

Clearingstelle –
Netzwerke zur Prävention
von Kinder- und
Jugenddelinquenz



INFOBLATT NR. 72

Trauma und Flucht bei
Kindern und Jugendlichen

Erklärungsansätze und
Handlungsempfehlungen

Trauma und Flucht bei Kindern und Jugendlichen

Definitionen und Erklärungsansätze

Patrick Klug

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Zentrum ÜBERLEBEN gGmbH
Ambulante Abteilung für Kinder und Jugendliche
Turmstr. 21, 10559 Berlin

www.ueberleben.org
+49 (30) 30 39 06 670 fon
+49 (30) 30 61 43 71 fax

Einleitung

Traumaaarbeit ist ein weites Feld und eine Projektionsfläche für den Umgang mit vielfältigen Gewalterfahrungen. Die Begriffe, die in diesem Zusammenhang immer wieder auftauchen, sind alles andere als eindeutig. Ein komplexer und andauernder Diskurs spiegelt die Schwierigkeit in der Arbeit mit Opfern massiver Gewalt wider. Die Bedeutung der Frage nach dem Umgang mit Gewalt, ist angesichts der Weltlage evident und verweist auf die Notwendigkeit einer multiperspektivischen Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Erfahrungen und Zugängen im Bereich der Traumaaarbeit. Vor allem die Frage nach einem traumasensiblen Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund beschäftigt Fachleute aber auch Ehrenamtliche. Die Kinder und Jugendlichen kommen nicht selten ohne Familie in Deutschland an und ihr Leben ist bereits von zahlreichen Beziehungsabbrüchen geprägt. Die damit einhergehenden Verhaltensweisen der geflüchteten Kinder und Jugendlichen fordern Begleitpersonen auf besondere Weise heraus.

Der Begriff Trauma

In unserer Gesellschaft werden die Begriffe Trauma, Traumatisierung und Posttraumatische Belastungsstörung oft synonym und häufig auch inflationär gebraucht. Um traumatisierten Kindern und Jugendlichen respekt- und verständnisvoll begegnen zu können, ist es jedoch wichtig, sich differenziert mit diesen Begriffen auseinanderzusetzen. *Trauma* kommt aus dem Griechischen und heißt übersetzt *Wunde/Verletzung* ohne zu konkretisieren, wie und wo jemand verletzt wurde. Lange Zeit war im Bereich der Trauma-Forschung umstritten, ob das Wort das Ereignis, die Auswirkungen, die Symptome oder das innere Leiden meint. Die verschiedenen Definitionen von Trauma setzten daher oftmals unterschiedliche Schwerpunkte.



In der klinischen Arbeit beziehen wir uns auf die festgeschriebenen Kriterien des Internationalen Klassifikationssystems – das ICD-10 (International Classification of Diseases; 10.Revision). Hier wird Trauma als ein **„belastendes Ereignis oder eine Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“** definiert. Weiterführend werden dabei in der Fachliteratur psychische Traumata wie folgt ausdifferenziert:

- **Typ I Trauma** (einmaliges Ereignis) vs. **Typ II Trauma** (wiederholt auftretende bzw. länger anhaltende, teilweise vorhersehbare Ereignisse)
- **Interpersonelle Gewalt** (Menschenverursachte Ereignisse, z. B. Krieg, Folter, Vergewaltigung etc.) vs. **Naturkatastrophen / akzidentelle Ereignisse** (schwerer Unfall, Dürre, Erdbeben, AKW-Unglück etc.).

