, dem wir für die Abdruckgenehmigung in dieser Fachtags-Dokumentation herzlich danken. Im Anhang finden sich neben einer Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Fachtags eine Zusammenstellung der rechtlichen Grundlagen zum Thema sowie eine Übersicht über Berliner Krisennotdienste für Kinder und Jugendliche auf einen Blick, die auch als DIN A 1-Plakat oder als Faltblatt in der Clearingstelle Jugendhilfe/Polizei erhältlich ist.

Wir bedanken uns an dieser Stelle noch einmal herzlich bei den Referentinnen und Referenten Frau Dr. Ledwon-Feuerstein, Frau Hörnicke, Frau Barsch, Frau Dr. Reetz, Herrn Kemnitz, Herrn Dr. Spilimbergo und Herrn Nobiling für ihre engagierten Fachbeiträge während des Fachtages und ihre geduldige Durchsicht und inhaltliche Prüfung der hier abgedruckten Beiträge.

Ein besonderer Dank gebührt Frau Wartenberg und Frau Grimm vom Gesundheitsamt Mitte für ihre Unterstützung bei der inhaltlichen und organisatorischen Vorbereitung des Fachtags, Gabriele Seils und Heidi Müller für die Transkription der Referate sowie Irina Klave als früherer Kollegin der Clearingstelle für die redaktionelle Mitarbeit an dieser Dokumentation und Franziska Quitta für die Hilfe bei der Fertigstellung.

Jürgen Schendel, Konstanze Fritsch
Clearingstelle Jugendhilfe/Polizei
im April 2004



■ Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Zeitplan | 3 |
| Frau Dr. Ledwon – Feuerstein „Doppeldiagnosen – Krankheitsbilder und Verständnis“ | 4 |
| Frau Dr. Reetz und Herr Kemnitz „Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Bezirksamtes“ | 8 |
| Herr Nobiling „Die Möglichkeiten der Drogenkoordination im Jugendamt“ | 10 |
| Abschlussdiskussion: Vernetzung zwischen Drogenhilfe und Jugendhilfe | 12 |
| PROWO e.V. – Kurzdarstellung des Vereins | 20 |
| Anlagen | |
| ▪ Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA): „Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnosen“ | |
| ▪ Rechtliche Grundlagen: §§ 35, 35a KJHG und § 39 BSHG | |
| ▪ Notdienste für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auf einen Blick | |
| ▪ Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie | |
| ▪ Referenten/-innen und Moderatoren/-innen | |
| ▪ Teilnehmer/innen | |
| ▪ Abkürzungsverzeichnis | |



■ **Zeitplan für den Fachtag Doppeldiagnosen**

| | |
|---------------|--|
| 9.00 – 9.10 | Begrüßung |
| 9.10 – 9.40 | Frau Dr. Ledwon – Feuerstein Kinder- und Jugendpsychiaterin, niedergelassene Ärztin |
| 9.40 – 10.10 | Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Mitte Frau Dr. Reetz (Leiterin) und Herr Kemnitz |
| 10.10 – 10.40 | Krankenhaus Reinickendorf, Klinik Wiesengrund Herr Dr. Spilimbergo (Chefarzt Klinik Wiesengrund) |
| 10.40 – 11.10 | Pause |
| 11.10 – 11.40 | Herr Nobiling bis Ende 2000 Drogenkoordinator des Bezirks Mitte, Sozialpädagoge, spezialisiert auf Sucht v.a. im Jugendbereich |
| 11.40 – 12.10 | Ambulanter psychiatrischer Verbund PrenzlKomm Frau Hörnicke , Psychologin; Frau Barsch , Sozialpädagogin |



■ **Dr. Ledwon-Feuerstein (Kinder- und Jugendpsychiaterin in Berlin-Mitte)**
„Doppeldiagnosen – Krankheitsbilder und Verständnis“

Was versteht man unter Doppeldiagnose, wie sehen die Krankheitsbilder aus, die damit in Verbindung stehen? Ich beginne mit der Diagnosenfindung in der Psychiatrie: Es handelt sich in der Regel um ein phänomenologisches Problem, d.h., ausgehend von einem oder mehreren Phänomenen wird beschrieben, was wir sehen. Die Fülle des Beschriebenen wird zu einem Zustandsbild zusammengefasst und einer bestimmten Ursache und Gruppe zugeordnet. Daraus leitet man dann therapeutische Folgen bzw. die Vorgehensweise ab, wie man mit dem Menschen, dem man begegnet, umgeht. In Ihrem Fall heißt es ganz konkret: Müssen wir sofort handeln oder haben wir etwas Zeit in unserem Handeln, können wir abwarten und erst mal sehen, was sich daraus entwickelt?

Offensichtlich sind Sie zunächst mit den Problemen der Sucht in ihren verschiedenen Ausprägungen und Formen konfrontiert. Sie machen sich ein Bild über die Ansprechbarkeit, die Reaktionsfähigkeit des Jugendlichen oder des jungen Erwachsenen, der Ihnen begegnet, über seine körperliche Verfassung und erst dann über seine psychische Verfassung. Sie müssen eventuell entscheiden, ob allein die körperliche Symptomatik das Hinzuziehen ärztlicher Hilfe erforderlich macht. Ob es reicht, einen Notarzt hinzuzuziehen, wenn alleine durch die Drogen, die derjenige konsumiert hat, eine sofortige ärztliche Hilfe erforderlich ist. Aber dann gibt es Menschen, bei denen Ihnen darüber hinaus etwas auffällt, was nicht alleine durch den Konsum von Drogen zu erklären ist. Diese Menschen sind anders in ihrem Auftreten, in der Beziehung und in der Beziehungsaufnahme zu Ihnen bzw. auch in der Beziehung untereinander.

Jugendliche nehmen aus unterschiedlichen Gründen Drogen. Üblicherweise zählen dazu das Ausprobieren und die Selbstbehauptung. Darüber hinaus gibt es eine nicht zu übersehende Gruppe von Jugendlichen, die Drogen im Rahmen von Selbstheilungsversuchen nutzen. Hier haben wir es mit psychischen Störungen zu tun. Diese Störungen werden als so bedrohend oder so verunsichernd erlebt, dass über die Droge versucht wird, eine Stabilisierung zu bewirken – ein Versuch, der nicht endgültig und auch nicht erfolgreich sein kann. Zu dieser Gruppe junger Menschen, bei denen sogenannte „Doppeldiagnosen“ gestellt werden, gehören Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Eine Gruppe von Jugendlichen, die zu dieser Kategorie zählt, fällt unter den Begriff „Borderline-Persönlichkeitsstörung“. Bei Menschen mit dieser schweren Form der Persönlichkeitsstörung ist eine deutliche Beeinträchtigung ihres Selbstkonzepts zu sehen. Je nach Situation gibt es ganz verschiedenartige Formen der Selbstwahrnehmung, was u.a. zu sehr abrupten Reaktionsweisen führen kann. Dabei handelt es sich um stark veränderte, schwer einzuschätzende Reaktionsweisen, die weder kontinuierlich noch als konstantes Auftreten bestimmter Charaktereigenschaften zu deuten sind.

Menschen mit Borderline-Symptomatik haben auch eine sehr eigene Form der Beziehungsanknüpfung und des Beziehungshaltens sowie starker Stimmungsschwankungen. Sie tendieren dazu, Personen, mit denen sie Kontakt haben, als ausschließlich gut oder ausschließlich böse wahrzunehmen. Es gibt einerseits ein ausgesprochen großes, fast grenzenloses Bedürfnis nach Zuwendung. Am besten beschreibt dieses das Wort "Unersättlichkeit". Andererseits treten gleichzeitig oft aggressive Tendenzen auf, die sich sehr nachteilig auf die Beziehungsatmosphäre auswirken können.

Borderlinepatienten/-innen haben viele Ängste, einerseits spezifische, im Sinne von Phobien, aber auch eine Grundangst. Ferner gibt es sogenannte dissoziative Störungen, d.h., dass ein Mensch unbewusst in einen anderen Zustand, in Trance fällt. In diesem Zustand kann man ihn nicht mehr erreichen. Patienten erleben das so, als wären sie eine andere Person oder in einem Traumzustand. Das ähnelt der klassischen Bewusstseinsstörungs-Dissoziation, die auch unter Drogen entstehen kann.



Zu dem Krankheitsbild gehören starke Tendenzen, sich selbst zu verletzen, nicht nur in suizidaler Absicht, sondern auch um sich selbst zu spüren, sich selbst weh zu tun. Diese Formen der Selbstverletzung sind ziemlich verbreitet. Sie werden häufig nicht erkannt, da sich die Verletzungen meistens an Armen und Beinen befinden und von Kleidungsstücken verdeckt werden. Menschen mit diesen Persönlichkeitsstörungen sind häufig depressiv.

Sehr häufig gehören durchschießende aggressive Impulse, die sich nicht nur gegen sich selbst, sondern auch gegen andere richten sowie heftiges Schlagen gegen Steinwände, Beton, um sich eben wieder zu spüren, sich wirklich wieder in Gänze wahrnehmen zu können, dazu.

Weiterhin zählen Essstörungen zum Krankheitsbild, die man sofort daran erkennt, wenn ein Mensch extrem abgemagert ist, aber auch bulimische Symptomatik und Mischformen treten auf.

Ganz klassisch bei dieser Persönlichkeitsstörung ist exzessiver Drogen- und Alkoholkonsum bzw. -sucht. Borderline-Patienten/-innen wollen dadurch die diffusen inneren Spannungen, unter denen sie leiden und die sie auch als sehr quälend erleben, lindern.

Neben den Borderlinern gibt es die schwer traumatisierten Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Mädchen, aber auch Jungen, mit langjährigem schwerem sexuellen Missbrauch und Misshandlungen in der früheren Kindheit. Das Problem bei diesen Menschen ist häufig, dass diese Übergriffe über Jahre scheinbar unentdeckt vonstatten gegangen sind und keine helfende Instanz, also kein Erwachsener eingegriffen hat, so dass sie mit der Problematik alleine geblieben sind. Sie haben das Misstrauen, die Misshandlung so in die Struktur ihrer Persönlichkeit integriert, dass sie sie nicht mehr als fremd bzw. etwas erleben, was mit ihnen getan worden ist. Es wird kein Zusammenhang zwischen den gegenwärtigen Symptomen und den inneren dramatischen Erlebnissen hergestellt. Diese Menschen erscheinen in ihrem Bild ähnlich oder manchmal genau wie Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, haben aber einen ganz anderen Hintergrund und auch andere Fähigkeiten, damit umzugehen. Bei diesen geschilderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden Drogen häufig auch als Versuch einer Selbstheilung zu Rate gezogen, was sekundär zu Suchtverhalten führen kann.

Ich möchte Ernst Federn zitieren, der von 1964 bis in den Beginn der achtziger Jahre psychoanalytische Sozialarbeit auf der Straße gemacht hat. Er hat auf der Straße und in Gefängnissen gearbeitet, nicht nur mit Kriminellen, sondern auch mit Drogenabhängigen. Er sagte: „Die Droge ist für junge Leute oft die Flucht vor der Einsamkeit und/oder vor den Ansprüchen des Erwachsenwerdens. Oft ist die Flucht in die Drogen bei jungen Menschen auch ein Spiel mit dem Tod“. Das drückt sehr genau die Problematik bei Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen und Menschen mit tiefer Traumatisierung aus.

Während meiner Arbeit in der Klinik bin ich regelmäßig mit einem jungen Mädchen konfrontiert worden, das in die Gruppe der schwer traumatisierten Kinder und Jugendlichen gehörte. Sein Suchtverhalten war so, dass die Einnahme von Drogen so weit gegangen ist, um gerade noch Hilfe bekommen zu können. Ein ewiges Spiel mit dem Tod. Irgendwann hatte sie das nicht mehr unter Kontrolle, und sie starb.

Es ist sehr schwer zu erkennen, wann ein junger Mensch wirklich extrem bedroht und dabei ist, sich selbst zu schädigen. Dazu muss man sein Verhalten und die Art beobachten, wie er die Drogen konsumiert, ob er immer wieder bis zu diesem Punkt geht, an dem es gefährlich wird. An diesem Punkt stößt man an die Grenzen. Dann sollte man lieber einmal mehr den Notarzt hinzuziehen, der die erste ärztliche Versorgung gewährleisten kann und unter Umständen damit auch dieses Spiel mit dem Tod nachhaltig unterbricht.

Wann ist Drogenkonsum ein Spiel mit dem Tod? Oder ist es einfach die Art und Weise der Sucht zu gehorchen?



In diesem Zusammenhang will ich ein Beispiel anhand einer extrem traumatisierten jungen Frau skizzieren, die von ihrem zweiten Lebensjahr an sexuell missbraucht und misshandelt wurde, und die es bis zum Jugendlichenalter nicht geschafft hat, sich aus dieser Missbrauchssituation zu lösen. Sie konsumierte regelmäßig Drogen, aber immer noch so, dass sie den Konsum unter Kontrolle hatte. Sie war also keine junge Frau, die auf Trebe ging oder regelmäßig an den Bahnhöfen landete. Sie sagte zu mir: „Ich brauche diese Drogen, um mich von meinen extremen Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen befreien zu können, um mein Leben ertragen zu können“.

Solche schwer traumatisierten Menschen befinden sich manchmal in Zuständen, in denen sie für uns nicht erreichbar sind. Das sind diese dissoziative Zustände, in denen sie abgestumpft wirken, nicht reden können und völlig eingeschlossen sind. Die Schwierigkeit besteht darin, diesen Zustand zu erkennen: Ist der Mensch in diesem Zustand, oder hat er sich einfach durch die Droge in diesen Zustand versetzt? Wenn man über längere Zeit mit dem Menschen zusammentrifft oder etwas über ihn weiß, erkennt man es irgendwann. Wenn man nichts über ihn weiß, erkennt man es nicht immer und wird dann möglicherweise auch nicht immer die richtige Entscheidung treffen können.