Folgt man der Definition von Trauma als belastendes Ereignis oder Situation, dann kann dieses – muss es aber nicht zwingend – Traumafolgestörungen auslösen. Ein Verkehrsunfall oder eine Naturkatastrophe können traumatisierend wirken, werden aber häufig besser verarbeitet als menschenverursachte Ereignisse. Schlimme Erfahrungen, die durch Menschen verursacht werden (im schlimmsten Fall von nahestehenden Bezugspersonen), erschüttern in der Regel das Grundvertrauen der Betroffenen in die Welt sowie in andere Menschen, aber auch in sich selbst. Das Erleben, der Umgang damit und die Form der Verarbeitung können dabei von Mensch zu Mensch verschieden sein. Unterschiedliche Faktoren, wie z. B. das soziale Umfeld, das Alter etc. haben einen Einfluss darauf, wie traumatische Erfahrungen verarbeitet und integriert werden können. Bestimmte Aspekte, wie beispielsweise ein gutes soziales Netzwerk oder vorhandene stabile Bindungen, können schützend wirken. Andere wiederum, wie beispielsweise bereits vorhandene Beziehungs- oder Bindungsstörungen aufgrund familiärer Missstände oder ähnlichem, stellen eine zusätzliche Disposition dar. Auch subjektive Bewertungsprozesse, wie zum Beispiel die Entstehung von Schuldgefühlen im Zusammenhang mit dem traumatischen Erlebnis, werden von Merkmalen des Traumas (man-made, komplex, Monotrauma), der Persönlichkeit, Alter etc. des Kindes und seinem Umfeld beeinflusst. All das nimmt Einfluss auf Verarbeitungsprozesse und trägt entscheidend dazu bei, ob sich Traumafolgestörungen herausbilden oder nicht (vgl. Landolt, 2012).



**Traumatisches Ereignis
= Ausnahmezustand für
Körper und Geist**

Sowohl bei Menschen als auch im Tierreich kann beobachtet werden, dass subjektiv empfundene lebensbedrohliche Situationen zu einem extrem hohen Stresserleben führen, bei dem die evolutionär angelegten Überlebensmechanismen aktiviert werden. Diese Mechanismen werden durch einen Stimulus ausgelöst, der unterbewusst und schnell als so gefährlich interpretiert wird, dass eine Reaktion erfolgen muss, die das Überleben sichert. Daher werden die genaue und bewusste Einordnung und Bewertung des Stimulus und dessen Kontext vernachlässigt zugunsten einer schnellen und lebenssichernden Reaktion.

**Was passiert im Gehirn
während einer solchen Extrem-
bzw. Notfallsituation?**

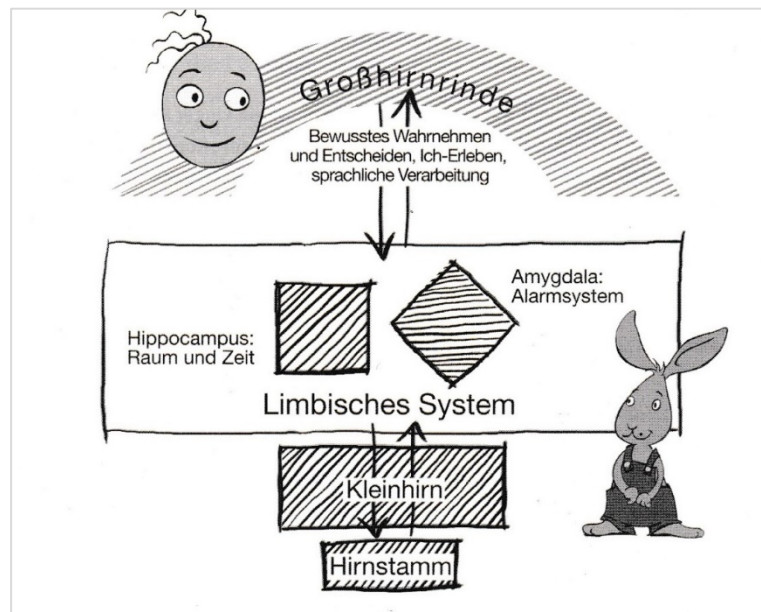
Exemplarisch für zahlreiche andere Modelle, die die neurophysiologischen Abläufe während einer Notfallsituation beschreiben, soll an dieser Stelle ein Einblick in das *Häschen-Denker-Modell* des Traumainstituts „institut berlin“ (<https://institut-berlin.de>) gegeben werden. Dieses Modell erklärt auf einfache und einprägsame Weise, wie Körper und Gehirn in Notfallsituationen funktionieren. Insbesondere in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen tragen diese Erklärungen dazu bei, das eigene, oftmals verunsichernde Erleben von Körper und Emotionen besser zu verstehen. Zur Veranschaulichung greift das Modell auf zwei Figuren – den Denker und das Häschen – zurück. Der Denker symbolisiert dabei die Großhirnrinde, den Teil unseres Gehirns, der entscheidet, kontrolliert, bewertet, nachdenkt, plant und dafür zuständig ist, Erlebnisse in einen Kontext zu verorten. Das Häschen symbolisiert das Säugetier in uns und damit die Teile unseres Gehirns, die für die automatischen und lebenserhaltenden Funktionen zuständig sind: Hirnstamm, Kleinhirn, limbisches System mit Amygdala und Hippocampus. Wenn nichts Bedrohliches geschieht, dann arbeiten die verschiedenen Hirnteile – also auch Denker und Häschen – gut zusammen und Informationen können ausgetauscht, Erfahrungen bewusst verarbeitet und in die Großhirnrinde integriert werden.

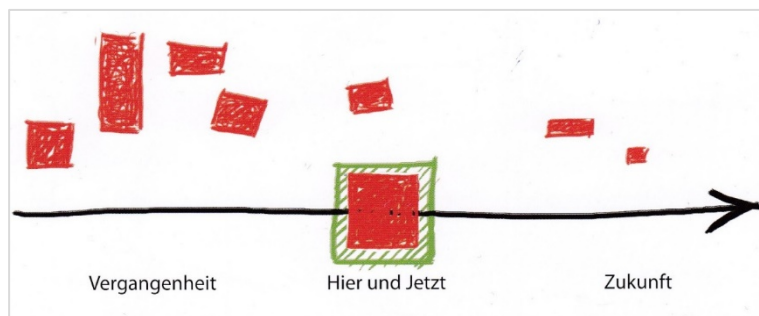
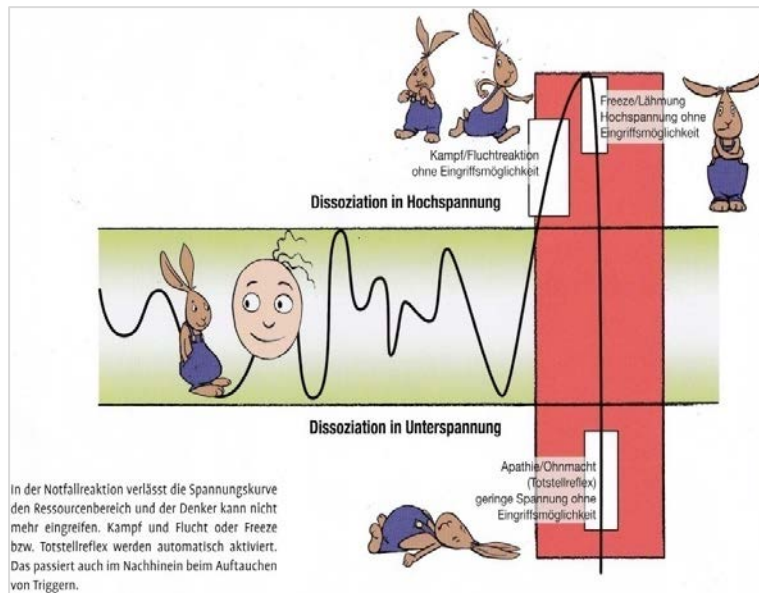
Anders wird es, wenn Gefahr droht: Wenn der Körper extremer Bedrohung oder akuter Gefahr ausgesetzt ist, wird im limbischen System von der Amygdala, also vom Häschen, Alarm ausgelöst. Dies verursacht vielfältige hormonelle Veränderungen und führt dazu, dass sich in kürzester Zeit alle verfügbare Energie in den Muskeln (vor allem in den für Flucht und Kampf zuständigen Körperteilen) sammelt. Auch dafür ist das Häschen zuständig. Der Denker jedoch hört auf zu agieren und die Versorgung der Großhirnrinde, die unter anderem für bewusstes Wahrnehmen und Entscheiden, für Ich-Erleben, für sprachliche Verarbeitung, aber auch für die Einordnung in Raum und Zeit zuständig ist, wird heruntergefahren. Dadurch wird ein