Die andere große Gruppe von Patienten/-innen, die zu dem Begriff Doppeldiagnosen gehört, sind Menschen mit Psychosen. Hier besteht wiederum die Schwierigkeit zu differenzieren, welche psychotischen Zustände durch einen Realitätsverlust gekennzeichnet und welche drogenindiziert sind? Und wann ist die Realitätswahrnehmung durch die Drogeneinnahme lediglich verändert?

Eine 17jährige hat mal gesagt: „Psychose was ist das überhaupt? Ich weiß es bis heute nicht. Es hat irgend etwas mit Realitätsverschiebung zu tun. Meine Ängste konnte ich nicht genau definieren, sie haben mich so bedroht, dass ich aus der Realität flüchten musste. Ich lebte teilweise in Filmen oder Büchern, fand mich plötzlich in dem Film „Friedhof der Kuschtiere“ wieder. Ich dachte, ich muss das Gute vor dem Bösen beschützen. Manchmal befürchtete ich auch, alle würden mich hassen. Außerdem hatte ich schreckliche Verfolgungsängste. Inzwischen nähere ich immer mehr der Realität, doch es ist nicht leicht, den Schutz der Scheinwelt aufzugeben und sich der Realität zu stellen.“

Diese Jugendliche fragte sich: „Wird es ohne Medikamente funktionieren?“

Ein Jugendlicher, der an einer Psychose leidet, hat ein Problem mit der Realitätskontrolle. Borderline-Patienten/-innen, egal wie befremdend sie sich gebärden, sind immer in der Lage, die Realität zu kontrollieren. Psychotische Menschen wissen nicht immer, dass sie in dieser Realität sind. Es gibt Auffälligkeiten in ihrem Denken: Verfolgungsideen, Verfolgungswahn, geträumtes Erleben. Als Außenstehender sagt man sich: „Das ist doch nicht mehr die Realität. Spielt da in ihr ein Film oder ist das real für sie?“ Es treten auch formale Denkstörungen auf: extrem schnelles, sprunghaftes Denken, den Faden permanent verlieren, oder ein ganz plötzliches Abreißen der Gedanken – Denkstörungen, die für die Betroffenen selber überhaupt nicht nachvollziehbar sind. Auch erkennen wir Wahrnehmungsstörungen, ganz klassische akustische Halluzinationen. Man erkennt sie eigentlich nur dann, wenn sie besonders ausgeprägt sind, wenn jemand permanent scheinbar in sich selber lebt, nicht mit anderen kommuniziert oder sich die Ohren zuhält oder wegläuft. Manchmal ist es auch die Körpersprache, die uns auffällt, oder bizarre Körperhaltungen, bestimmte Bewegungen. Bei psychotischen Störungen sind auch häufig die Körperfunktionen beeinflusst, so dass ein Mensch im Extremfall in sich verharret, sich kaum bewegt oder aber von einem plötzlichen Bewegungssturm „gepackt“ wird.

Man muss entscheiden, ob diese Symptome nun durch die Drogen selbst ausgelöst oder lediglich überlagert sind. Ein wichtiges Kriterium sind auch die vegetativen Erscheinungen: Wie fasst sich die Haut an? Und wie ist der Bewusstseinszustand? Ist der Mensch extrem



schläfrig und kaum wach zu kriegen, dann kann man davon ausgehen, dass eine sehr hohe Dosis an Drogen eingenommen wurde. In Fällen, wo Sie wirklich unsicher sind, würde ich Ihnen raten, immer einen ärztlichen Rat hinzuziehen. Natürlich sind die Notärzte keine Psychiater, aber sie können schon mal einschätzen, ob eine körperliche Bedrohung da ist und ob derjenige lieber einem Psychiater vorgestellt werden müsste, was dann aber oft nur gegen den Willen des Betroffenen, d.h. mit Hilfe der Polizei, geht.

Zusammenfassend gibt es, in meiner Erfahrung, unter den Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit sogenannten Doppeldiagnosen Menschen, die Drogen als Selbstheilung ansehen. Solange sie unter dem persönlichen Druck der psychischen Störung stehen, aber in einigermaßen geordneten Verhältnissen leben, sind sie theoretisch in der Lage, jemanden wie mich, also eine niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterin, aufzusuchen. Praktisch stellt dies aber meistens für diese Jugendlichen unbewusst eine nicht zu überwindende Schwelle dar. Man muss einen Termin machen, man muss den Termin einhalten, man muss pünktlich da sein. Trotzdem gelingt es manchmal, Jugendliche und junge Erwachsene, die schon Drogen nehmen und eine psychische Störung im Höchststadium aufweisen, entsprechenden Behandlungen zuzuführen. Dann haben wir auch gute Chancen, mit ihnen zu arbeiten. Wenn die Sucht aber ihren (Selbst-)Lauf genommen hat, wenn die Jugendlichen nicht mehr in der Lage sind, sich in die Verlässlichkeit einer therapeutischen Beziehung hineinzugeben, dann sind sie auf Menschen wie Sie angewiesen, die erst einmal auf der Straße oder an anderen Treffpunkten ein Minimum an Nähe und persönlicher Beziehung herstellen und ein mögliches weiteres Vorgehen abklären können. In der Regel sind Behandlungen nötig, die nicht in einer normalen Arztpraxis durchgeführt werden können.



■ **Frau Dr. Reetz / Herr Kemnitz (KJPD vom Bezirksamt Mitte)**
„Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Bezirksamtes“

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst ist generell für Maßnahmen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz und nach dem BSHG zuständig. Wir betreuen Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren.¹

Der Aufgabenbereich des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes umfasst die ärztlich-psychologische Diagnostik von sämtlichen psychischen Störungen. Diese können sich unterschiedlich darstellen, z.B. durch Schule schwänzen, Essstörungen, Ablösungskrisen, Trebegängerei, sozialen Ängsten, mangelnder Gruppenfähigkeit, Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen.² Bei Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren handelt es sich in der Regel um Auffälligkeiten bzw. Entwicklungsverzögerungen, bei älteren Kindern auch um autistische Störungen, Kontakt- und Beziehungsstörungen oder fehlende Integration in die Schule.

Als bezirkliche Einrichtung übernehmen wir auch Aufgaben auf Veranlassung des Amtsarztes. Demzufolge sind wir – im Unterschied zu niedergelassenen Ärzten/innen – für geschlossene Unterbringungen nach BGB bei gravierender Gefährdung der Entwicklung und nach PsychKG bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung zuständig.

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst Mitte ist ausschließlich für den Bezirk Mitte zuständig. Wir haben zwei Standorte im Großbezirk Mitte, die sich auf die jeweiligen Altbezirke aufteilen. Die einzelnen Standorte sind prinzipiell für den ganzen Bezirk zuständig. Soweit möglich ist es jedoch praktikabler, den nächstgelegenen anzurufen.

Unser Team setzt sich aus einer Ärztin, vier Psychologen (auf drei Stellen) und einer Sozialarbeiterin zusammen. In Krisensituationen sind wir Ansprechpartner/innen. Sie können uns anrufen, wenn Sie den Eindruck haben, es wäre wichtig, bei einer Einrichtung im jugendpsychiatrischen Bereich nachzufragen. Je nach Situation verschaffen wir uns aber auch einen Eindruck von dem Patienten/-innen vor Ort. Sollte eine ambulante Hilfsmaßnahme nicht ausreichen, können wir eine Einweisung veranlassen und/oder Rücksprache mit der Klinik halten.

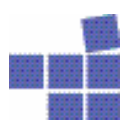
Jugendliche mit Doppeldiagnosen werden meistens direkt in die Klinik und nicht zum Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst gebracht, da ihr Gesundheitszustand sehr oft akut gefährdet ist. Wenn wir mit Kindern und Jugendlichen mit Doppeldiagnosen Kontakt haben, so ist es für uns selbstverständlich, dass wir mit den Drogeneinrichtungen des Bezirkes zusammenarbeiten. Wir beraten dann gemeinsam, wie wir mit diesen Jugendlichen umgehen und welche ambulanten Perspektiven wir für sie entwickeln können. Die Auswahl einer möglichen Unterbringung trifft die Drogenberatung. Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst richtet sein Augenmerk auf die psychischen Zustände der Jugendlichen.

Bei einer Klinikeinweisung würde zunächst die Klinik diese Perspektiventwicklung für die Jugendlichen übernehmen. Doch kann dies auch – wenn nötig – mit uns in Zusammenarbeit laufen. Wir würden es sehr begrüßen, wenn es eine nähere Zusammenarbeit sowohl mit diesen als auch mit den Jugendlichen vor Ort gäbe.

Bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, dass wir gemeinsam mit den Eltern oder den Einrichtungen, in denen die jungen Menschen leben, versuchen, Perspektiven für sie zu entwickeln. Wir überlegen, warum sie in ihre jetzige Situation gekommen sind: Was ist zu Hause passiert? Welche Gründe gibt es dafür, dass sie sich die

¹ Ab 18 Jahren ist der Sozialpsychiatrische Dienst (SPD) zuständig.

² Bei Vernachlässigung oder Misshandlung von Kindern ist zunächst das Jugendamt zuständig.



Schule nicht mehr zutrauen? Von diesen Gründen ausgehend, prüfen wir mit den Einrichtungen des Jugendamtes, wie wir dem Jugendlichen den Weg in den normalen Alltag ebnen können. Dazu gehört, dass wir entweder ambulante Hilfen anbieten, z.B. mit Einwilligung der Eltern Maßnahmen in der Erziehungsberatungsstelle einleiten, Einzeltherapiemaßnahmen für Jugendliche anregen oder überlegen, ob sie besser in Wohngemeinschaften leben sollten. Darüber hinaus versuchen wir, eine Langzeitbetreuung zu gewährleisten.

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst hat dafür Sorge zu tragen, dass der Betroffene die ihm nach dem KJHG zustehende Maßnahme bekommt.

Jugendlichen mit Doppeldiagnosen werden dem § 35a Kinder- und Jugendhilfegesetz zugeordnet. Er nimmt Bezug auf junge Menschen, die behindert oder von Behinderungen bedroht sind oder Krankheiten haben, die zu Behinderungen führen können.

Die Problematik der Doppeldiagnosen tritt meistens in einem Alter ab 18 Jahren auf. Die Betreuung wird dann vom Sozialpsychiatrischen Dienst übernommen. Bezüglich der Anzahl unserer Klienten/-innen mit Doppeldiagnosen ist daher zu bemerken, dass es nicht viele sind: Im letzten Jahr waren es zwei Jugendliche, die eine Psychose hatten und gleichzeitig Drogen nahmen. Allerdings haben wir auch nur die Klienten/-innen in unsere Zählung mit aufgenommen, die eine Psychose hatten, Borderline-Patienten/-innen und solche mit anderen psychischen Erkrankungen haben wir nicht dazu gerechnet.

Ein bekanntes Problem besteht darin, dass nach Beendigung des Klinikaufenthalts oft neue Einrichtungsplätze für die Jugendlichen gefunden werden müssen, da die Plätze in ihren einstigen Einrichtungen meist nicht mehr verfügbar sind. Unseres Wissens nach gibt es in Berlin eine einzige Einrichtung, die Jugendliche mit Doppeldiagnosen aufnimmt, das Projekt *PROWO e.V.*, das eine Kapazität von 12 Plätzen pro Jahr hat. Ich bin der Auffassung, dass das nicht ausreicht. Die von uns betreuten Fälle konnten beispielsweise nicht in Berlin behandelt werden. Es mussten Plätze im Umland gesucht werden. Gemessen an der Verweildauer in einer Einrichtung von zwei Jahren haben wir einen erhöhten Bedarf an entsprechenden Einrichtungsplätzen zu verzeichnen.



■ **Herr Nobiling (Drogenkoordinator Mitte)** **„Die Möglichkeiten der Drogenkoordination im Jugendamt“**

Jugendliche berichten, sie würden selten verständnisvoll behandelt. Ihre Eltern, oft allein erziehende Mütter, reagierten argwöhnisch, überbesorgt, voreingenommen, vorwurfsvoll, überfordert und gleichgültig. Oft haben die Jugendlichen das Gefühl, für alles in der Familie der Sündenbock zu sein. Deshalb findet eine frühe Hinwendung zu anderen Jugendlichen statt, denen es ähnlich geht. Gemeinsames Schule schwänzen, hat oft bereits in der Grundschulzeit begonnen. Mädchen zeigen schon früh Interesse an Kontakten zu älteren Jungen und zu peer groups außerhalb der Schule. Die Jugendlichen suchen ihre Anerkennung in der Freizeit bzw. bei anderen Jugendlichen. Bei zunehmender Außenseiterrolle verstärken sich die bereits bestehenden Konflikte mit den Eltern.

Bei vielen Jugendlichen ist ein starkes Schwanken zwischen dem Wunsch nach Autonomie und gleichzeitiger Nähe zu beobachten. Gleichzeitig haben sie Angst davor, weil sie zu viel Nähe auch nicht aushalten. Bei Misserfolgen rücken nicht Handlungsalternativen in den Blickpunkt, sondern die Wiederholung und Verstärkung bekannter Mechanismen, meistens sind dies Vermeidungsmechanismen. Die favorisierte Selbstdeutung zeigt sie selbst als Opfer widriger Umstände: „Niemand gibt mir noch eine Chance, keiner kann mir helfen. Ich musste ja so werden wie ich bin. Früher wurde ich viel ausgenutzt, jetzt nehme ich auf andere auch keine Rücksicht mehr.“

Es gibt eine Vielfalt von Erklärungsmustern, weshalb ein Jugendlicher so ist und nicht anders. Deshalb gehe ich in der Beratung mittlerweile viel zielorientierter auf Handlungsstrategien ein. Es ist gut zu überprüfen, was der nächste Schritt sein könnte, um eine Situation, die auch er nicht immer nur als glücklich und lustvoll empfindet, zu verändern.

Die soziale Umwelt, vor allem erwachsene Personen oder Institutionen, werden zweckorientiert entweder in Anspruch genommen oder misstrauisch betrachtet. Zwiespältig ist auch die Haltung zu Autorität und Normen. Wenn ich in einem Moment bestätigt bekomme, eine tolle Beratung zu machen, kann sich das im nächsten Moment ins Gegenteil verkehren. Der Gleiche, der eben noch als Helfer und Unterstützer definiert wurde, gilt plötzlich als feindselig. Diese Zwiespältigkeit ist auch in der Haltung gegenüber Gewalt zu beobachten.