höchstmögliches Energiepotenzial zur Sicherstellung des Überlebens – also für Flucht oder Kampf – garantiert. Gleichzeitig arbeiten jedoch Häschen und Denker nicht mehr zusammen und tauschen keine Informationen mehr aus. Auf die Raum- und Zeitwahrnehmung und damit auch auf die Erinnerung an das bedrohliche Ereignis wirkt sich das insofern aus, als dass der Hippocampus (Teil des limbischen Systems), der dafür zuständig ist, Informationen an die Großhirnrinde weiterzuleiten und einzuordnen, diese Aufgabe nicht wahrnehmen kann. Erlebnisse aus der Notfallsituation können nicht oder nur bruchstückhaft in Raum und Zeit eingeordnet werden. Das Erleben wird vom Denker nicht als biographisch, zeitlich verortete Erinnerung markiert, sondern emotional abgespeichert. Nach der Notfallsituation ist es dadurch oft nicht möglich, diese Erinnerungen bewusst abzurufen. Vielmehr tauchen Erinnerungsfetzen und Gefühle unerwartet und unkontrolliert, jedoch oftmals mit der gleichen Intensität auf, wie sie die Notfallsituation begleitet haben, insbesondere dann, wenn vor dem Erlebnis ähnliche Hinweisreize, sogenannte Trigger, auftreten. Da das Erleben aus der Notfallsituation noch keinen Platz in der verarbeiteten Erinnerung hat und Kontext und Verortung der spezifischen Erinnerung fehlen, ist das Individuum nicht in der Lage, ähnliche Reize zuzuordnen. Es findet möglicherweise erneut eine Notfallreaktion auf eine Situation statt, die eigentlich in der Vergangenheit liegt. Hier sprechen wir von traumatischem Stress (vgl. Hantke/Görges, 2012 sowie Saxe/ Ellis/ Kaplow, 2007).

Das Häschen-Denker-Modell





(vgl. Hantke/Görges, 2012, Illustrationen: Kai Pannen)

Handlungsmöglichkeiten in einer Notfallsituation

Das unvermittelte Auftreten einer erneuten Notfallreaktion sieht für Außenstehende oftmals nach einer nicht nachvollziehbar heftigen Reaktion der Betroffenen auf harmlose Situationen aus. Mit Blick auf Kinder und Jugendliche kann es beispielsweise passieren, dass, während eines Konflikts mit einem Klassenkameraden oder bei einem Tadel durch die Lehrerin oder den Lehrer, das Kind bzw. der oder die Jugendliche scheinbar unangemessen stark emotional reagiert. Das kann unter Umständen damit erklärt werden, dass diese Situation eine *emotional abgespeicherte* Erinnerung an eine vergangene bedrohliche Situation angestoßen und eine Notfallreaktion ausgelöst hat. In diesem Moment ist es dem Kind oder Jugendlichen nicht bewusst, dass eine Reaktion auf Vergangenes plötzlich im Hier und Jetzt



stattfindet. Das bedeutet, dass es den Betroffenen in solch einer Situation oftmals gar nicht klar ist, wo sie sich aktuell befinden und, dass die Situation zwar unangenehm ist, jedoch keine Lebensbedrohung darstellt.

Es geht also darum, Bedingungen zu schaffen, in denen Kinder und Jugendliche die nicht verarbeiteten Erinnerungen und die nicht vom Denker integrierten Erlebnisse einordnen können, ohne, dass das Häschen immer wieder Alarm schlägt und eine Notfallreaktion auslöst. Hierfür müssen die Betroffenen zunächst stabilisiert werden, denn Grundlage für die Integration ist ein ausgeglichener Spannungszustand. Dann können Häschen und Denker miteinander in Kontakt sein, d. h. die verschiedenen Hirnteile wieder gut zusammenarbeiten und nach und nach nicht eingeordnete Erfahrungen der Großhirnrinde zugänglich gemacht und zur verarbeiteten Erinnerung werden. (vgl. Hantke/Görges, 2012).

Traumafolgestörungen

Traumatische Erlebnisse und die damit einhergehenden Folgen u. a. für Raum- und Zeiterleben sowie für die Wahrnehmung, können unterschiedliche Symptome hervorrufen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund, haben wir es häufig mit der sogenannten *Posttraumatischen Belastungsstörung* (PTBS) zu tun. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer PTBS ist bei unbegleiteten Geflüchteten höher als bei begleiteten Kindern und Jugendlichen und hierbei nochmal bei Mädchen höher als bei Jungen (vgl. Eberle-Sejari/Nocon/Rosner, 2015).

Die Gründe hierfür sind komplex und haben mit der Art der Erlebnisse, der Länge des Fluchtwegs, der Art der Flucht, Alter der Kinder, möglichen Schutzfaktoren etc. zu tun. Häufig geht eine PTBS einher mit anderen psychischen Krankheiten oder Auffälligkeiten, wie beispielsweise in Bezug auf das Bindungsverhalten oder mit depressiven Stimmungen oder Auffälligkeiten in der Impulssteuerung. In manchen Fällen spricht man dann von *einer komplexen Traumafolgestörung*, die Symptome miteinschließt, die über die der PTBS hinausgehen.

Allgemein werden im ICD-10 folgende Symptome einer PTBS beschrieben:

- **Flashbacks/Nachhallerinnerungen:** Wiedererinnern des traumatischen Ereignisses, so als würde es in diesem Moment geschehen, ausgelöst durch einen Hinweisreiz, der in Verbindung mit dem Trauma steht. Bsp.: Feuerwerkskörper können an Gewehrschüsse im Krieg erinnern.
- **Vermeidungsverhalten:** Betroffene vermeiden (tatsächliche oder



mögliche) Umstände, die der Belastung ähneln.

- **Erinnerungslücken:** Einzelne Aspekte oder das gesamte traumatische Ereignis sind nicht erinnerbar.
- **Entfremdungsgefühle:** Betroffene haben das Gefühl, „nicht richtig da“ zu sein, Dissoziation.
- **Hyperarousal:** Ein erhöhtes Erregungsniveau, das sich durch Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und/oder das Gefühl, „ständig auf der Hut“ zu sein zeigt.
- **Konzentrationsschwierigkeiten**
- **Negative Grundüberzeugungen, Verlust von Grundvertrauen**
- **Gefühle von Betäubung, innerer Leere, sozialer Rückzug, Verzweiflung, Angst, Panik, Ärger, Besorgnis, Gefühle von Überforderung, Hilflosigkeit**
- **Aggressivität, gedrückte Stimmung, Depression**
- **Anspannung, Herzklopfen, Zittern, Schlafstörungen**
- **Suizidgedanken, Suizidhandlungen** (vgl. Remschmidt/Schmidt/Poustka, 2017)

Die Symptome für PTBS, die im ICD-10 beschrieben werden, wurden ursprünglich für Erwachsene entwickelt und treffen daher vor allem bei jüngeren Kindern häufig nur in Ansätzen zu. Bei Jugendlichen sind die Ähnlichkeiten zum Krankheitsbild bei Erwachsenen größer.

Besonderheiten der Symptomatik bei Kindern

Neben den für Jugendliche und Erwachsene typischen Symptomen können Kinder insbesondere folgende Symptome zeigen:

- Probleme mit der Aufmerksamkeit und dem Gedächtnis
- ungewöhnlich anhängliches, unsicheres und ängstliches Verhalten
- regressives Verhalten, z. B. Einnässen, Einkoten oder Daumenlutschen
- Wiederholte Re-Inszenierung der traumatischen Situation im Spiel
- Inhalte der Erlebnisse werden nicht konkret erinnert
- Alpträume (auch mit Inhalten, die mit dem Trauma an sich nichts zu tun haben) (vgl. BPTK, 2016).



Traumatasensibler Umgang mit Kindern und Jugendlichen – Handlungsempfehlungen

Wie bereits erwähnt, steht Stabilisierung in der Arbeit und im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen an erster Stelle. Es geht darum, Sicherheit zu vermitteln, das „Häschen zu beruhigen“, und die Zusammenarbeit zwischen Denker und Häschen zu fördern, so dass Informationen im Gehirn weitergegeben werden, Verarbeitung möglich wird und die Erfahrungen von Gewalt zu verarbeiteter Erinnerung werden können. Das geschieht unter anderem durch tragfähige Beziehungen, ein stabiles, unterstützendes und wohlwollendes Umfeld sowie durch therapeutische Begleitung in der Auseinandersetzung mit dem Erlebten. Stabilisierung gilt als Grundlage für traumatherapeutisches Arbeiten und nicht selten nimmt gerade dies viel Zeit in Anspruch.