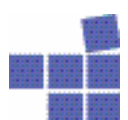
In der Suchtkarriere wird nach dem Kick gesucht, nach Entspannung und Harmonie. Traumatische Übergriffe, Kränkungen und Hilflosigkeit sollen vergessen werden. Wichtig ist aber auch, dass die Jugendlichen nach einem Kontrast zum häuslichen Milieu suchen, unerfüllten Wünschen nachjagen und sich selbst finden wollen. Drogen sollen außerdem den Ausgleich für jegliches Versagen und nicht erreichte Ziele schaffen.

Ich würde gerne jetzt einen Fall vorstellen, weil ich denke, dass das Ganze dadurch ein bisschen plastischer wird:

Es geht um Victoria, die heute 20 Jahre alt ist. Ich habe sie mit 16½ Jahren in der Justizvollzugsanstalt für Frauen kennen gelernt. Dort hatte sie ihre Zelle demoliert und gehofft, dass sie deshalb rausgeschmissen wird und dann in die Freiheit zurück kehren kann. Die Mitarbeiter/innen der Justizvollzugsanstalt haben jedoch das Jugendamt und den Amtsarzt angerufen und mitgeteilt, dass diese Frau in die Psychiatrie müsse. In entspannten Einzelgesprächen sagte sie mir, dass sie nicht in die Klinik, sondern ins Betreute Einzelwohnen wolle. Sie dachte gar nicht daran, sich selbst als krank zu definieren.

In die Klinik „Haus Wiesengrund“ war Victoria vor der Inhaftierung wiederholt in Folge mehrerer Suizidversuche durch Tabletteneinnahme aufgenommen worden. Sie verhielt sich aggressiv. Zunächst wurde eine durch emotionale Instabilität geprägte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, die sich später explizit als eine Borderline-Problematik darstellte.

Die Drogenkarriere, die parallel zur Persönlichkeitsstörung sehr früh eingesetzt hatte, begann im neunten Lebensjahr mit Nikotin. Mit sechzehn rauchte Viktoria bereits ein bis zwei



Schachteln Zigaretten täglich. Mit zwölf Jahren rauchte sie Cannabis und ist dann ein Jahr später zu härteren Drogen wie LSD, Speed und Kokain übergegangen. Mit fünfzehn Jahren hat sie angefangen, Heroin zu rauchen. Im weiteren Verlauf ihrer Drogenkarriere pendelte sie zwischen Betreuungen im Rahmen von Jugendhilfe und Klinikaufenthalten.

Die Herkunftsfamilie bestand aus einer sich ambivalent verhaltenden Mutter und einem Victoria ablehnenden Stiefvater. Der jetzt in einem eigenen Haushalt lebende Stiefvater befindet sich zum heutigen Zeitpunkt selbst in psychiatrischer Behandlung. Darüber hinaus bestand der Verdacht auf sexuellen Missbrauch von Viktoria durch ihn.

Sie selbst hat gesagt, dass sie sich vor diesem Mann ekelte, aber wenn es ihr ganz schlecht ging, dann ging sie zu diesem Mann in die Wohnung, übernachtete dort und ließ sich Geld geben. Davon bezahlte sie ihre drängendsten Schulden.

Aus dieser Situation ergab sich für uns akuter Handlungsbedarf. Deshalb haben wir eine Hilfe eingeleitet, auf die sie sich einlassen konnte und durch die sie für drei Jahre Rückhalt, Geld und ein Notquartier bekommen konnte: Eine Intensivbetreuung nach § 35 KJHG. Sie wünschte sich sehnlichst eine eigene Wohnung. U.a. auch aufgrund negativer Erfahrungen, die sie in einer Wohngemeinschaft gesammelt hatte. Dieser Versuch mit einer eigenen Wohnung war sehr mutig von allen Beteiligten, aber auch wichtig, dass sie ernst genommen wurde und eine Chance bekam. Das Experiment mit der Wohnung hat genau vier Monate gedauert, bis ein „Freund“ die Einrichtung total demolierte.

Dann wollten wir es mit einer Facheinrichtung versuchen, die sich mit Drogentherapien und der Problematik der psychiatrischen Auffälligkeit auskennt. Viktoria ist zu PROWO e.V. gegangen. Es bestand noch Hoffnung auf einen Neuanfang, denn jede Krise birgt die Chance für eine Veränderung. Doch sie rannte weg, und nun ging gar nichts mehr. Inzwischen war sie volljährig geworden.

Ich habe dann einen niedrig schwelligen sozialtherapeutischen Wohnplatz nach § 52 BSHG gefunden. Doch auch dort ist sie wieder raus geflogen.

Dann ist sie wieder in eine Klinik eingeliefert worden, wo sie unter Beruhigungsmittel gesetzt wurde. Das Ganze entwickelt sich zunächst zu einer Drehtürpsychiatrie-Behandlung. Zur Vorbereitung des heutigen Tages habe ich gestern den dortigen Psychologen angerufen. Und stellen Sie sich vor, Viktoria ist jetzt schon seit Monaten freiwillig in einer Entzugsklinik.

Das ist doch ein Erfolgserlebnis, aus dem man schlussfolgern kann, dass manchmal viele Anläufe gebraucht werden, um ein richtiges Angebot für die/den Einzelne/n zu finden. Fazit des Ganzen ist, dass wir in jedem Einzelfall sehr individuelle Lösungen suchen und wiederholte Rückfälle in Kauf nehmen müssen.



■ **Abschlussdiskussion: Vernetzung zwischen Drogenhilfe und Jugendhilfe**

Wolfgang Werner (SUB/WAY berlin e.V.)

Da schwebt noch so eine Bemerkung im Raum, die ich nicht richtig einordnen kann, nämlich dass Doppeldiagnosen erst ab 18 Jahren auftreten. Ich weiß, dass das eher so ein BSHG-Problem ist. In diesem Punkt ist die Frage wichtig, ob es nicht früh genug erkannt wird, weil es außer den Spezialisten/-innen niemanden gibt, der die Doppeldiagnose stellen kann, oder ob es entwicklungsbedingt ist und erst später zutage tritt.

Dr. Reetz

Dazu muss man noch mal differenzieren, was eine Doppeldiagnose ist. Das heißt, es muss eine Persönlichkeitsstörung vorliegen oder eine Psychose. Wenn es eine Persönlichkeitsstörung ist, dann ist es eine Diagnose des Erwachsenenbereiches. Wenn wir jetzt diesen Begriff Doppeldiagnose nehmen, dann hat jemand ein psychisches Problem und eine Drogenproblematik, da ist man da ja nicht so streng in der Diagnose. Und dann kann man sagen, natürlich entwickelt sich das im Laufe der Kindheit.

Bis es richtig zum Ausbruch kommt, sind die Betroffenen meistens schon etwas älter und das hat sich ja hier auch gezeigt: In der Klinik trat das Phänomen Doppeldiagnose öfter auf, weil, wie Herr Dr. Spilimbergo auch sagte, die Leute lange warten, bis es akut ist. Und dann kommen sie nicht in den ambulanten Bereich zu uns, sondern gehen sofort akut über die Polizei oder die Eltern in die Klinik. So entsteht auch eine Diskrepanz zwischen dem ambulanten Bereich und der Klinik in Bezug darauf, wer wo betreut wird. Und wenn die in der Klinik sind, dann gehen sie in die entsprechenden Einrichtungen und kommen nicht zu uns. Diese Diskrepanz entsteht einfach dadurch, dass wir wenig Doppeldiagnosen im Jugendalter haben. Für uns ist es nicht die Klientel, von der man sagen muss, es ist die Masse unserer Jugendlichen.

Dr. Ledwon-Feuerstein

Ich sehe es noch ein kleines bisschen anders: Die Diagnose 'Schwere emotionale Störung' zum Beispiel wird auch schon im Kindesalter oder im frühen Jugendalter getroffen. Kinder, die dann später als Jugendliche oder Erwachsene schwer drogenabhängig werden und mit denen Sie (an das Publikum gerichtet, *Anm. d. Red.*) dann ganz oft zu tun haben, die waren zu einem großen Teil in kinderpsychiatrischer Behandlung oder bei Schulpsychologen/-innen oder in Beratungsstellen. Die haben diese Stationen schon alle durchlaufen, weil sie schon immer in irgendeiner Form auffällig waren. Man hat sich das nicht so vorzustellen, dass bisher alles super lief, dann kam das Ereignis und dann ging's los.

Diese Menschen, die Sie (die Teilnehmer/innen im Publikum, *Anm. d. Red.*) betreuen, sind nicht am Anfang ihrer Karriere, die sind meistens schon mittendrin oder zum Teil am Ende und sie sind *deswegen* nicht bei uns gelandet und beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst oder bei niedergelassenen Ärzten schon gar nicht, weil sie einfach überhaupt nicht mehr können. Sie können einfach diese verbindliche Form von Kontaktaufnahme, Beziehungsaufnahme gar nicht mehr leisten. Eine Störung ist schon da, die nennt man dann nicht Borderline bei den 12/13jährigen, aber man stellt für sich fest, es ist eine schwere emotionale Störung und dann zweigt das ab, und dann kriegen wir nicht mehr so viel mit. Sie landen dann primär in Kliniken. Ich habe früher lange in der Klinik gearbeitet, da war das eben sehr häufig. Das hängt damit zusammen, dass sie so krass und so plötzlich auffällig werden – auf dem Bahnhof oder zu Hause oder sonst wo. Die Auffälligkeiten beginnen sehr frühzeitig und sie sind meines Erachtens auch wahrnehmbar. Und wenn die Vernetzung zwischen Jugendhilfe, Ärzten, Schulen und Eltern *von vornherein* gegeben wäre, dann könnte man an manchen Punkten *präventiv* arbeiten. (Zu Mitarbeiterinnen des Projektes Prenzkomm:) Ich habe voller Freude von Ihrem Projekt gehört und habe festgestellt, dass ich seit eineinhalb Jahren so eine ähnliche Form von aufsuchender Familienhilfe bzw. Familientherapie in Ihrem Stadtbezirk gesucht habe und mir das Jugendamt noch nicht einmal von der Existenz Ihres Projektes berichtet hat. Wenn man dann als niedergelassener



Psychiater, der ja eigentlich Sprechstunden zu leisten hat, herumsuchen muss, um eine geeignete Einrichtung zu finden und dann noch erklären muss, dass die Unterbringung in einer Einrichtung aus fachlicher Sicht geboten ist, ist das ungünstig. Wenn wir über Vernetzung sprechen, müssen wir vor allem über die *präventive* Vernetzung sprechen und dann haben Sie (Publikum) vielleicht nicht mehr ganz soviel Arbeit.

Teilnehmer aus dem Publikum

Ich möchte das unterstreichen. Ich kenne eine Reihe von Klienten/-innen, bei denen eine psychische Störung verbunden mit einer Drogenproblematik vorlag und die irgendwann beim Jugendamt gelandet sind. Dort ist dann aber niemand auf die Idee gekommen ist, das als eine psychische Störung anzusehen und einen entsprechenden Fachdienst einzuschalten. Ich habe in der letzten Zeit häufiger Fälle gehabt, in denen das Jugendamt Jugendlichen an der Schwelle zum Erwachsenwerden Hilfen bereit gestellt hatte und die Jugendlichen dann kurz vor Vollendung des 18. Lebensjahres mit der Bitte um Psychotherapie zu uns kamen – und zwar einzig aus dem Grund, dass nur so die Hilfen durch das Jugendamt fortgesetzt werden können. Erst zu diesem späten Zeitpunkt werden die Jugendlichen bei uns vorstellig. Die zu Grunde liegenden Störungen haben die Jugendlichen aber sicher nicht erst im 18. Lebensjahr entwickelt. Da hätte man sich vorher durchaus kooperativer zeigen können. Mit den Jugendlichen ist in solch einer Situation natürlich nicht mehr vernünftig zu arbeiten, da das Motiv für das Aufsuchen unserer Einrichtung ein äußeres ist.

Dr. Reetz

Es kommt darauf an, wie die Familie mit dem Problem umgeht. Da können weder das Jugendamt noch wir viel tun, wenn wir erkennen, dass die Familie nicht in der Lage ist, irgendetwas umzusetzen. Da haben wir dann auch wenig Möglichkeiten. Also ich denke das liegt einfach im Wesentlichen beim Kind immer daran, welche Möglichkeiten haben die Leute, die für das Kind zuständig sind, nämlich die Erwachsenen. Es hängt von der Tragfähigkeit der Beziehung ab. Und so läuft der Klient von einer Hilfe zur andern. Es ist nicht so, dass die Institutionen immer versagen würden, sondern es geht einfach nicht.

Mitarbeiter von SUB/WAY berlin

Ich bin von SUB/WAY berlin, einem Projekt, das mit Jungen arbeitet, die anschaffen. Wir haben eine Anlaufstelle in Schöneberg. Wir beobachten seit dem letzten Jahr, das immer mehr Jungs sich auf dem Weg in die Psychose bewegen. Das Schwierige ist natürlich, dass die Jungs keine Einsicht in ihre Krankheit haben und dass sie auch keine Hilfe annehmen wollen und nicht der Meinung sind, dass sie Hilfe nötig hätten. Wir wissen oft nicht, wohin wir die Jungs in solchen Situationen schicken sollen. Psychiater sind häufig selbst überfordert mit dem Thema Anschaffen und Homosexualität. Und das sind auch Jungs, die teilweise schon sehr viele Beziehungsbrüche hinter sich haben, sehr, sehr schlechte Erfahrungen gemacht haben. Es ist sehr schwer, sie dann wieder an die Hilfesysteme heranzuführen. Wir können solch einen Jungen nicht quasi unter Zwang in irgendeine Klinik einweisen lassen, denn das ist eine ganz schwierige Situation. Teilweise muss man dann hilflos zugucken, was mit den Jungs passiert. Haben Sie vielleicht eine Idee, was man da machen könnte?

Dr. Reetz

Aus meiner Erfahrung heraus kann ich sagen: Es ist für solche Kinder und Jugendlichen einfach wichtig, im Lauf ihrer Entwicklung einen Erwachsenen zu finden, bei dem sie den Eindruck haben, der fühlt sich für mich verantwortlich, der fühlt sich für mich zuständig. Wenn diese Orientierung nicht da ist, wenn niemand da ist, von dem sie sagen können, auf den kann ich mich immer verlassen, ist die Prognose sehr schlecht. Das ist die Erfahrung, die ich gemacht habe.



Dr. Ledwon-Feuerstein

Es ist im Einzelfall zu entscheiden. Es gibt ein paar Kriterien, die sind einfach so eindeutig, da muss man seine inneren Skrupel – vor einer Zwangseinweisung zum Beispiel – ad acta legen. Das ist der Fall, wenn er sich selbst extrem gefährdet, wenn er andere gefährdet, wenn er in einem körperlichen Zustand ist, den man als Betreuer nicht mehr akzeptieren kann. Man kommt sich schlecht vor, weil man ihn ja seiner Freiheit beraubt oder in sein Leben eingreift. Andererseits ist diese Fähigkeit der Realitätskontrolle nicht mehr existent und dann müssen Sie als jemand, der sehr wohl mit beiden Füßen in der Realität steht, dies übernehmen. Und wenn man viel mit psychotischen Menschen arbeitet, weiß man selber, dass einem manchmal die Fähigkeit der Realitätskontrolle in Ansätzen verloren geht. Und da ist es wichtig, sich selbst auch einmal zu kontrollieren und einfach klar zu entscheiden. Es gibt Patienten/-innen, die sagen: „Ich würde mir ja schon helfen lassen, aber ich habe Angst vor dem und dem und dem.“ Meine Erfahrung ist: Berlin ist ein Riesenmoloch. Es gibt eine Fülle von Ärzten und man sollte für sich einige wenige Ärzte im Hinterkopf haben, von denen man weiß dass sie gut mit jungen Erwachsenen arbeiten können, weniger Berührungsängste haben und sich auf ein gewisses Setting einlassen. Das kann die Hemmschwelle bei dem jungen Menschen zur Annahme der Hilfe ein wenig senken. Ansonsten kann ich das bestätigen, was Frau Reetz sagte: Wenn Sie das Gefühl haben, es ist Gefahr in Verzug und der Klient macht sich jetzt völlig fertig und es gibt keinen Ausweg – dann lieber einmal mehr jemanden hinzurufen, der entscheidet, ob eine Zwangseinweisung nötig ist. Das ist auch für uns Ärzte häufig eine Gratwanderung: Wann wartet man noch ab? Wann muss man dann entscheiden? Es ist immer eine Einzelfallentscheidung, da gibt es keine Gesetzmäßigkeiten.

Mitarbeiter von SUB/WAY berlin

Es wäre eine gute Sache, wenn man jemanden dazurufen könnte – wenn es Leute gäbe, die mobil unterwegs sind, die man dazurufen kann. Aber einen Klienten zu einer Einrichtung hinschicken? Die Jungs halten keine Termine ein, die haben kein regelmäßiges Leben, die leben in den Tag hinein und es ist unheimlich schwer, denen zu sagen: „Du musst jetzt dahin gehen und wenn ich Zeit habe, werde ich dich begleiten“. Da steht man halt fünfmal allein da und beim sechsten mal kommen sie. Da braucht man einen sehr langen Atem. Wenn jemand dazu gerufen werden sollte, wäre das schön. Es ist ja etwas anderes, ob jemand zum Psychiater geht oder ob ein Psychiater vielleicht beim Streetwork mitmacht. Das wäre eine schöne Wunschvorstellung.

Dr. Ledwon-Feuerstein

Das gibt das ambulante Netzwerke in Berlin noch nicht her. es ist einfach noch nicht mit angedacht. Ich weiß jetzt nicht, wie es in anderen Ländern ist, wie es z.B. in Holland ist, die immer etwas innovativer sind. Für Sie ist wichtig, dass Sie im Einzelfall für sich entscheiden müssen, wann Sie die Sache allein verantworten können.

Wolfgang Werner (SUB/WAY berlin)

Können Sie mal ein paar grundlegende Bedingungen für Zwangseinweisungen nennen und wer meine Kooperationspartner/-innen in solch einem Fall wären?

Dr. Ledwon-Feuerstein

Da gibt es ein ganz klares Gesetz, das Gesetz zum Schutze psychisch Kranker, PsychKG abgekürzt. Bei Kindern und Jugendlichen ist es noch ein bisschen anders als bei Erwachsenen. Ich gehe jetzt mal von Erwachsenen aus. Es ist auch grundsätzlich so, dass Amtsärzte, d.h. Vertreter des Sozialpsychiatrischen Dienstes für Erwachsene bzw. der KJPD für Kinder und Jugendliche, Zwangsanweisungen vornehmen können. Ich darf das auch machen, jeder Arzt darf das machen, wenn Gefahr im Verzuge ist, wenn also ein Mensch sich durch sein Handeln so extrem gefährdet, dass sein Leben bedroht ist oder wenn er andere extrem gefährdet. In solch einem Fall darf jeder Arzt und auch die Polizei unter Hinzuziehung eines Arztes – und das kann dann ein ganz normaler Notarzt sein, der einfach



nur den körperlichen Zustand einschätzt – zum Schutze desjenigen eine Zwangsanweisung bis zu 24 Stunden veranlassen. Danach muss in der Klinik ohnehin über diesen Fall über den Richter weiter entschieden werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst und der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst sind ja nicht immer da, sie sind am Wochenende und in der Nacht nicht erreichbar. In Berlin ist es so geregelt, dass die Psychiatrie sektorisiert betreut, d.h. jeder Patient muss in der zuständigen psychiatrischen Klinik aufgenommen werden, wenn ein Arzt oder die Polizei oder beide der Meinung sind, dass das für die nächsten 24 Stunden erforderlich ist. Im Stadtbezirk Mitte ist es meines Erachtens immer noch die alte Charité im erwachsenenpsychiatrischen Bereich, am Ostbahnhof/Friedrichshain ist es jetzt das Urban-Krankenhaus, das hat sich geändert, das war früher Herzberge. Und für den Bahnhof Zoo/Charlottenburg ist es die Psychiatrie in Charlottenburg selber. Wie es bei Kindern und Jugendlichen ist und wie es über den Amtsarzt läuft, das kann meine Kollegin sehr viel besser darlegen.

Dr. Reetz

Das PsychKG fordert, dass eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegen muss. Der Arzt muss feststellen, dass der Patient sich entweder umbringen würde oder mit irgendwelchen Handlungen entweder sich selber sehr gefährden oder andere schädigen würde. Ich möchte mal einen Fall nennen, wo wir das gemacht haben: Die Mutter kommt mit ihrem Sohn, einem Jugendlichen, und sagt: „Der zündelt zu Hause die ganze Zeit, der benutzt Knallkörper und arbeitet damit auf dem Tisch. Es hat überhaupt keinen Sinn, mit ihm zu sprechen. Er ist sowieso seit einem Monat schon in einer Krise. Er ist mir gegenüber aggressiv. Er geht überhaupt nicht mehr nach draußen. Und ich habe ihm nun schon zig Mal gesagt, das mit den Knallkörpern und den Zündern ist absolut gefährlich. Und er sieht das überhaupt nicht ein.“ Wir haben uns dann mit ihm unterhalten und es war tatsächlich so. Er konnte die Gefahr überhaupt nicht mehr erkennen. Er hat einfach gesagt: „Das habe ich voll im Griff und außerdem nerven mich sowieso alle Leute und ich gehe auch nicht mehr nach draußen, weil ich panische Angst vor draußen habe“. Und in die Klinik wollte er natürlich nicht, weil er es überhaupt nicht einsieht, dass das einen Sinn hätte, er würde lieber wieder nach Hause gehen und möchte sich da hinsetzen und Musik hören und kiffen. Und in solchen Situationen entscheidet man dann: Hier ist sowohl dieser Jugendliche als auch die Mutter gefährdet und das sind Gründe für eine Zwangseinweisung. Man muss sozusagen einen Schutz bilden für ihn selbst bzw. für Andere, meistens aber für ihn selbst. Dann muss man schriftlich festhalten, dass eine Zwangseinweisung vorgesehen ist. Man muss einen Vordruck ausfüllen und an die Klinik und auch an das Gericht senden, weil der Richter natürlich letztendlich derjenige ist, der das bestätigen muss. Also wir können nur sagen, dass die Zwangseinweisung aus ärztlicher Sicht notwendig ist, aber sie muss vom Gericht abgesegnet werden.

Dann gibt es natürlich noch eine zweite Sache nach dem BGB, das hat Herr Spilimbergo ja auch schon angesprochen. Das gibt es nur für Kinder und Jugendliche und soweit ich es weiß auch für solche Erwachsene, die sich nicht selbst versorgen können. Aber da kann ich nichts zu sagen, weil ich mich im Erwachsenenbereich nicht auskenne. Es geht dabei um eine langfristige Gefährdung. Wenn einer im Extremfall überhaupt nicht mehr in die Schule geht, nichts für sich tut, sich aber akut nicht umbringen will oder anderweitig schwer schädigen, dann kann man ihn nach dem BGB unterbringen und sagen: Hier liegt eine chronische Gefährdung der Entwicklung vor. Und dann geht von uns ein Schreiben ans Familiengericht, denn die Eltern müssen dieser Sache zustimmen. Die gehen mit dem Schreiben der Befürwortung einer Zwangsunterbringung zum Familiengericht. So ist der Verlauf, wenn es nicht um akute Situationen geht, sondern um chronische Situationen.

Teilnehmer aus dem Publikum

Das heißt, die Eltern müssen das beantragen.



Dr. Reetz

Ja, die Eltern müssen das beantragen. Beim PsychKG ist das nicht der Fall. Da stellt der Arzt eine Gefährdung fest, und was die Eltern dazu denken ist egal. Das sind die zwei Möglichkeiten.

Teilnehmerin aus dem Publikum

Ich arbeite in einer Kriseneinrichtung. Eine Zwangseinweisung ist das absolut letzte Mittel, das man anwenden sollte. Normalerweise würden wir die Klienten dazu bringen zu überlegen freiwillig in die Psychiatrie zu gehen. Das Problem ist aber, wir betreuen nun auch Leute mit Drogenproblematik. D.h., wenn sie sich freiwillig in die Psychiatrie begeben, werden sie, soweit ich das weiß, sofort auf einen kalten Entzug gesetzt. Das ist der Grund, warum die Leute wieder gehen. Meine Frage ist: Gibt es nicht in irgendeiner Weise andere Möglichkeiten, dass Leute substituiert werden? Sie sind bereit dorthin zu gehen, sich behandeln zu lassen, aber sie sind eben auch Drogenabhängige, die einem Druck ausgesetzt sind, und gehen dann wieder auf die Straße zurück – mit ihrer Psychose. Also meine Frage ist: Wissen Sie etwas darüber, wer die Leute nimmt in diesem Zustand oder sie substituiert?

Dr. Ledwon-Feuerstein

Ich weiß nur, dass es in Fachkreisen ziemlich kontrovers diskutiert wird und dass diese erzieherische Wirkung des kalten Entzuges problematisch ist und der kalte Entzug seit einiger Zeit seltener angewendet wird. Doch wo in Berlin das anders bearbeitet wird, das kann ich nicht sagen.

Dieselbe Fragestellerin

Ich glaube, diese Möglichkeiten gibt es in der gesamten Stadt nicht, und das halte ich für eine echte Lücke im System. Denn wenn jemand freiwillig bereit ist zu sagen: „Ich will Hilfe annehmen, ich bin fremdgefährdend und selbst gefährdet, ich sehe es ein, ich brauche einen geschützteren Rahmen.“ – dann zu sagen: „Aber der kalte Entzug muss auch noch sein“, finde ich schlecht.

Dr. Ledwon-Feuerstein

Das kann aber z.B. in solchen Arbeitsgemeinschaften, in denen auch Klinikärzte teilnehmen, diskutiert werden: Dass ein Bedarf besteht, in Einzelfällen zu gucken, ob man das nicht alternativ regeln kann. Wir als ambulant Tätige können eigentlich nur auf das Problem aufmerksam machen in der Hoffnung, dass es in solchen Gremien aufgegriffen wird.

In der Jugendpsychiatrie ist ohnehin immer alles eine Einzelfallentscheidung. Die Jugendpsychiater dürfen ja eigentlich auch nicht bestimmte Medikamente verordnen, weil sie für die Jugendlichen gar nicht explizit zugelassen sind. Hintergrund ist, dass Medikamentenstudien bei Kindern und Jugendlichen aus ethischen Gründen nicht gemacht werden dürfen. Letztendlich müssen wir Jugendpsychiater in manchen Punkten einfach auch eigene Entscheidungen treffen, dazu brauchen wir dann aber immer die Erlaubnis der Erziehungsberechtigten und das wird immer im Einzelfall entschieden. Da wird mit dem Jugendlichen, den Eltern und den behandelnden Ärzten diskutiert. Nur dann kann man manchmal auch etwas unkonventionellere Dinge erreichen. Aber die Jugendpsychiater sind in der Beziehung sehr rigide aus der Vorsicht heraus, etwas falsch machen zu können, weil es eigentlich nicht erlaubt ist.