Um geflüchtete Kinder und Jugendliche besser verstehen zu können, ist es neben der Kenntnis über Abläufe auf neurophysiologischer Ebene vor allem wichtig, etwas über ihren Lebensalltag zu wissen. Oftmals fühlen sie sich im Aufnahmeland noch lange nicht in Sicherheit, selbst wenn das Umfeld für Außenstehende Sicherheit zu bieten scheint. In diesen Momenten kommt zuverlässigen Bezugspersonen und Kontinuität in den Beziehungen eine besondere Bedeutung zu. Auch fehlende Rückzugsmöglichkeiten in Gemeinschaftsunterkünften, fehlender Schlaf und oftmals massive räumliche Enge in der Unterbringung tragen dazu bei, dass Kinder und Jugendliche nur wenig Ruhe finden können. Hinzu kommt oft ein anhaltendes Misstrauen und Angst gegenüber Fremden sowie gefürchtete und/oder real erlebte Fremdenfeindlichkeit. Polizei und Behörden werden aufgrund einschneidender Erlebnisse im Heimatland oder auf der Flucht oftmals mit Machtmissbrauch und Übergriffen in Verbindung gebracht und verstärken Misstrauen und Rückzug. Die im Heimatland und auf der Flucht gemachten Erfahrungen und damit einhergehenden antrainierten Verhaltensweisen, die für lange Zeit funktional waren und Schutz boten, werden vom neuen Umfeld häufig misstrauisch beäugt oder missinterpretiert. Fehlende Sprachkenntnisse und die Befürchtung, ausgelacht zu werden, rufen in der Regel bei Kindern und Jugendlichen Verunsicherung und Scham hervor und verhindern oftmals die Begegnung mit Gleichaltrigen im Aufnahmeland. Misstrauen kann dadurch nur schwer abgebaut werden. Zu den ohnehin schon herausfordernden neuen Lebensumständen kommen Sorge und Angst um zurückgelassene Familienmitglieder und die Trauer wegen der Verluste von Angehörigen und der Heimat. Schon bei kleinen Kindern kann häufig ein außergewöhnlich hohes Verantwortungsgefühl beobachtet werden, bei Älteren oftmals verbunden mit dem Glaubenssatz „Ich muss es schaffen hier zu bleiben, damit meine Familie in der Heimat versorgt ist oder nachkommen kann.“ Bei Kindern, die zusammen mit ihren Eltern gekommen sind, ist



wahrzunehmen, dass die Eltern ihre Rolle gerade aufgrund der eigenen Erfahrungen von Flucht und Vertreibung manchmal nicht in der Weise wahrnehmen können, wie es für die Kinder und Jugendlichen notwendig wäre. Fehlende Bezugspersonen, unsicheres und belastendes Umfeld, (auch sexuelle) Übergriffe in den Gemeinschaftsunterkünften, Trauer, Misstrauen etc. führen dazu, dass Kinder und Jugendliche in einem Dauer-Stresszustand leben, so dass sich angehäufte Erlebnisse potenzieren und sich vermeintlich nicht traumatisierend anmutende Ereignisse dennoch zu einem Trauma manifestieren. Mit Blick auf die oben beschriebene Notwendigkeit der Stabilisierung, damit Häschen und Denker, also die unterschiedlichen Gehirnregionen, gut zusammenarbeiten und Erfahrungen in Zeit- und Raumerleben eingearbeitet werden können, wird deutlich, wie wichtig es ist, ganz bewusst Momente der Ruhe und Sicherheit zu schaffen und einen Beitrag zur Stabilisierung zu leisten (vgl. Kracke).

Dies kann auf unterschiedliche Weise geschehen, z. B. indem man

- dem Kind/Jugendlichen das Gefühl vermittelt, in Ordnung zu sein, auch wenn es „komische“ oder nicht sofort nachvollziehbare Verhaltensweisen zeigt, es geht also darum, einen Grund für das Verhalten zu suchen bzw. verstehen zu lernen,
- Kinder/Jugendliche erzählen lässt und ihnen ruhig zuhört, Anteilnahme zeigt (und gleichzeitig nicht nach Details fragt),
- Gelassenheit und Sicherheit ausstrahlt,
- freundlich ist und lächelt,
- emotional berechenbar ist und Ironie vermeidet,
- konsequent und verlässlich ist,
- Hilfe gibt und beruhigt, wenn das Kind oder der Jugendliche Angst zeigt,
- Kontinuität in Bezugspersonen, Räumlichkeiten und Wegen bietet,
- verlässliche Alltagsstrukturen und Regeln aufzeigt,
- das Gefühl von Kontrolle vermittelt und Wahlmöglichkeiten anbietet,
- Erfolgserlebnisse vermittelt, lobt und wertschätzt,
- Sport und Bewegungsangebote schafft (vgl. Kracke).