Teilnehmer aus dem Publikum

Noch mal zu diesem Problemen Zwangseinweisung. Ich arbeite in einer Beratungsstelle für drogen-konsumierende Menschen. Zu uns kommt seit längerer Zeit eine Frau, die nach meinem Dafürhalten stark selbst gefährdet ist. Sie ist in einem völlig desolaten Zustand, läuft barfuß herum, lebt auf der Straße. Und ich bin da ziemlich ratlos. Sie hat eine Betreuerin in Stuttgart, die sagt: „Sie war schon in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen, ist dann



immer wieder rausgegangen.“ Die Betreuerin sagt, die einzige Alternative, die sie noch hätte, wäre eine Zwangseinweisung. Davor schreckt sie aber zurück. Ich rufe also den Sozialpsychiatrischen Dienst an in Tiergarten und die sagen mir: „Na ja, so kalt ist es noch nicht auf der Straße, da friert man nicht draußen, schick die doch zu uns in die Sprechstunde.“ Sie geht da aber nicht hin. Der Sozialpsychiatrische Dienst sagt, dass sie noch keine Sprechstunde haben, der Amtsarzt alleine ist und jetzt nicht kommen kann. Ich solle die Frau zu ihm schicken. Aber die geht da nicht hin, die ist in einem zu desolaten Zustand. Jetzt meine Frage: Wer entscheidet eigentlich, ob die Frau selbst gefährdet ist? Oder reicht es nicht aus, wenn ich sage, nach meinem Dafürhalten ist die Frau hoch gefährdet?

Anderer Teilnehmer aus dem Publikum

Können wir als Sozialarbeiter unter Umständen nicht auch Mittel anwenden, dass diese Leute untergebracht werden. Ich möchte wissen, ob es irgendwelche rechtlichen Mittel gibt, selber einen Antrag zu stellen, wenn der Arzt vom SPD das nicht macht?

Dr. Reetz

Also wie gesagt, ich bin für den SPD absolut nicht zuständig. Ich komme vom KJPD. Sicher ist es eine wichtige Frage, ob man eine Zwangseinweisung macht oder ob man nicht mit anderen Mitteln die Situation bessern kann. Und wie die Kollegen vom SPD das nun handhaben – dazu kann ich wirklich nichts sagen.

Ob es rechtliche Mittel gibt? Sie können natürlich jemanden in der Klinik vorstellen, das ist völlig klar, sie können in der Ambulanz jemanden vorstellen.

Mitarbeiter der KuB

Ich kenne die Diskussion. Und es ist doch interessant: Immer, wenn wir lange genug über dieses Klientel reden, das uns völlig hilflos macht – und Herr Nobiling hat ganz gut geschildert, wie viel Hartnäckigkeit und Frustrationstoleranz im Spiel ist – irgendwann kommen wir immer wieder zu dieser Diskussion der Zwangsunterbringung. Und da möchte ich vor warnen. Jeder kennt solche Fälle, bei denen er sagt: „Der gehört eigentlich zwangsuntergebracht.“ Was bringt es dieser Patientin mit der Betreuerin aus Stuttgart, für drei Wochen untergebracht zu werden. Länger geht es Gott sei Dank nicht.

(...)

Felix von Ploetz (Fixpunkt e.V.)

Ich hatte neulich mit dem SPD Charlottenburg wegen eines Klienten telefoniert. Da wurde deutlich, dass außerhalb der Bürozeiten auch der Krisendienst eine Zwangseinweisung veranlassen kann. Das wird aber auch nur in wirklichen Krisensituationen gewünscht.

Ich habe außerdem noch eine Frage zu Medikamenten. Thema Benzodiazepine: Ich habe es häufig erlebt auf der Szene, dass sich Jugendliche und junge Menschen massiv mit Tabletten versorgen. Gibt es da überhaupt bei der Verschreibung für Jugendliche irgendwelche Grenzen?

Dr. Ledwon-Feuerstein

Ich verschreibe es grundsätzlich nicht, weil es Alternativen gibt, die nicht süchtig machen. Die jungen Leute besorgen sich das auf dem freien Markt genau so wie sie sich andere Substanzen besorgen. Die Verschreibung von Benzodiazepinen ist bei Kinder- und Jugendpsychiatern überhaupt nicht üblich.

Felix von Ploetz

Ich frage das deswegen, weil mir das zum Teil mitgeteilt wurde, dass sie es wirklich verschrieben bekommen haben in einer bestimmten Dosierung.



Dr. Ledwon-Feuerstein

Es gibt wirklich für jedes Medikament, das Benzodiazepine enthält, Alternativen. Es ist aber richtig, dass sie nach wie vor reichlich verschrieben werden in allen möglichen anderen Arztpraxen. Ich weiß nicht, wie es in der Erwachsenenpsychiatrie ist. Sie müssen natürlich auch manchmal eingesetzt werden. Aber bei Jugendlichen ist es eigentlich nicht erforderlich. Die Jugendlichen kommen zum Teil auch ziemlich gut über abhängige Eltern an die Sachen heran, wie ich aus verschiedenen Berichten jugendlicher Patienten/-innen weiß. Wenn zum Beispiel die Mutter das Medikament seit Jahren nimmt, dann wird es hier und dort auch mal von den Jugendlichen konsumiert.

Felix von Ploetz

Und was hat das ihrer Meinung nach für Hintergründe, dass das im Erwachsenenbereich so massiv von Ärzten verschrieben wird? Es gibt natürlich Indikationen, aber gibt es vielleicht auch noch andere Gründe? Denn es handelt sich zum Teil um unglaubliche Mengen!

Dr. Ledwon-Feuerstein

Es wird hauptsächlich bei (*unverständlich, Anm. d. Red.*) -erkrankungen immer noch verordnet und da gibt es meiner Meinung nach auch keine Indikation. Da gibt es auch wirksamere Medikamente. Es wirkt immer rasch, nämlich sofort, und die Leute, die wollen sofort Hilfe. Und je weniger Zeit man für einen Patienten/-innen hat, je häufiger der auch kommt aufgrund seiner Symptomatik, desto schneller will man sich seiner möglicherweise auch entledigen. Und da ist die Verschreibung von Benzodiazepinen ein probates Mittel. Das ist aber nur ein möglicher Grund – ich will das keinem Kollegen pauschal unterstellen. Aber es wirkt sofort, genau so wie Alkohol.

Teilnehmerin aus dem Publikum

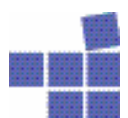
Viele solcher Medikamente werden ja vom Hausarzt verschrieben. Es gibt ja oft Patienten/-innen, die überhaupt nicht von Psychiatern untersucht werden. Die gehen in ihre Hausarztpraxis und nehmen dann von dort die Medikamente mit, einfach weil auch gar nicht die Zeit ist zum Reden. Deswegen wäre es auch besser, wenn solche Patienten/-innen auch in psychiatrische Praxen überwiesen werden, dort mal behandelt werden und mal geguckt wird, was man ihm denn noch anbieten kann. Dafür gibt es ja dann – was die Erwachsenen betrifft – die psychiatrischen Institutsambulanzen. Die gibt es auch für Kinder. Ich komme aus einer psychiatrischen Institutsambulanz in Weißensee. Wir nehmen die chronisch schwierigen Patienten/-innen, um denen auch ein Stück weit ein Zuhause zu geben, Zeit zu haben, um sie besser zu betreuen, damit sie nicht alle so abfallen. Denn der Psychiater draußen hat ja auch nicht so viel Zeit, der hat ja auch einen gewissen Durchlauf an Patienten/-innen. In unserer Institutsambulanz z.B. haben wir doch ein bisschen mehr Zeit, um uns um die Patienten/-innen und ihre ganzen sozialen Belange mehr zu kümmern.

Dr. Ledwon-Feuerstein

Dann möchte ich gern mal stellvertretend für meine Kollegen/-innen hier fragen: Institutsambulanzen sind ja niedrigschwelliger und früher gab es immer die nette Formulierung: „Sie betreuen die nicht-wartezimmerfähigen Patienten“, also diejenigen, die bei einem normalen niedergelassenen Arzt „zu sehr stören“. Wäre denn die Institutsambulanz eine Möglichkeit, dass auch solche Menschen mit Doppeldiagnosen ambulant vorgestellt werden können im Sinne einer langsamen Anbahnung einer möglichen stationären Behandlung – sofern sie zum Beispiel noch den Wunsch haben, dass sich für sie etwas verändert?

Vorherige Teilnehmerin

Wir behandeln ja Patienten/-innen mit Doppeldiagnosen bei uns. Wir haben auch eine Wohngemeinschaft mit Doppeldiagnosen – aber keine Jugendlichen, sondern junge Erwachsene. Ich weiß nicht, wohin Jugendliche vermittelt werden. Wir sind auch ein



aufsuchendes Team. Das heißt, wenn Patienten/-innen aus der stationären Behandlung entlassen werden und sich nicht wieder vorstellen, dann machen wir auch Hausbesuche. Wir holen sie dann auch von zu Hause ab oder betreuen sie dort, damit sie dann nicht wieder abfallen und vielleicht doch wieder stationär aufgenommen werden müssen. Unser ambulantes Team versucht dann, dort hinzufahren, einen Hausbesuch zu machen, um zu gucken, ob es jetzt noch ambulant geht oder auch um zu versuchen, ein tagesklinisches Angebot bei uns zu machen, damit sie nicht gleich wieder in stationäre Behandlung müssen.

Wolfgang Werner (SUB/WAY berlin)

Ich habe noch eine Anregung in Bezug auf den Herrn, der vorhin gesagt hatte, dass wir es uns einfach machen mit der Zwangseinweisung. Dem wollte ich ganz klar widersprechen. Eher machen es sich die „hilflosen Helfer“ einfach, die in vorgeschalteten Institutionen sitzen, sprich: Jugendämter, oder diejenigen, die schlecht ausgebildet sind in bestimmten Bereichen. Die machen es sich sehr einfach, indem sie zusammen mit Eltern ein Komplott gegen Jugendliche machen. Wir kriegen immer wieder mit, dass Stricher allein aus dem Grund heraus, dass sie anschaffen gehen, in die Jugendpsychiatrie gesteckt werden (...) und dass viele Jungs, mit denen wir zu tun haben, eine Geschichte der Zwangseinweisung hinter sich haben. Ich arbeite seit über 13 Jahren in diesem Bereich und musste mich jetzt das erste Mal mit der Tatsache auseinandersetzen, ob es nicht besser wäre für einen Jugendlichen oder jungen Erwachsenen, wenn er zwangseingewiesen wird.

Mitarbeiter der KuB

Ich meine, es ist unsere innere Krankheit: Wenn unsere Hilflosigkeit groß genug ist, fangen wir an über geschlossene Unterbringung nachzudenken. Je nach Tagesform – bin ich der Ansicht – könnten alle nur noch geschlossen untergebracht werden. Na, klar gibt es bei uns Drogenprobleme, aber ich weiß ganz genau, dass es überhaupt kein Weg ist. Ich möchte nicht geschlossen untergebracht werden und ich gönne das niemand Anderem. Es muss *immer* irgendwelche anderen Wege geben.

Dr. Ledwon-Feuerstein

Eine Studentin hat sich bei mir mal bedankt, nachdem ich sie zwangseingewiesen habe.



■ PROWO e.V. – Kurzdarstellung des Vereins

Unsere Einrichtung für Jugendliche wurde im März 2000 im Berliner Bezirk Pankow als Modellprojekt eröffnet. Dabei konnten wir lediglich auf die Erfahrung aus der Behandlung von „Doppeldiagnosen“ im Erwachsenenbereich zurückgreifen. Konzeptionen und Erfahrungen anderer mit diesem jugendlichen Klientel lagen uns nicht vor. Die Schwere des Krankheitsbildes, die relativ hohe Anzahl von Mitarbeitern aufgrund der „Rund-um-Betreuung“, das Abstimmen der Kommunikationsprozesse, die Strukturierung der Arbeit in einem funktionierenden therapeutisch-pädagogischen Setting u.v.m. stellten besondere Hürden beim Aufbau des Projekts dar. Inzwischen hat unser Projekt ein eindeutiges Profil entwickelt, indem den Erfordernissen dieser Jugendlichen Rechnung getragen wird.

Für wen sind wir da?

Für Jugendliche ab 14 Jahren, die Suchtmittel missbrauchen oder abhängig sind und die gleichzeitig starke psychische Probleme oder eine psychische Erkrankung haben. Dies kann bedeuten, eine oder mehrere Psychosen erlebt zu haben, eine Persönlichkeitsstörung auszubilden, unter Depressionen zu leiden, Selbstverletzungen zu kennen, unter Essstörungen und starken Ängsten zu leiden und seinen Alltag nicht bewältigen zu können. Ursächlich wie auch als Folge der Erkrankung sind fast immer Störungen im familiären Umfeld vorhanden.

Was bieten wir an?

Ein Betreuungs- und Behandlungsangebot, in dem durchgehend Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für die Jugendlichen ansprechbar sind. Dieses Angebot findet in einem pädagogisch - therapeutischen Milieu statt, in dem die Jugendlichen zunehmend ihren Handlungsspielraum erweitern können. Gruppen- und Einzeltherapie gehören zum Setting. Freizeit, Sport und die Planung und Durchführung von Projekten werden von den Mitarbeitern mit den Bewohnern gemeinsam gestaltet. Mit jedem Bewohner, Bewohnerin wird erarbeitet, wie Schule und/oder Ausbildung wieder aufgenommen, bzw. weitergeführt und abgeschlossen werden kann. Die Aufenthaltsdauer in unserer Einrichtung wird individuell gestaltet, liegt jedoch in der Regel nicht unter einem Jahr. Beide Wohngruppen werden von jeweils 6 Mitarbeitern betreut. Die Therapeuten verfügen neben ihrer Grundqualifikation über Zusatzausbildungen in psychotherapeutischen Verfahren; die Sozialpädagogen im Haus verfügen ebenfalls über Zusatzqualifikationen und/oder längere Berufspraxis in der Jugend- oder Drogenhilfe oder im psychiatrischen Bereich.

Wie lebt es sich bei uns?

In zwei Wohngruppen leben jeweils 6 Jungen und Mädchen. Die beiden Wohngruppen befinden sich in einer alten Stadtvilla mit Garten. Es gibt 2 Doppel- und 10 Einzelzimmer mit einer Grundausstattung. In Zimmer, Haus und Garten haben die Bewohner weitgehende Gestaltungsmöglichkeiten. Im Tagesablauf sind neben den oben erwähnten Angeboten gemeinsames Einkaufen, Kochen, Hauspflege und Gartenarbeit enthalten. Aufgrund der erheblichen psychischen Probleme haben die Bewohner zu Anfang große Probleme mit der Alltagsbewältigung. Die neuroleptische Medikation und die häufig post-depressive Phase nach psychotischer Entgleisung haben Rückzugstendenzen, Konzentrations- und Antriebsprobleme bei gleichzeitig großem Schlafbedürfnis bei den Jugendlichen zur Folge.

Was brauchen jugendliche Menschen mit Doppeldiagnose in der Therapie?

Die betroffenen Jugendlichen brauchen in der Behandlung ein sowohl als auch. Dies bedeutet, dass einerseits die Auseinandersetzung mit der **Sucht** stattfinden muss – Einhalten von Regeln, Kontaktsperrung, Urinkontrollen, therapeutisch-pädagogische Arbeit mit dem Rückfall, Aufdecken der Rückfalldynamik – und andererseits die Behandlung, die ein „Containment“ für die **psychische Erkrankung** vorsieht – Rückzugsräume, neuroleptische



Behandlung, „Ich“-stützende therapeutische Arbeit, Unterstützung bei der Alltagsbewältigung.

Die jugendlichen Entwicklungsaufgaben – Ablösung vom Elternhaus, Identitätsfindung, geschlechtsspezifische Rolle, schulisch-berufliche Entwicklung etc. können im Anschluss an die erste Stabilisierungs- und Gesundungsphase erfolgen.

Die gesamte Therapiezeit ist formal in Phasen aufgeteilt. Die Jugendlichen durchlaufen sinnbildliche Zeit- und Entwicklungsabschnitte: Probephase – Eingangsphase – Hauptphase – Ablösephase. In diesen Abschnitten werden sie aufsteigend mit wachsender Verantwortung konfrontiert und ihre Möglichkeiten selbstbestimmt zu handeln, erweitern sich sukzessive.

Im pädagogisch-therapeutischen Feld werden die, für die gesunde Entwicklung des Jugendlichen adäquaten unterstützenden wie auch konfrontierenden Interventionen gesucht. D.h. das Leben in unserer Einrichtung ist geprägt vom Ringen um Grenzen, Regeln und Kompromissen zwischen Mitarbeitern und jugendlichen Bewohnern. Dies ist von zentraler Bedeutung, da psychische Krankheit sich immer in einer Mischung aus Regression und Destruktion äußert.

Wie sind ambulante und stationäre Angebote miteinander vernetzt?

Die Zusammenarbeit mit den kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäusern ist als gut anzu-sehen. Schwierigkeiten bestehen manchmal in den kurzen Belegungszeiten der Kliniken, was zu schnellen und manchmal auch zu überstürzten Aufnahmen führt. Die Jugendlichen kommen in einer sehr frühen Phase der (neuroleptischen) Behandlung d.h. medikamentös hoch dosiert zu uns, wo sie noch unter starken Nebenwirkungen zu leiden haben.

Ein weiteres Problem ist die fehlende Entzugsstation für jugendliche Drogenkonsumenten, so dass wir Rückfälle in unserem Haus behandeln müssen. Hierfür haben wir ein Krisenzimmer eingerichtet.

Im Anschluss an unser stationäres Angebot werden die Jugendlichen bzw. mittlerweile jungen Erwachsenen ambulant weiterbetreut. Betreutes Einzelwohnen der Jugend- oder Erwachsenenhilfe im Sucht- mehrheitlich jedoch im psychiatrischen Versorgungsnetz sind häufig geeignete Angebote für unserer Jugendliche. Ein spezialisiertes ambulantes Angebot für Doppeldiagnose-Jugendliche besteht jedoch nicht.

Einige Jugendliche haben unser Therapieprogramm durchlaufen und leben mittlerweile relativ stabil im vorgenannten Betreuungssystem.



■ Anlagen

■ **Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) „Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnosen“**

In der stationären wie ambulanten Psychiatrie hat die Zahl der Patienten mit Doppeldiagnosen stark zugenommen: Patienten, die an einer psychischen Störung und gleichzeitig an substanzgebundenem Suchtverhalten leiden. Diese Patientengruppe wirft in diagnostischer wie therapeutischer Hinsicht besondere Probleme auf, für deren Lösung das bestehende medizinisch-psychiatrische und psychosoziale Versorgungssystem noch unzureichend eingerichtet ist. Die Folgen sind krasse Unterversorgung, wiederholte Kriseninterventionen ohne Nachbehandlung, hohe Rückfallgefährdung und erhöhte Kosten im Gesundheitssystem. Im Folgenden werden diese Probleme kurz beschrieben, ein Überblick zur Epidemiologie und Ätiologie gegeben, diagnostische Schwierigkeiten, therapeutische Zielsetzungen und Interventionen dargelegt.

Unter Doppeldiagnose wird in der Psychiatrie ein Spezialfall von Komorbidität verstanden, der das zeitliche Zusammentreffen eines Missbrauchs bzw. einer Abhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen und einer anderen psychischen Störung (z.B. Schizophrenie, Depression) beschreibt (Evans & Sullivan 1990).

Besondere Probleme bei Doppeldiagnosepatienten

Während in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung das Komorbiditätsproblem keine besonderen diagnostischen oder therapeutischen Schwierigkeiten hervorruft, vermag bis heute die stationäre wie die ambulante Psychiatrie Doppeldiagnose-Patienten ebenso wenig gerecht zu werden wie Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen, die auf Suchtprobleme spezialisiert sind.

Das gegenwärtige Versorgungssystem beschränkt sich in der Regel lediglich auf wiederholte Kriseninterventionen. Doppeldiagnose-Patienten benötigen jedoch für sie zugeschnittene Beratungs-, Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten, die den oftmals chronifizierten Zustandsbildern (z.B. persistierende psychotische Symptome) in Verbindung mit sozialer Entwurzelung (z.B. Arbeits- und Obdachlosigkeit) Rechnung tragen. Ohne spezialisierte Nachfolgeeinrichtung bleibt z.B. der Nutzen einer Krisenintervention in krassem Gegensatz zum personellen und finanziellen Aufwand, der zur akuten Versorgung dieser Patienten zu betreiben ist. Bartels et al. (1993) zeigen, dass Doppeldiagnose-Patienten im Vergleich zu Patienten mit anderen Diagnosen die kostenintensivste Patientengruppe sind. Im klinischen Alltag wirft die Behandlung von Doppeldiagnose-Patienten eine Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Unsicherheiten auf, die nicht zuletzt aus einer Reihe kontraindikativer Forderungen an die Therapieempfehlungen der psychischen Störungen einerseits und der Suchtproblematik andererseits erwachsen. Therapeutische Handlungsanleitungen, die sich für je eine der beiden Erkrankungen als wirksam erwiesen haben (z.B. nieder schwellige Angebote mit medikamentöser Behandlung und supportivem Vorgehen bei Patienten mit Schizophrenie vs. hoch schwellige Angebote mit Konfrontation und ohne Medikamente bei Patienten mit Suchtverhalten) widersprechen sich, so dass je nach Einrichtung und Therapieschwerpunkt die andere Erkrankung kaum adäquat behandelt wird. Dies führt in der Folge zur Akzentuierung der psychischen Störung oder zu suchtmittelbezogenen Rückfällen, auf die nicht selten eine Krisenintervention erfolgt.

Um diese Probleme wissend, sehen sich die meisten Einrichtungen des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems, die sich auf die Behandlung von Abhängigkeits-erkrankungen spezialisiert haben, gezwungen, Patienten mit einer psychiatrischen Begleitdiagnose von der Aufnahme auszuschließen. Umgekehrt versuchen stationäre, teilstationäre und ambulante Betreuungseinrichtungen mit Angeboten für Patienten mit



psychiatrischen Erkrankungen diejenigen abzuweisen, die zusätzlich unter einer Suchtmittelproblematik leiden. Folge ist eine krasse Unterversorgung dieser schwierigen Patientengruppe.

Wie häufig kommen Doppeldiagnosen vor?

Während in Europa keine repräsentativen epidemiologischen Studien zur Häufigkeit von Doppeldiagnosen vorliegen, weisen breit angelegte Untersuchungen in den USA mit Zufallsstichproben der US-amerikanischen Bevölkerung höhere Prävalenzraten von Doppeldiagnosen nach als von anderen psychischen Störungen. Nach Regier et al. (1993) liegt die 1-Jahresprävalenz von Doppeldiagnosen bei 3.3%. Die Rate ist höher als jeweils diejenige von Schizophrenien (1.1%), von bipolaren affektiven Störungen (1.2%), von Angststörungen mit Panikattacken (1.3%) oder von antisozialen Persönlichkeitsstörungen (1.5%). Höher ist dagegen die 1-Jahresprävalenz von ausschließlich substanzgebundenen Suchterkrankungen (9.5%). Bereits 1990 haben Regier et al. in bezug auf die Lebenszeitprävalenz gezeigt, dass von den 22.5% der US-amerikanischen Bevölkerung, die im Laufe ihres Lebens eine psychische Störung als Hauptdiagnose entwickeln, rund ein Drittel zusätzlich an einer substanzgebundenen Sucht erkranken. Umgekehrt liegt die Rate von Doppeldiagnosen bei Alkoholproblemen bei 45% und diejenige bei Drogenproblemen gar bei 72% (Regier et al. 1990).

Unklare Zusammenhänge zwischen Suchtverhalten und psychischer Störung

Mit wenigen Ausnahmen, insbesondere einiger Arbeiten zur drogeninduzierten Psychose, liegt bis heute nur eine beschränkte Anzahl systematischer Studien zu kausalen Zusammenhängen zwischen Suchtmittelproblemen und psychischen Störungen vor. Mueser & Mitarbeiter (1990) haben die vorliegenden Studien zur Ätiologie für Schizophrenie gesichtet: Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis konsumieren im Vergleich zu anderen Patientengruppen eher Halluzinogene, Stimulanzien (vor allem Amphetamine) und Cannabis. Nach McLellan & Mitarbeitern (1985) gehören Benzodiazepine, Barbiturate und Sedativa zu den bevorzugten Substanzen bei Patienten mit affektiven Störungen. Indes gäbe es keine Unterschiede zwischen den Patientengruppen mit psychotischen oder affektiven Störungen in bezug auf Alkohol- und Cannabiskonsum. Keine eindeutigen Zusammenhänge fänden sich zwischen der Art der psychischen Störungen und Opiatabhängigkeit.

Die Unsicherheit in Bezug auf die Ätiologie findet nicht zuletzt ihren Ausdruck in der Liste der z.T. widersprüchlichen Modelle, die den Zusammenhang zwischen Sucht und psychischer Störung beschreiben. Neben der eher unwahrscheinlichen These eines gleichsam "zufälligen" Nebeneinanders der beiden Krankheitsbilder ohne kausale Beziehung oder Wechselwirkung werden folgende Modelle vorgeschlagen (vgl. Moggi et al. 1995):

- Eine primär bestehende psychische Störung erhöht das Risiko für Missbrauchsverhalten. Die psychische Störung ist nicht nur Risikofaktor zur sekundären Abhängigkeitsentwicklung, sie beeinflusst auch den Verlauf, die Symptomatik und die Prognose des Suchtverhaltens negativ.
- Eine primär bestehende Substanzabhängigkeit kann zur Entwicklung einer sekundären psychiatrischen Erkrankung führen. Kriterien zur Differentialdiagnose zwischen substanzinduzierten psychischen Störungen und psychischen Störungen anderer Ursachen werden im neu erschienenen DSM-IV dargestellt.
- Zunehmende Bedeutung gewinnen Interaktionsmodelle, die eine gegenseitige Beeinflussung der beiden Erkrankungen beschreiben. Es wird davon ausgegangen, dass beide psychische Störungen durch einen oder mehrere gemeinsame Faktoren bedingt sind. Im weiteren Krankheitsverlauf kommt es zudem zu Wechselwirkungen zwischen den beiden Störungen, so dass sich ein individuell unterschiedliches, schwer zu diagnostizierendes



Krankheitsbild entwickeln kann. Zusätzliche Plausibilität erhalten diese Modelle durch die Befunde über die Suchtmittleinnahme als Bewältigungsversuch psychischer Störungen (Selbstmedikationsthese). Während bei Personen mit affektiven Störungen die Konsummotivation in der vorübergehenden emotionalen Entlastung durch Barbiturate liegt, wird von Schizophrenen mit der Einnahme von Amphetaminen eine größere Bewusstseinsklarheit oder durch Opiatkonsum eine Reizabschirmung gesucht. Zur Bekämpfung negativer Wirkungen von Neuroleptika werden Psychostimulantien konsumiert.

Heterogenes Krankheitsbild

Diagnostische Abklärungen bei Doppeldiagnose-Patienten zeigen, dass in Lehrbüchern und Klassifikationssystemen auseinandergehaltene psychische Störungen in der Praxis kaum voneinander abzugrenzen sind. In Fachkreisen werden deswegen kontroverse Diskussionen über die Einordnung von Doppeldiagnose-Patienten in gängige Klassifikationssysteme wie dem ICD-10 geführt. Mit dem Vorschlag zur Einführung einer eigenen Störungsklasse für Doppeldiagnosen wird die Forderung verbunden, die wechselseitige Beziehung der verschiedenen psychischen Störungen eigens bei jedem Patienten zu analysieren. Gerade die Analyse von Wechselwirkungen ist kaum ohne individuelle Fallkonzeption zu leisten, weil bis heute keine gesicherten Ergebnisse zur Ätiologie von Doppeldiagnosen vorliegen.

Meist geht der Doppelproblematik eine individuelle und langjährige Entwicklung voraus, die sich anamnestisch im Auftreten von Symptomen mit wechselnder Ausprägung einerseits sowie aus unterschiedlichen Syndromen andererseits manifestiert. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung ist das klinische Bild meist durch das Vorkommen verschiedener Symptome gekennzeichnet, die weder zeitlich stabil noch situationsunabhängig sind. Ein homogenes Syndrom lässt sich selten beschreiben.

Die Heterogenität des klinischen Bildes hat auch für die Therapie Konsequenzen. Am besten schließt man sich hier der in der empirischen Wirkungsforschung von Psychotherapie bestätigten Annahme an, dass ein genaues, individuelles Verständnis der Erkrankung und ein individuell zugeschnittenes therapeutisches Vorgehen erfolgversprechend ist (Grawe 1995).