All das trägt dazu bei, dass sich die Kinder und Jugendlichen stabilisieren und so den Erschütterungen von Gewalt, Vertreibung und Flucht begegnen und auf lange Sicht selbstbestimmt ihr Leben gestalten können.



Literatur

BundesPsychotherapeutenKammer (BPtK) (2016): Ratgeber für Flüchtlingshelfer. Wie kann ich traumatisierten Flüchtlingen helfen? Zuletzt geprüft am 22.04.2020.

https://menschen-wie-wir.de/fileadmin/content/menschen-wie-wir/download/Broschueren/20160513_BPtK_RatgeberFluechtlingshelfer_deutsch.pdf

Eberle-Sejari, R./Nocon, A./Rosner, R. (2015): Zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen bei jungen Flüchtlingen und Binnenvertriebenen mit posttraumatischen Symptomen. Ein systematischer Review. In: Kindheit und Entwicklung. Zuletzt geprüft am 22.04.2020.

<https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1026/0942-5403/a000171>

Hantke, L./Görges, H.-J., (2012): Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Junfermann, Paderborn.

Kracke, B.: Umgang mit traumatisierten Kindern. Refugee Trauma Help. Zuletzt geprüft am 22.04.2020

<https://www.refugee-trauma.help/fileadmin/downloads/pdf/de/refugee-trauma-help-professioneller-umgang-in-der-schule.pdf>

Landolt, M.A./Hensel, T. (Hrsg.) (2012): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Hogrefe Verlag, Bern.

Remschmidt, H./Schmidt, M.H./Poustka, F. (Hrsg.) (2017): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10: Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-V. /., aktualisierte Auflage, Hogrefe Verlag, Bern.

Saxe, G.N./ Ellis, B.H./ Kaplow, J.B. (2007): Collaborative Treatment of Traumatized Children and Teens, First Edition: The Trauma Systems Therapy Approach. Guilford Press, New York.



Impressum

November 2020

Herausgeber

Stiftung SPI

Sozialpädagogisches Institut Berlin »Walter May«

Gemeinnützige 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

Annette Berg, Vorstandsvorsitzende/Direktorin

info@stiftung-spi.de

Redaktion

Stiftung SPI

Clearingstelle – Netzwerke zur Prävention von Kinder- und Jugenddelinquenz

Mauri Paustian, Stefanie Rücknagel, Kerstin Piniek, Andrea Müller, Francisca Fackeldey, Holger Dornberger

Frankfurter Allee 35 – 37

10247 Berlin

+49.0.30 44 90 15 4 fon

+49.0.30 44 90 16 7 fax

clearingstelle@stiftung-spi.de

www.stiftung-spi.de/projekte/clearingstelle

Gefördert durch die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie Berlin

Verfasser

Patrick Klug, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Zentrum ÜBERLEBEN gGmbH, Ambulante Abteilung für Kinder und Jugendliche, Turmstr. 21 10559 Berlin, www.ueberleben.org, +49 (30) 30 39 06 670 fon, +49 (30) 30 61 43 71 fax

Das Infoblatt erscheint mehrmals im Jahr als Lose-Blatt-Sammlung zu Themen aus den Bereichen Recht, Pädagogik, Verwaltungsstrukturen und Polizeiaufgaben. Der in den Infoblättern abgebildete Informationsstand bezieht sich auf das Datum der Herausgabe. Nachträglich bekannt werdende Aktualisierungen können in bereits veröffentlichten Infoblatt-Ausgaben redaktionell nicht berücksichtigt werden.

Die Vervielfältigung unter Angabe der Quelle ist ausdrücklich erwünscht.