Individualisierung von therapeutischen Zielsetzungen und Interventionen

Im Allgemeinen wird in der Fachliteratur hervorgehoben, dass Doppeldiagnose-Patienten ein niedriger Zugang zu Behandlungseinrichtungen anzubieten ist. Therapeutische Ziele sind als vorläufig zu definieren und den Erfordernissen wechselnder Psychopathologie sowie den individuellen Ressourcen und Bedürfnissen der Patienten anzupassen. Als Teilerfolg einer Erstbehandlung gilt bereits die Bereitschaft des Patienten, sich in einer weiterführenden stationären, teilstationären oder ambulanten Therapie behandeln zu lassen, um den langwierigen Weg der Rehabilitation einzuschlagen. Den meisten Patienten wird es kaum gelingen, über die erforderliche Dauer einer Therapie abstinent von Suchtmitteln zu bleiben bzw. nach abgeschlossener Therapie über längere Zeit erneute Hospitalisationen zu vermeiden (z.B. wegen psychotischer Entgleisungen oder suchtmittelbezogener Rückfälle). Es sind oft nur langsame und kleinere Fortschritte zu erwarten.

Langfristig ist eher eine Stabilisierung des Zustandsbildes und Schadensbegrenzung als Heilung anzustreben in einem Behandlungszeitraum, der sich über mehrere Jahre hinziehen wird. Ein Schwerpunkt sollte in der Rückfallprävention liegen, die zum Einleiten eines erfolgreichen Rehabilitationsprozesses notwendig ist. Nur unter Berücksichtigung der Doppelproblematik bzw. der Wechselwirkungen zwischen Sucht und psychischer Erkrankung ist es in Anschlusstherapien für den Patienten möglich, zur Stabilisierung seines psychischen Zustandes und damit zu einer Verbesserung seiner körperlichen und seelischen Befindlichkeit zu gelangen.

Handelt es sich z.B. um Patienten mit schizophrener Psychose und substanzgebundenem Suchtverhalten, sind folgende Ziele mit auf das Individuum zugeschnittenen therapeutischen



Interventionen im Rahmen einer stationären Behandlung zu verfolgen (Bachmann, im Druck):

- Maßnahmen zur Stabilisierung der Schizophrenie: Erhöhung von Krankheitseinsicht und Compliance bezüglich der medikamentösen Behandlung, Erwerb von Fähigkeiten zur Früherkennung psychotischer Prozesse, Erwerb von Strategien zur Bewältigung von Rückfallsituationen und Motivierung zu einer weiterführenden Behandlung.
- **Maßnahmen zur Stabilisierung der Abhängigkeitsproblematik:** Erkennen der eigenen Abhängigkeit, Aufbau und Stabilisierung von Abstinenzmotivation, Bewältigung und Verhütung von Rückfällen, Unterstützung eines befriedigenden Lebensstils ohne Suchtmittel.
- **Maßnahmen zur Stabilisierung der Doppelproblematik:** Erkennen und Akzeptieren der Doppelproblematik sowie Erkennen und Verstehen der Zusammenhänge zwischen Suchtproblemen und Schizophrenie.

Bei Doppeldiagnose-Patienten handelt es sich in bezug auf Symptomatik und Ätiologie (s.o.) um eine heterogene Patientengruppe. Es ist deshalb auch verständlich, dass standardisierte Therapieprogramme für sich kaum erfolgversprechend sind, wenn sie nicht der besonderen biologischen, psychischen und sozialen Situation des Individuums Rechnung tragen. Caspar & Grawe (1994) haben herausgearbeitet, dass ein individualisiertes Vorgehen einem standardisierten Vorgehen dann vorzuziehen ist, wenn Störungen heterogen sind, wenn starke funktionale Zusammenhänge und Überschneidungen verschiedener Störungen vorliegen, wenn beziehungsmäßige Bedürfnisse und Fähigkeiten der Patienten sowie ihr Weltbild ein besonders zugeschnittenes Angebot erforderlich machen und wenn systemische oder andere komplizierende Faktoren wie soziale Isolation oder Dauerarbeitslosigkeit einer Veränderung entgegenwirken.

Ein Pilotprojekt zur stationären Behandlung von Doppeldiagnose-Patienten

Aufgrund der krassen Unterversorgung der speziellen Gruppe der Doppeldiagnose-Patienten entstand mit finanzieller Unterstützung für die wissenschaftliche Begleitforschung durch das Schweizerische Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG-Projekt-Nr. 316.92.8012 und Projekt-Nr. 316.936.8065) sowie später durch den Schweizerischen Nationalfonds (SNF-Projekt-Nr. 30-70576.94) im Frühjahr 1993 in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern eine für diese Patienten geeignete Spezialstation mit therapeutischer Ausrichtung. Erste Ergebnisse dieses Pilotprojektes waren ermutigend (vgl. Moggi et al. 1996).

Literaturverzeichnis

- Bachmann, K.M., Moggi, F., Wittig, R., Donati, R., Brodbeck, J., Hirsbrunner, H.P., Brenner, H.D. (*im Druck*): Doppeldiagnose-Patienten (Schizophrenie & Sucht). In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.) Behandlung schizophrener Psychosen. Stuttgart: Enke.
- Bartels, S.J., Teague, G.B., Drake, R.E., Clark, R.E., Bush, P.W., Noordsy, D.L., 1993: Substance abuse in schizophrenia: Service utilization and costs. *J. Nerv. Mental Dis.* 181, 227-232.
- Evans, K., Sullivan, J.M., 1990: Dual diagnosis. counseling the mentally ill substance abuser. New York..
- Caspar, F., Grawe, K., 1994: Was spricht für, was gegen individuelle Fallkonzeptionen? Überlegungen zu einem alten Problem aus einer neuen Perspektive. *Verhaltenstherapie* 4, 186-196.
- Grawe, K., 1995: Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40, 130-145.
- McLellan, A.T., Childress, A.R., Woody, G.E., 1985: Drug Abuse and Psychiatric Disorders. Role of Drug Choice. In: Alterman, A.L. (ed.) *Substance Abuse*, New York, 175-183.



Moggi, F., Hirsbrunner, H.-P., Wittig, R., Donati, R., Brodbeck, J., Bachmann, K.M., 1996: Stationäre Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen. *Verhaltenstherapie* 6, 201-209.

Mueser, K.T., Bellack, A.S. & Blanchard, J.J., 1992: Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: Implications for treatment. *J. Consult. Clin. Psychol.* 60, 845-856.

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rea, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., Goodwin, F.K., 1990: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *J.A.M.A.* 264, 2511-2518.

Regier, D.A., Narrow, W.E., Rea D.S., Manderscheid, R.W., Locke, B.Z., Goodwin, F.K., 1993: The de facto US mental and addictive disorder service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rate of disorders and services. *Arch. Gen. Psychiatry* 264, 85-94.

Franz MOGGI, Dr. phil., Psychologe, Projektleiter, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
Jeannette BRODBECK, lic. phil., Psychologin, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
Ruth DONATI, Dr. phil., Psychologin, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
Hans-Peter HIRSBRUNNER, Dr. phil., Psychologe, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
Kurt M. BACHMANN, Dr. med., Oberarzt, Projektleiter, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Franz Moggi, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60

Zur besseren Lesbarkeit des Textes wird auf die durchgehende Verwendung der weiblichen Formen verzichtet.

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA)

Büro: Avenue Louis-Ruchonnet 14, Lausanne (Schweiz)

Briefpost: ISPA, Case postale 870, 1001 Lausanne

Tel: 021 / 321 29 11 **Fax:** 021 / 321 29 40

Postkonto: 10-261-7

Bank: Banque Cantonale Vaudoise

e-mail: info@sfa-isp.ch **Homepage:** <http://www.sfa-isp.ch>



■ **Rechtliche Grundlagen: §§ 35, 35a KJHG und § 39 BSHG**

§ 35 KJHG

[Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung]

Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung soll Jugendlichen gewährt werden, die einer intensiven Unterstützung zur sozialen Integration und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung bedürfen. Die Hilfe ist in der Regel auf längere Zeit angelegt und soll den individuellen Bedürfnissen des Jugendlichen Rechnung tragen.

§ 35a KJHG

[Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche]

(1) Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, haben Anspruch auf Eingliederungshilfe. Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

1. in ambulanter Form,
2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
3. durch geeignete Pflegepersonen und
4. in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.

Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Maßnahmen richten sich nach folgenden Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes, soweit diese auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.:

1. § 39 Abs.3 und § 40,
2. § 41 Abs.1 bis 3 Satz 2 und Abs.4 mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Vereinbarungen nach § 93 des Bundessozialhilfegesetzes Vereinbarungen nach § 77 dieses Buches treten,
3. die Verordnung nach § 47 des Bundessozialhilfegesetzes.

§39 BSHG – Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

[Personenkreis und Aufgabe]

(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, ist Eingliederungshilfe zu gewähren, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, vor allem nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung kann Eingliederungshilfe gewährt werden.

(2) Von einer Behinderung bedroht im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Dies gilt für Personen, für die Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe nach § 37 erforderlich ist, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung eintreten droht.

(3) Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.



(4) Für die Leistungen zur Teilhabe gelten die Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, soweit sich aus diesem Gesetz und den auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach diesem Gesetz.

(5) Ein Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht nicht, wenn gegenüber einem Rehabilitationsträger nach § 6 Nr. 1 bis 6 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ein Anspruch auf gleiche Leistungen besteht.



■ **Notdienste für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auf einen Blick**

Beratung, Hilfe, Krisenintervention und Notübernachtung

Kindernotdienst (bis 14 Jahre)

Gitschiner Str. 48/49
10969 Berlin
Tel: 61 00 61
tägl. rund um die Uhr

JugendNotDienst Berlin (14 – 18jährige)

Mindener Str. 14
10589 Berlin
Tel: 34 999 34
tägl. rund um die Uhr

**Kinder und Jugendliche
Beratung, Hilfe und Krisenintervention**

Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V.

Juliusstr. 41
12051 Berlin
Mo – Fr: 9.00 – 16 Uhr
und
Freienwalder Str. 20
13055 Berlin
Mo, Do, Fr: 9.00 – 16 Uhr, Mo – Do: 14.00 – 16.00 Uhr
Krisentelefon kostenfrei: 0800/ 111 0 444, täglich 9.00 – 20.00 Uhr

Fallschirm

Sozialpädagogische und therapeutische Hilfestellungen für strafunmündige Mehrfach- und Intensivtäter
Buttmannstr. 9
13357 Berlin
Tel.: 46 60 24 25
tägl. rund um die Uhr

neuhland

Hilfen für suizidgefährdete Kinder und Jugendliche (auch Unterbringung)
Nikolsburger Platz 6
10717 Berlin
Tel.: 873 01 11 (Beratung und Aufnahme)
Mo – Fr: 9 – 18 Uhr
Bereitschaftsnummer für Fachdienste (nur Aufnahme)
Tel.: 873 01 12
Mo – Fr: 18 – 22 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen 9.00 – 22.00 Uhr



**Heranwachsende und junge Erwachsene
Beratung, Hilfe, Krisenunterbringung, Übergangswohnen**

Krisenhaus Manetstraße (ab 18 Jahren)

Manetstr. 83
13053 Berlin
Tel: 986 49 01
tägl. rund um die Uhr

Treberhaus Mitte (18 –25jährige)

Ackerstraße 147
10115 Berlin
Tel.:282 87 75
282 87 73
tägl. rund um die Uhr

Treberhaus Schöneberg (18 – 27jährige)

Kolonnenstraße 10
10827 Berlin
Tel.: 45 80 91 88
45 80 91 88
tägl. rund um die Uhr

Kriseneinrichtung Oranienetage (18 – 29jährige)

Solmsstraße 26
10961 Berlin
Tel.: 6939100
tägl. rund um die Uhr

Mädchen/Frauen

Hilfe und Beratung in allen Krisensituationen und bei Gewalt

BIG e.V. Hotline bei häuslicher Gewalt gegen Frauen

Information, Vermittlung von Schutzunterkünften, Mobile Intervention
PSF 610435
10927 Berlin
Tel.: 611 03 00
tägl. 9 – 24 Uhr

Mädchennotdienst

Anlaufstellen und Krisenwohnungen (auch sofortige Aufnahme)
12 – 18 Jahre, in Ausnahmefällen bis 21 Jahre möglich

EJF

Herzbergstraße 83
10365 Berlin
Tel. 550 519 00
tägl. rund um die Uhr



Wildwasser e.V.

Obentrautstraße 53
10963 Berlin
Tel. 210 039 99
tägl. rund um die Uhr

Papatya

Kriseneinrichtung mit geheimer Adresse für junge Migrantinnen (13 – 21 Jahre) mit besonderem Schutzbedarf
Kontakt über JugendNotDienst Berlin (Tel.: 34 999 34)

LARA

Krisen- und Beratungszentrum für vergewaltigte und sexuell belästigte Frauen
(für sexualisierte Übergriffe nach dem 14. Lebensjahr)
Tempelhofer Ufer 14
10963 Berlin
Tel: 216 88 88
Mo. – Fr. 9.00 – 19.00 Uhr

Olga – Treffpunkt für Frauen

Kontaktladen für drogenabhängige und/oder sich prostituierende Frauen
Betreuung, medizinische Versorgung, Rechtsberatung
Derfflinger Str. 19
10785 Berlin
Tel.: 262 89 59
Mo., Fr. 18.00 – 22.00 Uhr; Die., Do. 14.00 – 22.00 Uhr

Sucht

Beratung (telefonisch und persönlich)

Drogennotdienst

auch Entzug und Therapie sofort
Ansbacher Str. 11
10787 Berlin (Schöneberg)
Tel: 19 237
tägl. rund um die Uhr



Berliner Krisendienst
Regionale Standorte täglich von 16.00 – 24.00 Uhr geöffnet

Region Mitte

Turmstraße. 21
10559 Berlin
(für Wedding, Mitte, Tiergarten, Friedrichshain, Kreuzberg)
Tel: 390 63 – 10

Region West

Horstweg 2
14059 Berlin
(für Charlottenburg und Wilmersdorf)
Tel: 390 63 –20
und
Lynarstraße. 12
13585 Berlin
(für Spandau)
Tel: 390 63 – 30

Region Nord

Mühlenstraße 48
13187 Berlin
(für Prenzlauer Berg, Weißensee, Pankow)
Tel: 390 63 – 40
und
Am Nordgraben 1
(für Reinickendorf)
13509 Berlin
Tel: 390 63 – 50

Region Süd- West

(für Zehlendorf, Steglitz, Schöneberg, Tempelhof)
Albrechtstraße 7-8
12165 Berlin
Tel: 390 63 – 60

Region Ost

Irenenstraße 21a
10317 Berlin
(für Lichtenberg, Hellersdorf, Marzahn)
Tel: 390 63 – 70
und
Manetstraße 83
13053 Berlin
(für Hohenschönhausen)
Tel: 390 63 – 70

Region Süd-Ost

Spreestraße 6
12435 Berlin
(für Treptow und Köpenick)



Tel: 390 63 – 80
und
Karl-Marx-Straße 23
12043 Berlin
(für Neukölln)
Tel: 390 63 – 90

Überregionaler Bereitschaftsdienst für Gesamt-Berlin

nachts von 0 – 8 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen von 8 bis 16 Uhr
persönlich: Turmstraße 21, 10 559 Berlin
und telefonisch unter allen oben genannten Telefonnummern



■ Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie¹

Vivantes Humboldt-Klinikum, Standort Wiesengrund

Frohnauer Straße 74-80

13467 Berlin

CA Herr Dr. Spilimbergo

Sekretariat

Tel.: 4194-3001

Tel.: 4194-3002/03

Fax: 4194-2907/10

zuständig für: Reinickendorf, Pankow, Prenzlauer Berg, Weißensee, Wedding, Tiergarten, Mitte, Kreuzberg-Friedrichshain

Ev. Krankenhaus Königen Elisabeth Herzberge

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Herzbergstraße 79

10365 Berlin

CA Frau Körner-Köbele

Tel.: 5472-3801

zuständig für: Lichtenberg, Hohenschönhausen, Marzahn, Hellersdorf

Vivantes Krankenhaus Hellersdorf, ö.B. Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus

Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Brebacher Weg 15

12683 Berlin

Frau Dr. Hübler

Sekretariat

Tel.: 5680-3701

Tel.: 5680-3700/03

Fax: 5680-3702

zuständig für: Treptow, Köpenick, Neukölln

St.-Joseph-Krankenhaus

Abt. Kinderklinik

Bäumerplan 24

12101 Berlin

OA Herr Hummel

Sekretariat

Tel.: 7882-2871

Tel.: 7882-2859

zuständig für: Schöneberg, Steglitz, Tempelhof, Zehlendorf

DRK-Kliniken Berlin-Westend

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Spandauer Damm 130

14050 Berlin

CA Univ. Prof. Dr. K.-J. Neumärker

OÄ Dr. med. S. Kemmerling

Tel.: 3035-4510

Tel.: 3035-4512

Fax: 3035-4519

zuständig für: Spandau, Charlottenburg, Wilmersdorf

¹ Stand: 03/2003



■ Referenten/innen und Moderatoren/innen¹

| Name | Vorname | Institution | Adresse | Telefon | Fax | e-mail |
|-----------------------|----------|---|---|-----------|---------------|---|
| Barsch | Antje | Psychiatrischer Verbund PRENZL KOMM | Schönhauser Allee 161a, 10435 Berlin | 44023840 | 44023849 | Prenzlkomm@ soziale-einrichtungen.de |
| Hörnicke | Cornelia | Psychiatrischer Verbund PRENZL KOMM | Schönhauser Allee 161a, 10435 Berlin | 44023840 | 44023849 | Prenzlkomm@ soziale-einrichtungen.de |
| Kemnitz | Herr | Bezirksamt Mitte von Berlin KJPD | Karl-Marx-Allee 31, 10178 Berlin | 24703758 | | |
| Ledwon- Feuerstein | Frau Dr. | | Dircksenstr. 47, 10178 Berlin | 2832796 | | |
| Nobiling | Herr | Bezirksamt Mitte von Berlin ASD | Grüntaler Straße 21, 13357 Berlin | 4575-5326 | 4575- 5331 | |
| Reetz | Frau Dr. | Bezirksamt Mitte von Berlin KJPD | Karl-Marx-Allee 31, 10178 Berlin | 24703758 | | |
| Schendel | Jürgen | Stiftung SPI Clearingstelle Jugendhilfe/Polizei | Kremmener Str. 9 – 11, 10435 Berlin | 4490154 | 4490167 | |
| Spilimbergo | Herr Dr. | Klinik Wiesengrund | Frohnauer Str. 74 – 80, 13467 Berlin | 41943001 | | |

¹ Die Adressliste befindet sich auf dem Stand vom 26.09.2001.



■ **Fachtagsteilnehmer/innen 26.09.2001¹**

| Name | Vorname | Institution | Adresse | Telefon | Fax | e-mail |
|------------|-----------|---|--|------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alleweldt | Erika | KLIK e.V. | Kleine Hamburger Str. 2, 10115 Berlin | 28384350 | 28384352 | kontaktladen@yahoo.de |
| Bock | Jürgen | Kindernotdienst | Gitschiner Str. 49, 10969 Berlin | 61 00 61 | 61 00 6228 61 00 6229 | |
| Busteni | Jürgen | CU/BSM – Soziale Dienste | Levetzowstr. 12a, 10555 Berlin | 3904740 | 39047420 | |
| Engler | Maja | Der Polizeipräsident in Berlin LKA 4124 | Keithstr. 30, 10787 Berlin | 699-327 255 | 699-327 280 | |
| Fördermayr | Josef | Bahnhofsmission Berlin Zoo | | 3138088 | 3138088 | |
| Grimm | | Bezirksamt Mitte von Berlin Psychiatriekoordinatorin | Müllerstr. 147, 13441 Berlin | 4575-3068 | 4575-3366 | |
| Häring | C. | Fixpunkt e.V. | Boppstr. 7, 10967 Berlin | 6932260 | 6944111 | Mobilix@ fixpunkt.org |
| Hartwig | Sabine | Weisser Ring e.V. | Augustaplatz 7-8, 12203 Berlin | 8337060 | | |
| Hauschild | Angelika | Bezirksamt Mitte von Berlin KJGD | Stettiner Str., 13357 Berlin | 2009-25368 | | |
| Herbst | Wilma | Kontakt und Beratungsstelle (KuB) | Feurigstr. 8, 10 827 Berlin | 7844045-7 | 7875088 | info@kub-berlin.de |
| Janze | Alexander | Treberhilfe Berlin e.V. | Yorckstr. 53, 10965 Berlin | 2175213-0/- 1 | 2175213-2 | |

¹ Die Adressliste befindet sich auf dem Stand vom 26.09.2001



| Name | Vorname | Institution | Adresse | Telefon | Fax | e-mail |
|------------|------------|--|--|---------------------------------|------------|--------------------|
| Krüger | Kristen | Kriseneinrichtung „Oranienetage“ | Solmsstr. 26, 10961 Berlin | 6939100 | 6923632 | |
| Laudien | Christiane | Treberhilfe Berlin e.V. Chance Nord | Nazarethkirchstr. 49a, 13347 Berlin | 45804459 | 45804461 | |
| Lorenz | Regina | Bezirksamt Mitte von Berlin KJPD | Karl-Marx-Allee 31, 10178 Berlin | 24703758 | | |
| Maas | Anhild | Kontakt und Beratungsstelle (KuB) | Weinbergsweg 23, 10119 Berlin | 7844045-7 | 7875088 | info@kub-berlin.de |
| Maatsch | Birgit | Bezirksamt Charlottenburg- Wilmerdorf „Die Hardenberger“ | Hardenbergstr. 9a, 10623 Berlin | 9029-28906/ 0177- 3862947 | 9029-28907 | |
| Maiwald | Henry | Der Polizeipräsident in Berlin Direktion 4 Abschnitt 41 | Gothaer Str. 19, 10823 Berlin | 4664–56094 | 4664-56088 | |
| Metzger | Reno | Caritas Cafe Große Hamburger | Große Hamburger Str. 18, 10115 Berlin | 2823259 | 2826574 | |
| Mollemeier | Birgit | Kontaktladen STRASS | Yorkstr. 19, 10965 Berlin | 2157833 | 2157858 | |
| Neher | Eva | SUB/WAY berlin e.V. | Nollendorfstr. 31, 10777 Berlin | 2155759 | 21756048 | subway@jungs.de |
| Neumann | M. | Der Polizeipräsident in Berlin Direktion 4 Abschnitt 41 | Gothaer Str. 19, 10823 Berlin | 4664–56094 | 4664-56088 | |



| Name | Vorname | Institution | Adresse | Telefon | Fax | e-mail |
|------------|---------|--|---------------------------------|--------------|-----------|-----------------------------|
| Pipial | Rüdiger | Landesjugendamt | Beuthstr. 6-8, 10117 Berlin | 9026-5322 | 9026-5037 | |
| Piterek | Sybille | Treberhilfe Berlin e.V. Helpline 35 | Mansteinstr. 6, 10783 Berlin | 74767639 | | |
| Rebendanz | Jutta | Karuna Mobil | Pfarrstr. 122, 10317 Berlin | 57796163 | 57796164 | karunamobil@gmx.de |
| Reiners | Helmut | Treberhilfe Berlin e.V. | Yorckstr. 53, 10965 Berlin | 2175213-0/-1 | 2175213-2 | |
| Reumermann | Ute | Caritas-Arztmobil | Levetzowstr. 12a, 10555 Berlin | 39047430 | 39047431 | Caritas-arztmobil@web.de |
| Saalfrank | Renate | Bezirksamt Mitte von Berlin KJPD | Stettiner Str., 13357 Berlin | 2009-25364 | | |
| Schulz | C. | Drogennotdienst | Ansbacher Str. 11, 10787 Berlin | 19237 | 2187033 | Cschulz@drogennotdienst.org |
| Sievers | Heike | Treberhilfe Berlin e.V. | Yorckstr. 53, 10965 Berlin | 2175213-0/-1 | 2175213-2 | |
| Skupin | Sylvia | SUB/WAY berlin e.V. | Nollendorfstr. 31, 10777 Berlin | 2155759 | 21756048 | subway@jungs.de |
| Stemmwedel | Stefan | Karuna Mobil | Pfarrstr. 122, 10317 Berlin | 57796163 | 57796164 | karunamobil@gmx.de |
| Strecker | Gerald | SUB/WAY berlin e.V. | Nollendorfstr. 31, 10777 Berlin | 2155759 | 21756048 | subway@jungs.de |
| Urban | Renate | Drogennotdienst | Ansbacher Str. 11, 10787 Berlin | 19237 | 2187033 | Rurban@drogennotdienst.org |
| Vollprecht | J. | Kontakt und Beratungsstelle (KuB) | Feurigstr. 8, 10 827 Berlin | 7844045-7 | 7875088 | info@kub-berlin.de |



| Name | Vorname | Institution | Adresse | Telefon | Fax | e-mail |
|-------------|----------------|---|-------------------------------------|----------------|------------|----------------------|
| von Ploetz | Felix | Fixpunkt e.V. - Mobilix | Boppstr. 7, 10967 Berlin | 6932260 | 6944111 | Mobilix@fixpunkt.org |
| Wartenberg | Monika | Bezirksamt Mitte von Berlin Gesundheitsamt | Karl-Marx-Allee 31, 10178 Berlin | 24703013 | 24703025 | |
| Weisgerber | Uwe | Kontakt Beratungsstelle (KuB) und | Feurigstr. 8, 10 827 Berlin | 7844045-7 | 7875088 | info@kub-berlin.de |
| Werner | Wolfgang | SUB/WAY berlin e.V. | Nollendorfstr. 31, 10777 Berlin | 2155759 | 21756048 | subway@jungs.de |
| Wirth | Jussuf | Karuna Mobil | Pfarrstr. 122, 10317 Berlin | 57796163 | 57796164 | karunamobil@gmx.de |
| Zarnack | M. | Jugendnotdienst | Mindener Str. 14, 10589 Berlin | 34 999 34 | 34 999 366 | |
| Zedler | Peter | Beratungsstelle | Levetzowstr. 12a, 10555 Berlin | 3904740 | 39047420 | |



■ Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------------|--|
| BEW | Betreutes Einzelwohnen |
| BGB | Bürgerliches Gesetzbuch |
| BSHG | Bundessozialhilfegesetz |
| KJHG | Kinder- und Jugendhilfegesetz (Sozialgesetzbuch VIII) |
| KJPD | Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst |
| KuB | Kontakt- und Beratungsstelle |
| Prenzl.Komm | Name eines Sozialen Trägers in Berlin |
| PROWO e.V. | Name eines Sozialen Trägers in Berlin |
| PsychKG | Gesetz zum Schutze psychisch Kranker |
| SFA | Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme |
| SPD | Sozialpsychiatrischer Dienst |
| SPI | Sozialpädagogisches Institut |



Impressum

April 2004

Herausgeber

Stiftung SPI
Sozialpädagogisches Institut Berlin – Walter May
Rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts, Sitz Berlin.
Anerkannt durch die Senatsverwaltung für Justiz. Sie unterliegt
nach dem Berliner Stiftungsgesetz der Stiftungsaufsicht Berlins.
Der Gerichtsstand der Stiftung ist Berlin.

Verantwortlich im Sinne des Pressegesetzes

Hartmut Brocke, Vorstandsvorsitzender/Direktor
e-Mail: info@stiftung-spi.de

Redaktion

Stiftung SPI
Clearingstelle Jugendhilfe/Polizei
Konstanze Fritsch, Jürgen Schendel
Kremmener Str. 9-11
10435 Berlin
Fon: 030.449 01 54
Fax: 030.449 01 67
e-Mail: clearingstelle@stiftung-spi.de
Gefördert durch die Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin

