

*Sozialpädagogik in kinder- und
jugendpsychiatrischen Einrichtungen*

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Tanja-Tamara ERHART, BA

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Begutachter: Univ.-Prof. Dr. phil. Arno Heimgartner

Graz, 2017

Eidesstaatliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt und die, mit ihr unmittelbar verbundenen, Tätigkeiten selbst erbracht habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle aus gedruckten, ungedruckten Quellen oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und in genauen Quellenangaben gekennzeichnet.

Die während des Arbeitsvorganges gewährte Unterstützung einschließlich signifikanter Betreuungshinweise ist vollständig angegeben.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt.

(Graz, Mai 2017)

(Unterschrift)

Mein herzlicher Dank gilt ...

... Herrn Univ.-Prof. Dr. phil. Arno Heimgartner, der immer mit motivierenden und stärkenden Worten meinen Prozess begleitet und betreut hat und mir stets unterstützend zur Seite stand.

... meinen Eltern, die mich in meinem Weg immer unterstützt und gefördert haben und mich bedingungslos begleitet haben. Danke für eure unglaublich stärkende Wärme, aufbauenden Worte, eure tagtägliche Geduld und dass ihr immer an mich glaubt, auch wenn ich es selbst nicht tue.

... gilt meinen besten Freunden und meinem Partner, die mich allesamt in all meinen Stimmungs- und Motivationsschwankungen erlebten, mich dennoch immer erneut motivierten und immer unterstützend an meiner Seite gestanden sind.

Besonders hervorzuheben sind Stefanie und Stefan, die sich zusätzlich den Aufwand und der Herausforderung des Korrekturlesens angenommen haben.

... unter anderem auch meinen Studienkolleginnen, die mich nie vergessen ließen auch zu entspannen und die während der gesamten Studienzeit zu guten Freunden wurden.

...last but not least, den befragten Sozialpädagoginnen, die sich bereit erklärten mir ihre zeitlichen Ressourcen zur Verfügung zu stellen und durch ihr Wissen und ihre Professionalität einen erheblichen Beitrag zu vorliegender Arbeit leisteten.

VIELEN DANK!

Kurzfassung

Vorliegende Masterarbeit setzt sich mit kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen auseinander und welchen Beitrag dabei die Sozialpädagogik leisten kann. Ziel der Forschungsarbeit ist, herauszufiltern welche Methoden benötigt werden, um Ressourcen von Kindern und Jugendlichen zu aktivieren, fördern und nachhaltig zu begünstigen. Im Verlauf wird auch der Vernetzungsarbeit und der Alltags- bzw. Lebensweltorientierung Beachtung geschenkt. Die Behandlung und Betreuung psychisch erkrankter Kinder und Jugendliche folgt nicht nur reinen medizinischen Annahmen. Die Theorie zeigt, welchen Beitrag die Sozialpädagogik im stationären Setting leisten kann. Durch sozialpädagogische Methoden und Herangehensweisen, die ein ganzheitliches Bild schaffen, welches sich in der ressourcenorientierten Behandlungsweise widerspiegelt. Die Strukturierung des Alltags, als auch die Schaffung einer Verbindung zur Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen ermöglicht es, eine Neuorientierung zu forcieren und durch Selbstbemächtigung und Partizipation den Behandlungsverlauf zu optimieren und einen positiven Genesungsprozess anzustreben. Der Einbezug des systemischen Umfeldes erweist sich als unabdinglich. Nur durch gute Vernetzungsarbeit sowie bestärkende Beratungsgespräche und Unterstützungsmöglichkeiten ist es erreichbar, Kindern und Jugendlichen nach ihrer Entlassung eine ermutigende und positiv beeinflussende Umgebung zu bieten. Der empirische Teil befasst sich mit der Auswertung. Im Zuge dieser Arbeit wurden halbstandardisierte Interviews mit SozialpädagogInnen geführt, die in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen tätig sind. Im Anschluss an die Transkription konnte durch Verwendung von MaxQDA eine genauere Auswertung stattfinden. Es konnten signifikante Zusammenhänge zwischen Theorie und Empirie nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse finden sich am Ende der Arbeit in veranschaulichter Form wieder.

Abstract

This master thesis tries to figure out which substantial contribution of social education is part of institutions, who deal with children and adolescents that suffer from psychiatric disorders.

The purpose of this master thesis is to find out methods, that help activate, support and develop resources of children and adolescents. Furthermore, it's important to take a look at the cooperation between the psychiatric institutions and the parents or the persons, the children and adolescents are familiar with. Another thing is to consider the regularly patterns and habits and figure out how the children and adolescents spend their time and how they organize their daily routines. This paper considers the fact that due to social education it's possible to search for a holistic solution and to provide a proper individual healing. To achieve this goal there has to be a look taken at the resources, skills and capabilities of the child or the adolescent. To improve the treatment, while staying in a mental health institution, social pedagogues establish a daily routine according to the life, the children and adolescents had organized before. The routine allows the patients to gain the feeling of security, trust and self-confidence. These are important parts to ensure a personalized care. Besides those there is another important fact to be taken into account. It's about the cooperation. Not only the collaboration between different institutions but rather the cooperation with the parents or the persons, the patients are familiar with. All of these parts were stock together and got collected in interviews to find out remarkable correlations between theoretical ad empirical implementation. Those data were exposed in detail at the end of this thesis.

Inhaltsverzeichnis

TEIL I THEORIE	21
1 Einleitung	23
2 Historische Entwicklung	27
2.1 Entstehung der Psychiatrie	27
2.1.1 Klinische Psychiatrie	28
2.1.2 Sozialpsychiatrie	29
2.1.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie	30
3 Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen	33
3.1 Ambulante Betreuung.....	33
3.2 Teilstationäre Betreuung	34
3.3 Vollstationäre Betreuung	34
4 Aufgaben kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen	37
4.1 Diagnostik.....	37
4.2 Therapie	37
4.3 Forschung	38
4.4 Lehre, Aus- und Weiterbildung.....	38
4.5 Kooperation und Koordination.....	39
4.6 Beratung und Aufklärung.....	39
5 Multiprofessionalität innerhalb kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen	41
5.1 Personalstand	41
5.2 Das pädagogische Fachpersonal.....	42
5.2.1 Fachliche Anforderungen und Qualifikationen an das pädagogische Personal.....	43
5.2.2 Individuelle Kompetenzen.....	44
5.3 Rolle der SozialpädagogInnen	45
6 Rechtliche und ethische Aspekte kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen	47
6.1 Kinderrechte	47
6.1.1 EACH-Charta	48
6.2 Kinder- und Jugendhilfegesetz.....	50
6.3 Unterbringung von Kindern und Jugendlichen	51
6.3.1 Herausforderungen in der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen.	52
6.3.2 Autonomie und Selbstbestimmung	52
6.4 Schweigepflicht und ihre Ausnahmen	53

7	Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik	55
7.1	Sozialpädagogische Diagnostik	56
7.2	Klassifikationssysteme	58
7.2.1	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM)	59
7.2.2	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)	60
7.2.3	Multiaxiales Klassifikationssystem (MAS).....	60
7.3	Häufigkeit psychischer Störungsbilder	62
8	Kinder und Jugendliche im stationären Setting	65
8.1	Der stationäre Aufenthalt.....	65
8.1.1	Vorteile der stationären Unterbringung	66
8.2	Kritische Ereignisse während eines stationären Aufenthaltes.....	67
8.2.1	Nahrungsverweigerung.....	67
8.2.2	Angstzustände und Realitätsverlust	68
8.2.3	Suizidalität	68
8.3	Pharmakologie	69
8.3.1	Unterteilung von Psychopharmaka	70
8.3.1.1	Stimulanzien	71
8.3.1.2	Antidepressiva	71
8.3.1.3	Phasenprophylaktika	71
8.3.1.4	Neuroleptika	72
8.3.1.5	Tranquilizer.....	72
8.4	Verbindung zur Lebensweltorientierung.....	73
8.4.1	Lebenswelt und stationärer Aufenthalt	74
9	Das System Schule	77
9.1	Schule & stationärer Aufenthalt.....	77
9.1.1	Schulrechtscharta	78
9.2	Unterrichtsformen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen	79
9.2.1	Klassen- bzw. Gruppenunterricht	79
9.2.2	Einzelunterricht	79
9.3	Sozialpädagogisches Feld	80
10	Sozialpädagogische Alltagsgestaltung in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen	83
10.1	Prinzip der BezugspädagogInnen	83
10.1.1	Beziehungsaufbau	84
10.1.2	Arbeit mit Kinder und Jugendliche	85
10.1.3	Arbeit mit Eltern bzw. Bezugspersonen.....	86
10.2	Ressourcenarbeit	87
10.2.1	Schaffung sicherer Orte.....	90
10.2.2	Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien.....	91
10.2.3	Reduktion von Stressoren	93
10.3	Erarbeitung von Wochenplänen	95
10.4	Kinderkonferenzen	96
10.5	Das Spiel.....	97

11 Sozialpädagogische Unterstützungsmöglichkeiten nach dem stationären Aufenthalt.....	99
11.1 Von stationär zu ambulant.....	99
11.1.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanzen.....	100
11.1.2 Tagesklinik bzw. Tagesstruktur	101
11.2 Nicht stationäre Angebote für Kinder und Jugendliche	102
11.2.1 Wohneinheiten.....	102
11.2.2 Sozialpädagogische Familienhilfe	104
11.2.3 Psychosoziale Beratungsstellen	105
11.3 Lösungsorientierte Beratung	105
11.3.1 Prophylaxe	106
11.3.2 Sinn-Sensibilisierung	106
11.3.3 Beratung und Begleitung	107
11.3.4 Techniken	107
11.3.4.1 Aktives Zuhören	107
11.3.4.2 Nachfragen.....	108
11.3.4.3 Wertschätzung	108
11.3.4.4 Ermutigung	108
 TEIL II EMPIRIE.....	 111
 12 Empirische Untersuchung.....	 113
12.1 Untersuchungsanlage	113
12.2 Zielsetzung und Fragestellung der Forschung	113
12.3 Methodisches Vorgehen.....	114
12.3.1 Leitfadengestütztes Interview	114
12.3.2 Interviewleitfaden.....	115
 13 InterviewpartnerInnen	 119
13.1 Auswahlkriterien	119
13.2 Kontaktaufnahme und Durchführung	119
 14 Auswertung der Interviews.....	 121
14.1 Transkription.....	121
14.2 Qualitative Inhaltsanalyse	122
14.3 Computergestützte Datenanalyse-Software: MaxQDA	122
14.3.1 Codesystem	123

15 Darstellung der Ergebnisse	125
15.1 Dimension TEAM	125
15.2 Dimension RECHT	130
15.3 Dimension DIAGNOSTIK	132
15.4 Dimension SOZIALPÄDAGOGIK AUF DER STATION	134
15.5 Dimension RESSOURCENARBEIT	139
15.6 Dimension ELTERNARBEIT	141
15.7 Dimension SYSTEMISCHE ARBEIT	144
15.8 Dimension KINDER & JUGENDLICHE	146
15.9 Dimension KRISEN	149
15.10 Dimension PSYCHOHYGIENE	151
15.11 Dimension NACHBETREUUNG	154
16 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	159
16.1 Ressourcenarbeit	159
16.2 Vernetzung	161
16.3 Alltags- und Lebensweltorientierung	162
17 Ausblick und Fazit	165
18 Literaturverzeichnis	169

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Multitaxiales Klassifikationssystem	61
Abbildung 2 - Stationär behandelte Kinder und Jugendliche	63
Abbildung 3 - Family Map.....	89
Abbildung 4 - Auslastung Wohneinheiten	103
Abbildung 5 - Interviewleitfaden	118
Abbildung 6 - Codebaum.....	124

TEIL I
THEORIE

1 Einleitung

Haben kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen mit Vorurteilen und Stigmatisierungsprozessen zu kämpfen? Wie sind Kinder- und Jugendpsychiatrien entstanden und wie konnten sich diese etablieren und weiterentwickeln? Welchen Stellenwert nehmen sie im Genesungsprozess von Kindern und Jugendlichen, die unter psychischen Störungen leiden, ein?

Diese und weitere Fragen bilden die Grundlage für die Auseinandersetzung mit der Thematik der vorliegenden Masterarbeit. Diese versucht auf Basis der Fachliteratur und einer eigens durchgeführten, qualitativen Studie oben gestellte Fragen zu beantworten und sozialpädagogisches Arbeiten in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen darzustellen und ihre Einzigartigkeit zu erörtern.

Die Literaturrecherche erstreckte sich über den historischen Hintergrund bis hin zu spezifischen Themengebieten kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen in Verbindung mit sozialpädagogischen Handlungsmethoden. Um der Arbeit Authentizität zu verleihen, konnten im Zuge der empirischen Untersuchung in diesem Feld tätige SozialpädagogInnen für Interviews gewonnen werden.

Nicht nur durch die Vertiefung in das Thema, sondern bereits während der Studienlaufzeit steigerte sich das Interesse an der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die psychisch erkrankt sind. Durch das psychotherapeutische Propädeutikum und die persönliche Annahme, durch Einbezug bzw. Betrachtung des systemischen Kontextes mehr Ganzheitlichkeit in der Arbeit mit Menschen gewähren zu können, erschloss sich die Motivation und das Interesse folgender Fragestellung in der Erarbeitung der Masterarbeit nachzugehen:

Wie kann der Aufenthalt in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen durch sozialpädagogische Methoden und Herangehensweisen gefördert werden?

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, diese Forschungsfrage zunächst in theoretische Ausführungen einzubeziehen und durch die empirische Auswertung der durchgeführten Interviews zu beantworten.

Die Masterarbeit unterteilt sich demnach in zwei Bereiche, die sich jeweils mit ihren eigenen Spezialgebieten beschäftigen. Zunächst wird im ersten Teil die Theorie behandelt und einer genauen Betrachtung unterzogen. Im zweiten Teil steht die Empirie im Vordergrund und in weiterer Folge die Beantwortung der Forschungsfrage.

Der Theorieteil der Arbeit gliedert sich in zusammenhängende Kapitel und schafft einen Überblick über die Bandbreite der Thematik. Anfänglich wird eine Beschreibung der historischen Entwicklung erfolgen, welche aufzeigen sollte, wie Kinder- und Jugendpsychiatrien entstanden sind. Das darauffolgende Kapitel widmet sich kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, mit dem Augenmerk auf die verschiedenen Betreuungsmodule. Daraus erschließen sich sechs große Aufgabenfelder, die einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung zu teil werden. Diese Aufgaben stehen im Zentrum des vierten Kapitels der Arbeit. Da diese Aufgabenfelder nur einen Teil der Tätigkeiten erfassen, werden weitere Felder im Verlauf der Arbeit aufgegriffen. Im fünften Kapitel wird der Multiprofessionalität innerhalb kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen Beachtung geschenkt. In weiterer Folge wird neben dem grundlegenden Personalstand speziell auf das pädagogische Fachpersonal und dessen Kompetenzen verwiesen, als auch auf die Rolle der Sozialpädagogik eingegangen. In Österreich sind kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen und deren Personal dazu angehalten bestimmte bzw. spezifische rechtliche und ethische Aspekte einzuhalten. Diese werden im sechsten Kapitel erörtert. Darauf folgt eine Diskussion über kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, welche Bezug auf bekannte Klassifikationssysteme aus sozialpädagogischen Diagnoseverfahren nimmt. Hierbei wird auch auf die Häufigkeit von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter verwiesen. Kapitel 7 beschäftigt sich ausführlich mit der Situation der Kinder und Jugendlichen, die aufgrund psychischer Auffälligkeiten im stationären Kontext behandelt werden. Dabei wird versucht eine Verbindung zur Lebenswelt und des natürlichen Umfeldes der Kinder und Jugendlichen zu schaffen, weshalb sich das nachstehende Kapitel unter anderen mit dem System Schule beschäftigt. Kapitel 10 beleuchtet die Auseinandersetzung mit sozialpädagogischen Alltagsgestaltungen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen. Darunter sind Themenbereiche zu finden, die sich auf den Beziehungsaufbau Kinder und Jugendlicher mit deren Bezugspersonen beziehen. Neben der Alltagsgestaltung kommt auch der Ressourcenarbeit große Bedeutung zu, welche im Zuge dieses Kapitels ebenfalls ausgeführt wird. Abschließend beschreibt das elfte Kapitel sozialpädagogische Unterstützungsmöglichkeiten

nach dem stationären Aufenthalt. Am Ende dieses Kapitels erfolgt eine kurze Auseinandersetzung mit dem Feld der lösungsorientierten Beratung.

Auf die theoretische Exploration folgt die Bearbeitung des empirischen Teils der vorliegenden Masterarbeit. Wie bereits erwähnt, steht hier die Beantwortung der oben gestellten Forschungsfrage im Fokus.

Eingangs beinhaltet der empirische Teil eine Beschreibung des Forschungsdesigns und eine Erläuterung des methodischen Vorgehens. Im weiteren Verlauf wird der Interviewleitfaden und die Interviewsituation vorgestellt. Folglich findet eine theoretische Charakterisierung der Auswertung statt, welche auch das verwendete Codesystem veranschaulicht. Im Anschluss daran werden erstellte Kategorien durch die erhobenen Daten ausgewertet und vorgestellt.

Die vorliegende Abhandlung wird neben der Beantwortung und Diskussion der Forschungsfrage mit einem Resümee über die gesamte Masterarbeit abgeschlossen.

2 Historische Entwicklung

Die Entstehung und Etablierung von kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen erfolgte über Jahrzehnte und ist nach wie vor eng mit der geschichtlichen Entwicklung der Psychiatrie verbunden. Nachstehend wird neben der Entstehung der Psychiatrie Augenmerk auf die Abspaltung der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingegangen, bevor auf kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen übergeleitet wird.

2.1 Entstehung der Psychiatrie

Die Medizin beherbergt unterschiedliche spezifische Fachbereiche. Darunter auch die Psychiatrie. Der Begriff der Psychiatrie wurde von Johann Christian Reil geprägt und befasst sich mit der Erkennung und Behandlung von psychischen Störungen bzw. seelischen Krankheitsbildern. Die Bezeichnung Psychiatrie stammt aus dem Griechischen und setzt sich aus zwei Komponenten zusammen. Zum einen steht die Bezeichnung „psyche“ für die Seele, zum anderen bedeutet die Bezeichnung „iatros“ Arzt, welche eine Übersetzung als Seelenarzt zulässt (vgl. Vetter, 2007, S. 1). Bereits in der Antike wurden psychische Störungen erkannt und beschrieben. Zur damaligen Zeit wurden die Erkrankungen durch ein Ungleichgewicht der Säfte erklärt. In der geschichtlichen Entwicklung der Psychiatrie, ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, wurde die Annahme eine psychische Störung aufgrund jener Safttheorie zu entwickeln, durch die Erforschung des menschlichen Gehirns seitens französischer und deutscher ÄrztInnen abgelöst. In dieser Zeit lag der Konsens darin, dass die Gesamtheit der psychischen Störungsbilder auf Gehirnschädigungen zurück zu führen sei (vgl. ebd., S. 1). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Erkenntnis geliefert, dass nicht alle Störungen per se mit Gehirnschädigungen in Verbindung gebracht werden können. Weiters wurde die (über-)wachende Psychiatrie erneut einem Wandel in der Gestaltung unterzogen. Hierzu trug die therapeutische Ära maßgeblich bei, indem sie ihr Augenmerk besonders auf die Wiedereingliederung in die Gesellschaft und Heilung der Betroffenen legte (vgl. ebd., S. 1). Die Psychiatrie begann sich in thematische Teilbereiche zu untergliedern, um eine spezifische Behandlung unterschiedlicher Zielgruppen zu gewährleisten. Hierzu zählen neben der Neurologie, Gerontopsychiatrie, der Allgemeinen Psychiatrie oder der Forensischen Psychiatrie auch die Klinische Psychiatrie, die Sozialpsychiatrie als auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. ebd., S. 2).

Bezüglich des Spezialgebietes dieser Arbeit werden die zuletzt genannten Bereiche genauerer Betrachtung unterzogen.

2.1.1 Klinische Psychiatrie

Durch die Aufspaltung der Psychologie entstand als Teilgebiet die Klinische Psychologie. Sie zielt darauf ab, ein Verständnis für das menschlichen Verhalten und Erleben zu entwickeln, diese im Vorhinein zu bestimmen und, wenn notwendig, eine Veränderung des Verhaltens einzuleiten (vgl. Berking, 2012, S. 2). Da die Klinische Psychologie davon ausgeht, dass dem Erleben und Verhalten ein immenser Leidensdruck innewohnt oder schwerwiegende Beeinträchtigungen bezüglich der Funktionsfähigkeit vorliegen, liegt hier der Fokus der Arbeit (vgl. ebd., S. 2). Folgende Definition umfasst das zentrale Thema der klinischen Psychologie als „Teildisziplin der Psychologie, die sich in der Forschung und Praxis mit psychischen Störungen und den psychischen Aspekten somatischer Störungen und Krankheiten befasst. Im Speziellen beschäftigt sich die Klinische Psychologie mit der Deskription (Symptomatologie), Klassifikation, Diagnostik, Verbreitung, Verlauf, Ätiologie- und Bedingungsanalyse, Gesundheitsförderung, primären und sekundären Prävention, Therapie und Rehabilitation bei psychisch (mit-)bedingten Gesundheitsproblemen“ (Berking, 2012, S.2). Vetter (2007, S. 2) geht davon aus, dass sich die Klinische Psychiatrie mit der Entstehung psychischer Krankheitsbilder und deren Ausprägung, der Klassifizierung und Beschreibung, der Prävention und der Behandlung auseinandersetzt.

Die Klinische Psychologie wurde zum großen Teil durch folgende Persönlichkeiten geprägt: Sigmund Freud (1856-1939), Lightner Witmer (1867-1956) und Emil Kraepelin (1885-1926). Jeder Begründer prägte und beeinflusste individuell die Entstehung und Weiterentwicklung der Klinischen Psychologie maßgeblich. Witmer galt als Vorreiter und setzte sich trotz großer Zweifel hinsichtlich seiner Forschungsarbeiten bezüglich der klinischen Nutzung der bestehenden theoretischen Errungenschaften der empirischen Psychologie durch. Die Gründung der ersten psychologischen Klinik 1896 geht ebenso auf ihn zurück wie die erste psychologische Fachzeitschrift 1907. Kraepelin schuf eine Krankheitslehre psychischer Störungen, die große Bedeutung auf die Klassifikationssysteme ausübte. Freud gilt als Gründungsvater der Psychoanalyse und erarbeitete anhand dieser eine weitgefächerte Krankheits- und Behandlungslehre (vgl. Berking, 2012, S. 1f).

Der Aufschwung der Klinischen Psychologie konnte im deutschsprachigen Raum erst in den 1950er Jahren verzeichnet werden. Die Erstellung von Diagnosen und Gutachten, die Persönlichkeitseigenschaften erfassen oder die generelle Therapierarbeit wurden als Tätigkeitsfelder von klinischen PsychologInnen bzw. ÄrztInnen beschrieben (vgl. ebd., S. 2). Zum heutigen Stand finden mehrere Berufsgruppen große Anerkennung in der

psychiatrischen Profession. Neben PsychiaterInnen, ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen, finden nun Spezialisierungsgebiete der Sozialpädagogik, Ergotherapie, Musik & Kunst als auch der pflegerische Aspekte Einzug (vgl. Vetter, 2007, S. 1).

2.1.2 Sozialpsychiatrie

Die Entstehung der Sozialpsychiatrie ist mit der der allgemeinen Psychiatrie eng in Verbindung zu bringen. Die Besonderheit der Sozialpsychiatrie liegt in der umfassenden Betrachtung der sozialen Umstände, in welcher Menschen leben (vgl. Schöny & Sulzbacher, 2011, S. 1). Laut Vetter (2007, S. 2) fasst die Sozialpsychiatrie die Beziehung zwischen den psychisch erkrankten Menschen und seiner ihn umgebenden Gesellschaft ins Auge. Die „Sozialpsychiatrie konzentriert sich auf pathogene und therapeutische Aspekte der sozialen Beziehungen psychisch Kranker“ (Friedmann & Thau, 1992, S. 215), wodurch sie einen wichtigen Aspekt der Sozialen Arbeit einnimmt. In der Psychopathologie wird der Entstehung, den Auslösern und dem Krankheitsverlauf besondere Bedeutung zugeschrieben (vgl. Schöny & Sulzbacher, 2011, S. 1). Die Sozialpsychiatrie befasst sich folglich mit den soziodynamischen Aspekten, die dazu beitragen eine psychische Störung zu entwickeln bzw. ausbrechen zu lassen (vgl. Ciompi, 2010, S. 3). Die Sozialpsychiatrie gilt zwar als Unterdisziplin der Psychiatrie, folgt jedoch ihren eigenen Methoden hinsichtlich der Behandlung und der Erforschung psychischer Krankheiten. Diese Arbeitsmethoden eignen sich neben der Behandlung von chronisch erkrankten PatientInnen auch für akute, krisenhafte Lebensereignisse im Sinne der Krisenintervention. Die (Wieder-) Eingliederung ins Berufsleben bezieht durch sozioökonomische Facetten ebenfalls Stellung (vgl. ebd., S. 4f). Hauptaufgabe der Sozialpsychiatrie ist es demnach, die soziale Integrationsfähigkeit der Betroffenen wiederherzustellen bzw. sie bestmöglich zu erhalten. Die Herangehensweise sollte stark von klienten- bzw. umgebungszentrierten Methoden geprägt sein, sprich, die Behandlung sollte auf die individuellen Bedürfnisse und die sozialen Umweltfaktoren abgestimmt sein (vgl. Friedmann & Thau, 1992, S. 215). Als eines der wichtigsten Ziele sieht die Sozialpsychiatrie die Aufhebung einer gesellschaftlichen Ausgrenzung von Menschen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden oder bereits ein chronisches Krankheitsbild entwickelt haben (vgl. Clausen & Eichenbrenner, 2016, S. 11ff). Clausen und Eichenbrenner (2016) bezeichnen die Sozialpsychiatrie als ein umfassendes Konzept, welches allein keine Alternative zur klassischen Klinischen Psychiatrie biete. Hingegen berücksichtige die Sozialpsychiatrie im Vergleich vielmehr die soziologischen, psychologischen, biologischen und rechtlichen Bestandteile, welche dazu beitragen eine psychische Symptomatik aufzuweisen. Das Ziel bezöge sich hauptsächlich auf die

individuelle Lebensweltorientierung der Betroffenen und die Respektierung dieser. Einen weiteren wichtigen Faktor stellt die Beziehungsarbeit dar, welche einen günstigen Krankheitsverlauf unterstützen kann. Die Sozialpsychiatrie geht des Weiteren davon aus, dass die auftretenden Beschwerden der Betroffenen, nicht nur als Teil der Symptomatik gesehen werden sollte, sondern vielmehr als zusätzliche Beeinträchtigung in der Partizipation an gesellschaftlichen Interaktionen (vgl. Friedmann & Thau, 1992, S. 215).

2.1.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Disziplin der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte sich in Österreich, als auch in Deutschland, in den 1970er Jahren etablieren. Sie stellt ein eigenständiges medizinisches Fachgebiet dar (vgl. Denner, 2008, S. 71). In Österreich trug die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJNP) einen erheblichen Beitrag zur Entwicklung dieses Fachgebietes bei. Die Anliegen der ÖGKJNP beziehen sich neben der fortlaufenden Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch auf die Forschung bzw. auf die wissenschaftliche Herangehensweise und Fundierung (vgl. ÖGKJP, 2016, o.S.). Die Kinder- und Jugendpsychiatrie kristallisierte sich aus verschiedenen wissenschaftlichen Fachbereichen heraus. „So hat es Erkenntnisse und Methoden aus der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinderheilkunde, der Neurologie, der Sonder- und Heilpädagogik und der klinischen Psychologie aufgegriffen und für die spezifischen Bedürfnisse psychisch kranker oder gestörter Kinder und Jugendlicher sowie deren Familien integriert und weiterentwickelt“ (Denner, 2008, S. 71). Im Laufe der Entwicklung kam es zur Entstehung eigener diagnostischer Verfahren, therapeutischen Herangehensweisen und Methoden, einer Vielzahl an Einrichtungen, die ambulant und/oder stationär aufgesucht werden können, als auch zu einem hohen Stellenwert in der heutigen Gesellschaft (vgl. ebd., S. 71). Laut der ÖGKJP (2016, o.S.) gehören zu den Tätigkeitsfeldern der Kinder- und Jugendpsychiatrie neben der Prävention, Diagnostik und Behandlung ebenfalls das fachgerecht abgestimmte psychotherapeutische Angebot, die Begutachtung der Kinder und Jugendlichen, ein Fachverständnis der auftretenden psychischen, psychosomatischen als auch sozialen Beschwerden sowie ein Behandlungsangebot neurologischer und entwicklungsbedingten psychischen Erkrankungen. Die Richtlinien der Bundesärztekammer 1992 bezüglich der Kinder- und Jugendpsychiatrie fasst oben genannte Schwerpunkte folgendermaßen zusammen: Das Aufgabenfeld ist gekennzeichnet durch „Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen und Störungen sowie bei

psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sowie Heranwachsenden und jungen Volljährigen mit Entwicklungsverzögerungen, denen eine psychische Erkrankung oder eine Fehlentwicklung der Person zugrunde liegt, einschließlich der Psychotherapie als Einzel-, Gruppen- und Familientherapie.“

3 Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen

Zu den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen zählen spezifische Krankenhausabteilungen, Tageskliniken und Ambulatorien (vgl. ÖGKJP, 2016, o.S.). Diese Einrichtungen sind allesamt bemüht eine psychische Störung bzw. Erkrankung im Kindes- bzw. Jugendalter festzustellen und zu behandeln. Des Weiteren werden Angebote für die Bezugspersonen und Angehörigen aufbereitet. Diese Angebote können in Form von Beratungen, Familientherapien, Erziehungsberatungen, Informationsabenden oder im Austausch zwischen den Betroffenen wahrgenommen werden (vgl. Remschmidt, 2000, S. 430f).

Im klinischen Kontext der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen werden nach Remschmidt (2000, S. 430) drei Hauptgruppen unterschieden. Die Universitätskliniken und deren Abteilungen, die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken im Rahmen der Landeswohlfahrt und die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungen im Rahmen kommunaler Krankenhäuser. Die erste Gruppe setzt entweder eigenständige Kliniken voraus oder stellt sich als eigenständige Fachabteilung dar, die sich neben der Psychiatrie, Neurologie oder Pädiatrie behauptet. Die zweite Gruppe bezeichnet ebenfalls eigenständige Kliniken bzw. Abteilungen, die eine Zuständigkeit für einen bestimmten regionalen Rayon aufweisen. Hier wird neben der – ambulanten – Versorgung auch der Aus- und Weiterbildung große Beachtung geschenkt. Die dritte Gruppe wird von den Gemeinden finanziert und ähnelt in den primären Aufgaben der zuvor genannten Gruppe (vgl. ebd., S. 430).

Des Weiteren gilt es die Einrichtungen nach ihren Möglichkeiten der Unterbringung zu unterscheiden. Es werden ambulante Betreuungsmöglichkeiten, teilstationäre bzw. vollstationäre Versorgungen angeboten.

3.1 Ambulante Betreuung

Die ambulante Versorgung, die am häufigsten angewandte Methode, geht zumeist einem teilstationären oder vollstationären Aufenthalt voraus. Kinder und Jugendliche, die unter einer leichten bis hin zu einer mittelschweren Beeinträchtigung leiden, werden an das ambulante Versorgungssystem verwiesen. Die ambulante Behandlung zeichnet sich dadurch aus, dass Kinder bzw. Jugendliche zu vereinbarten Zeiten zur Therapie erscheinen. Diese Einheiten können wöchentlich, alle zwei Wochen, monatlich usw. stattfinden. Die Häufigkeit wird vom fachkundigen Personal eingeschätzt, empfohlen und vereinbart. Die Behandlung im ambulanten Kontext erfolgt entweder durch Ärzte, die sich auf Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie spezialisiert haben, in freier Praxis oder durch

Institutsambulanzen bzw. Polikliniken der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäuser (vgl. Denner, 2008, S. 72).

Eine ambulante Hilfestellung fußt neben der Einordnung der Erkrankung als leicht bis mittelschwer auch auf den Kriterien, dass die zu behandelten Kinder und Jugendlichen in ihren Familien gut versorgt sind, das Kindeswohl gewährleistet ist, eine gute Bindung zu Bezugspersonen nachgewiesen wird und das familiäre bzw. häusliche Umfeld in der Behandlung unterstützend zur Seite steht. Sollten diese Kriterien nicht gegeben sein und folglich eine seelische Belastung entstehen bzw. sich vertiefen, wird eine Unterbringung im stationären Kontext empfohlen (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 134).

3.2 Teilstationäre Betreuung

Unter einer teilstationären Versorgung ist die Einrichtung einer Tagesklinik zu verstehen. Diese Tageskliniken konnten sich in den letzten Jahren behaupten, was zu einem wesentlichen Wachstum und Ausbau dieser Versorgungseinrichtungen führte. Die Tagesklinik unterscheidet sich von den ambulanten Angeboten nicht nur im zeitlichen Aspekt. Kinder und Jugendliche, denen durch ambulante Betreuungsmodalitäten nicht ausreichend Unterstützung zukommen kann, finden im tagesklinischen Setting mehr Chancen. Kinder und Jugendliche verbringen ihren Tag in der Tagesklinik und werden am Abend, als auch an den Wochenenden und Feiertagen, wieder in ihre Herkunftsfamilien entlassen. Dadurch herrscht ein bewährtes Zusammenspiel zwischen professioneller Behandlung und stetiger Vergleich im familiären Umfeld. Voraussetzung für das Gelingen einer tagesklinischen Behandlung ist die Mitarbeit und Konsequenz der Familie, die Vermittlung von Sicherheit an die Kinder und Jugendlichen wieder nach Hause zu dürfen und ein gut aufbereitetes Angebot an pädagogisch-pflegerischen bzw. therapeutischen Methoden (vgl. Denner, 2008, S. 73).

Da sich bei Krankheitsbildern wie einer schweren Depression, Suizidalität, akuten schweren Psychosen, extreme Essstörungen oder ähnlichen eine teilstationäre Behandlung als ungeeignet erweist, werden den Möglichkeiten eines vollstationären Aufenthaltes weiterhin große Bedeutung und Sinnhaftigkeit zugesprochen.

3.3 Vollstationäre Betreuung

Eine Unterbringung im stationären Kontext erweise sich dann von Vorteil, wenn „lang anhaltende oder bereits verfestigte erzieherische oder schulische Schwierigkeiten bestehen; komplexe Problembelastungen im kognitiven, emotionalen und sozialen Bereich, im Lern- und Arbeitsverhalten oder in einer körperlichen Symptomatik zu einer Gefahr für die

persönliche Entwicklung werden, weil bereits vielfältige Funktionseinschränkungen feststellbar sind und/oder sich ankündigen; ambulante sozialpädagogische, psychologische oder psychotherapeutische Maßnahmen keine nachhaltige Veränderung bewirken oder unter den gegebenen Umständen keine ausreichende Wirksamkeit versprechen“ (Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S.134f).

Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen beinhalten unterschiedliche Bereiche, in denen die Kinder und Jugendlichen hinsichtlich ihres Alters, ihrer Diagnose oder ihrer Behandlungsart getrennt untergebracht werden. Ein weiteres Kriterium Kinder und Jugendliche im stationären Kontext zu betreuen ist die fehlende Versorgung im familiären Setting. Im Falle einer sehr belastenden häuslichen Umgebung könnte sich der psychische Zustand der Kinder und Jugendlichen durch einen Verbleib zusätzlich verschlechtern. Um das Kindeswohl nach der Entlassung weiterhin zu gewährleisten, werden die Kinder und Jugendlichen zu zuvor gut abgeklärten und besprochenen Zeiten in ihre Herkunftsfamilien entlassen. Dort gilt es folgende Aufgaben zu erfüllen, Stressoren zu erkennen und neu erlernte Verhaltensweisen auszuprobieren.

Neben der Behandlung von Akutfällen bieten die vollstationären Unterbringungsmöglichkeiten auch Aufenthalte zur Abklärung des Krankheitsbildes, dem Erstellen einer Diagnose oder der Begutachtung auftretender Symptome (vgl. Denner 2008, S. 73).

All diesen Bereichen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung ist gemeinsam, dass sie neben der Krankenversorgung, Forschung und Lehre auch großen Wert auf die psychischen und sozialen Beeinträchtigungen des Kindes- und Jugendalters legen. Die grundlegende Zuständigkeit der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen beschränkt sich von der Geburt bis zum vollendenden 18. Lebensjahr (vgl. BMG, 2010, S. 49). Im Folgenden werden die Aufgaben einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik beschrieben.

4 Aufgaben kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen

Remschmidt (2000, S. 432) beschreibt sechs große Aufgabenfelder für die Arbeit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institution. Hierzu zählen Diagnostik, Therapie, Forschung, Lehre, Kooperation und Beratung. Laut der ÖGKJP (2016, o.S.) sei zusätzlich die Teamarbeit besonders wichtig, da sich kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen als multidisziplinäre und multimodale erweisen.

4.1 Diagnostik

Zur Erstellung einer Diagnose sind unterschiedliche Merkmale von Bedeutung. Es fließen Aspekte der Neurologie, spezifische Methoden kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen, sowie test- und neuropsychologische Verfahren mit ein. Durch die Erprobung weiterer diagnostischer Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wurden die Methoden durch immer besser erarbeitete Interviews und Fragebögen erweitert (vgl. Remschmidt, 2000, S. 432).

Die Diagnostik in den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen liefert einen enormen Beitrag für weiterführende Behandlungen. Sie sollte nicht nur an ärztliche Befunde oder psychologische Einschätzungen gebunden sein, sondern vielmehr die Gesamtheit der betroffenen Personen betrachten. Merkmale des täglichen Verhaltens, des Erscheinungsbildes, Beobachtungen im Umgang mit Autoritäten oder Bezugspersonen usw. lassen es zu eine, bereits sehr therapieorientierte, Diagnose zu erstellen (vgl. ebd., S. 432).

4.2 Therapie

Sobald das diagnostische Verfahren abgeschlossen wurde, kann nach geeigneten Therapieansätzen gesucht werden. Verschiedene Merkmale, die im Laufe der diagnostischen Erhebung verzeichnet wurden, können als Indikator für weitere Schritte dienen. Da zahlreiche therapeutische Herangehensweisen anerkannt sind und zum Teil gute empirische Nachweise mit sich bringen, ist es für die Arbeit im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext von großer Bedeutung unvoreingenommen zu bleiben und allen Herangehensweisen und Methoden gleichwertige Beachtung zu schenken. Das Angebot an Therapiemöglichkeiten innerhalb einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung ist geprägt von Mehrdimensionalität und zeichnet sich durch die stetige Erprobung und Anwendung neuer Ansätze aus. Hierbei ist zu erwähnen, dass der wissenschaftlichen Fundierung und den daraus resultierenden, empirischen Ergebnissen ein erheblicher Stellenwert zugeschrieben wird. Nicht zuletzt um neue Therapiemethoden und

Behandlungstechniken von sogenannten Außenseitermethoden abzugrenzen (vgl. Remschmidt, 2000, S. 432f).

4.3 Forschung

Die Forschung im kinder- und jugendpsychiatrischen Zusammenhang stellt einen wesentlichen Faktor im Sinne der Weiterentwicklung dar. Wie bereits oben erwähnt, ist es von großer Wichtigkeit wissenschaftlich begründete Diagnostik- als auch Therapieverfahren anzuwenden, um fortschrittliches Arbeiten zu ermöglichen. Die Forschung im klinischen Kontext befasst sich mit spezifischen Aufgabenstellungen des Klinikalltages und variiert in ihren Schwerpunkten von Einrichtung zu Einrichtung. Den Forschungen, die im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen durchgeführt werden, liegt die Praxisorientierung zu Grunde. Weiters ähneln sie sich in den Aufgabenfeldern hinsichtlich der seelischen Situation der Kinder und Jugendlichen sowie deren Bezugssystem, Bereichen der Entwicklungspsychologie, spezifischen Krankheitsbildern und resultierender Symptomatik als auch der therapeutischen Angebote und Behandlungsstrategien (vgl. Remschmidt, 2000, S. 433f).

4.4 Lehre, Aus- und Weiterbildung

Als ein weiteres, wichtiges Gebiet ist die Bildung zu verstehen. Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen legen großen Wert auf gut geschultes Personal und unterstützen dieses bezüglich Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten. StudentInnen, die sich im Studium der Medizin, Psychologie oder Sozialpädagogik befinden, haben die Möglichkeit ihr theoretisches Wissen über Themengebiete der Psychiatrie, Neurologie, Pädiatrie usw. im Rahmen eines Praktikums zu vertiefen. Die Weiterbildung von ÄrztInnen zur Erlangung des Facharztes, von Diplom-PsychologInnen und Pflegepersonal ist von großer Bedeutung. Hoch qualifiziertes Personal erleichtert die Erstellung von Diagnosen, bringt großes Verständnis für die Situation der Kinder und Jugendlichen und deren Bezugspersonen mit sich sowie ein hohes Maß an Empathie und Kenntnis über die Erkrankung per se (vgl. Remschmidt, 2000, S. 433f).

4.5 Kooperation und Koordination

Die Kooperation und Koordination kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen ist unerlässlich. Weiters kann weder die Kooperation noch die Koordination als Vermittler agieren.

Ohne Zusammenarbeit der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen mit anderen Institutionen wie Schule, Heime, Psychotherapeuten, sozialpsychiatrische Dienste oder Jugendämter, könnten Kinder und Jugendliche nach der Entlassung aus einem stationären Aufenthalt kaum so gut versorgt werden. Im Klinikalltag werden solche Vermittlungsaufgaben zumeist von fallführenden ÄrztInnen oder PsychologInnen oder auch SozialarbeiterInnen erfüllt. Ihnen obliegt ebenfalls in gewissen Fällen die Koordination innerhalb der Einrichtung. Intern betrifft dies die Vernetzung des gesamten Personals, Allfälliges hinsichtlich der Abteilung für Lehre und Forschung oder die Gestaltung und Vorstellung des Klinikalltags unter Einbezug der Kinder und Jugendlichen (vgl. Remschmidt, 2000, S. 434f).

4.6 Beratung und Aufklärung

Das Bezugssystem von betroffenen Kindern und Jugendlichen bedarf einer eingehenden Beratung und Aufklärung über das Krankheitsbild bzw. den Umgang mit der Krankheit in Krisensituationen bzw. im alltäglichen Geschehen. Gleich wie der der Erziehungsberatung werden auch an die Öffentlichkeitsarbeit hohe Ansprüche gestellt. Sie soll dazu beitragen ein Verständnis für psychische Beeinträchtigungen zu vermitteln und dies vor allem in Institutionen wie Schulen oder Kindergärten. Das weit verbreitete Wissen soll dazu beitragen Diskriminierungen zu vermindern. Institutionen, in denen Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Störung untergebracht sind, bedürfen ebenfalls guter Beratung und Chancen zur Fortbildung (vgl. Remschmidt, 2000, S. 435).

5 Multiprofessionalität innerhalb kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen

Kinder- und Jugendpsychiatrische Einrichtungen bieten ein sehr breit gefächertes Arbeitsspektrum für verschiedene Professionen. Früher oblag die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die psychische Belastungen aufwiesen, allein den ÄrztInnen und PsychologInnen (vgl. Vetter, 2007, S. 1). Durch die Weiterentwicklung und Veränderung der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen finden zum heutigen Zeitpunkt immer mehr interdisziplinäre Arbeitsbereiche Zugang. Auf den Stationen sind auf Grund dessen HeilpädagogInnen, SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen sowie Musik- und KunsttherapeutInnen und PflegerInnen zu finden (vgl. Denner, 2008, S. 73f). Eine weitere Besonderheit, die Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufweisen, ist die häufig aufrechte Schulpflicht der PatientInnen. Deshalb wird in den Einrichtungen die schulische Ausbildung durch die Errichtung von klinikeigenen Schulen, den sogenannten Heilstättenschulen, sichergestellt. Zudem werden neben qualifiziertem Lehrpersonal auch ErzieherInnen eingesetzt (vgl. BMG, 2010, S. 49f).

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt erwähnt, tragen alle Professionen einen erheblichen Teil zu der Diagnostik, der Therapie, als auch dem weiteren angestrebten Behandlungsverlauf bei. Von großer Bedeutung für das Gelingen eines bestmöglichen Genesungsprozesses ist neben der Multiprofessionalität die Kooperation zwischen den Disziplinen. Nur durch ständige Reflexion und interdisziplinären Austausch können bedeutungsvolle Informationen eingeholt werden, die wiederum den Ablauf beeinflussen und die Ganzheitlichkeit der Kinder und Jugendlichen garantiert (vgl. ebd., S. 49f).

5.1 Personalstand

Auf der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind ÄrztInnen als auch Pflegepersonal 24 Stunden anwesend. Somit ist die Versorgung der Kinder und Jugendlichen rund um die Uhr und im Akutfall sichergestellt. Anzumerken ist, dass das gesamte Personal innerhalb einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung über eine spezifische Ausbildung verfügt und psychiatrisch geschult ist. Diese Qualifikation ermöglicht die enge Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Disziplinen, um die Ganzheitlichkeit der Kinder und Jugendlichen wahrzunehmen, zu stärken und zu verbessern (vgl. Rießland-Seifert & Wrobel, 2009, o.S.). Regelmäßige Teambesprechungen und detaillierte Fallreflexionen bzw. -übergaben sind gesetzlich vorgeschrieben und tragen zur Sicherstellung der Arbeitsqualität und der psychischen Gesundheit des Personals bei (vgl. KAKuG, 1957, § 6, (1)(e)), genauso wie das

Angebot an Supervisionen durch eine außenstehende, qualifizierte Person, um mit den einhergehenden Belastungen gut/besser umgehen zu können (vgl. ebd., § 11c).

Sobald ein Kind oder eine/ein Jugendliche/r einer teilstationären oder stationären Behandlung unterzogen wird, ergeben sich nicht nur für die behandelten ÄrztInnen, das Pflegepersonal oder die eingesetzten TherapeutInnen neue und spezifische Handlungsfelder, sondern auch für das pädagogische Fachpersonal. SozialpädagogInnen, LehrerInnen, HeilpädagogInnen und weitere pädagogische pflegerische Professionen bilden zusammen das pädagogisch-pflegerische Team (vgl. Reinker & Müller, 2008, S. 85). Die pädagogische Disziplin handelt zwar eigenständig und mit ihren eigenen Methoden, kann aber nicht von den anderen Fachbereichen getrennt werden. Um einen positiven Krankheitsverlauf zu erzielen, ist es von großer Bedeutung interdisziplinär zusammenzuarbeiten und sich regelmäßig mit den anderen Professionen über den aktuellen Stand des Genesungsprozesses auszutauschen (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 180). Die Sozialpädagogik bzw. das pädagogische Personal legt ihren Schwerpunkt auf die „pädagogische und pflegerische Begleitung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen, die aufgrund unterschiedlicher Verhaltensauffälligkeiten und psychischer Störungen einer psychiatrischen Diagnostik und Behandlung bedürfen“ (Reinker & Müller, 2008, S. 85).

5.2 Das pädagogische Fachpersonal

In kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen nur die Profession der Sozialpädagogik zu betrachten, wäre zu eng gefasst. Wie bereits erwähnt, setzt sich das pädagogische Personal aus mehr und unterschiedlichen Fachbereichen zusammen, die sich durch ihre Herangehensweisen und Methoden auszeichnen. Durch das Vorhandensein genau dieser pädagogischen Disziplinen, neben dem ärztlichen bzw. Pflegepersonal sowie verschiedenen therapeutischen Schulen und PsychologInnen, versteht sich eine solche Institution als multiprofessionell (vgl. Remschmidt, 2000, S. 438). Die Zusammensetzung eines multiprofessionellen Teams birgt mehrere Vorteile um Kinder und Jugendliche ganzheitlich zu behandeln und zu betreuen. Die Kinder und Jugendlichen werden von den einzelnen Disziplinen unterschiedlich wahrgenommen und beobachtet. Diese Beobachtungen, Betrachtungen und Auffälligkeiten werden in Bezug auf die eigene Profession festgehalten und dokumentiert. Bei den regelmäßigen Teambesprechungen findet eine Zusammentragung all jener Dokumentationen und ein Austausch über das weitere Behandlungsprozedere hinsichtlich dieser Erkenntnisse statt (vgl. Reinker & Müller, 2008, S. 85f).

Das multiprofessionelle Team einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung erweist sich demnach als sehr groß und komplex hinsichtlich der Einzigartigkeit ihrer Disziplinen. Im Vergleich zu den Vorteilen, wie der Steigerung der ganzheitlichen Betrachtung, des Angebotes verschiedener spezifischer Therapiemöglichkeiten, oder der genauen Anpassung der Hilfeleistung an das Kind oder die/den Jugendliche/n, birgt diese große und kompetente Gruppe auch Nachteile. Zu erwähnen ist vor allem die Frage nach der Zuständigkeit und der Kompetenz bzw. der unterschiedlichen Stellung der Professionen. Das hierarchische Verhältnis soll zum Teil in kooperative Multiprofessionalität umgewandelt werden und zum anderen Teil, in den gewichtenden Fragen, aufrecht gehalten werden (vgl. Remschmidt, 2000, S. 438). Um diesen Rollenkonflikten entgegenzuwirken, Missverständnisse zu vermeiden, PatientInnen und Angehörigen Sicherheit und Kompetenz zu vermitteln, zusammenfassend ein harmonisches Team anzustreben, legen viele kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen großen Wert auf ein einheitliches Konzept und genaue Beschreibungen der jeweiligen Kompetenzbereiche (vgl. ebd., S. 438).

Diese genaue Beschreibung der beruflichen Stellung liegt vor allem bei MitarbeiterInnen vor, die eine ständige Präsenz in den Einrichtungen aufweisen. Nachstehend werden relevante pädagogische Stellenbeschreibungen, besonders die Position der Sozialpädagogik, dargestellt und ihr Arbeitsfeld kurz umrissen.

5.2.1 Fachliche Anforderungen und Qualifikationen an das pädagogische Personal

Wie oben bereits beschrieben handelt es sich hinsichtlich der pädagogischen Besetzung innerhalb kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen um ein sehr breit gefächertes Arbeitsfeld, welches grundlegende Qualifikationen zur Ausübung des jeweiligen Berufsfeldes voraussetzt (vgl. Remschmidt, 2000, S. 443). Diese Anforderungen können bezüglich individueller, teambezogener und institutioneller Aspekte unterschieden werden, so Reinker & Müller (2008, S. 93). Im Folgenden soll den individuellen Kompetenzen und der Rolle der SozialpädagogInnen betrachtet werden.

5.2.2 Individuelle Kompetenzen

Als Grundvoraussetzung gilt das unvoreingenommene Interesse an der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und deren Entwicklung. Pädagogische MitarbeiterInnen, im speziellen SozialpädagogInnen, in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen sind oftmals mit Kindern und Jugendlichen konfrontiert, die sozial unangebrachte Verhaltensweisen an den Tag legen oder aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung einen spezifischen Umgang fordern. Dies ist nicht zuletzt durch ihre Lebensgeschichte begründet und bedarf daher einer sensiblen Vorgehensweise und einem intensiven Beziehungsaufbau. Eine weitere Herausforderung stellt die Auseinandersetzung mit dem Bezugssystem und die Akzeptanz der familiären Strukturen dar. Norm- und Werthaltungen der Eltern bzw. Bezugspersonen unterscheiden sich in den meisten Fällen massiv von den persönlichen und fordern deswegen eine gute Stabilität bezüglich der eigenen Person und der Auseinandersetzung mit eigenen familiengeschichtlichen Erfahrungen (vgl. Reinker & Müller, 2008, S. 93). Belastungssituationen können gegebenenfalls auftreten, da das pädagogische Personal oftmals mit Kindern und Jugendlichen in Beziehung steht, die Missbrauchssituationen erfahren, vernachlässigt wurden, sexueller Gewalt ausgesetzt waren oder durch ihr Bezugssystem wenig bis keine Zuwendung erfahren konnten. Solche Situationen können bei SozialpädagogInnen zu persönlichen psychischen Grenzerfahrungen werden, da sie sich auf die Lebensgeschichte der Kinder und Jugendlichen kompetent einlassen und ihre Gefühle gegenüber dem vernachlässigenden Bezugssystem aushalten müssen (vgl. ebd., S. 93). Durch gut strukturierte Teambesprechungen, regelmäßiger Teilnahme an persönlicher Selbsterfahrung, Inanspruchnahme von Supervisionsmöglichkeiten und dem informativen Austausch zwischen den behandelten Disziplinen, kann einer persönlichen Überforderung als auch Abstumpfung entgegengewirkt werden. Empathisches, verständnisvolles und zugehendes Handeln ist Voraussetzung für eine gelingende Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die psychische Störungen oder inadäquate bzw. destruktive Verhaltensweisen aufweisen. Eine weitere wichtige Grundvoraussetzung ist das Wissen um das Phänomen der Übertragung. Kinder und Jugendliche spiegeln Verhaltensweisen ihres Bezugssystems auf SozialpädagogInnen der Einrichtung und wiederholen dadurch und mit ihnen oftmals konfliktreiche Situationen ihrer Herkunftsfamilie. Anzumerken ist, dass die Übertragungssituation auch im Zusammenleben mit den anderen Kindern und Jugendlichen auftreten kann oder der gesamte Personalstand mit dem Phänomen konfrontiert wird. Das pädagogische Personal ist dazu angeleitet, durch zuvor stattgefundene, tiefgehende Selbsterfahrung, Übertragungssituationen zu erkennen und sich dieses Phänomen hinsichtlich der weiteren Behandlung zu Nutze zu machen. Wird die

Übertragung des Kindes oder des/der Jugendlichen wahrgenommen, kann bewusst auf die Situation eingegangen und bekannte Muster der Familiendynamik verändert und neu konnotiert werden (vgl. ebd., S. 93f).

5.3 Rolle der SozialpädagogInnen

SozialpädagogInnen wird in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen hoher Stellenwert zu teil. Die Arbeitsweisen gleichen oftmals der des Pflegepersonals, da SozialpädagogInnen, je nach Einrichtungen, ebenfalls schichtweise in Tag- und Nachtdiensten vor Ort sind (vgl. Remschmidt, 2000, S. 444), jedoch sind sie in den meisten Fällen durch die Pflegedienstleistung weisungsgebunden (vgl. Denner, 2008, S. 58). In den vorangegangenen Kapiteln wurde das Arbeitsfeld mit seinen Berührungspunkten zu anderen Disziplinen bereits angeführt. Zugleich die individuellen Kompetenzen voraussetzen, dass SozialpädagogInnen über Fähigkeiten und Fertigkeiten zur (Selbst-)Reflexion, Teamfähigkeit, empathisches Handeln und eine verständnisvolle Haltung gegenüber der spezifischen Familiengeschichte verfügen, ist für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die unter psychischen Beeinträchtigungen leiden, die Beobachtungsgabe eine unerlässliche Voraussetzung. Die Beobachtung stellt eine entscheidende Methode dar. SozialpädagogInnen interagieren mit den Kindern und Jugendlichen in den unterschiedlichsten Situationen, die sich durch den gelebten Alltag ergeben. Sei es bei alltäglichen Geschehnissen, beim Spiel, im Umgang mit anderen stationär betreuten Kindern und Jugendlichen, im Verhalten gegenüber Autoritäten oder beispielsweise im Beziehungsaufbau zu anderen hinsichtlich des Nähe- und Distanz-Verhältnisses (vgl. Remschmidt, 2000, S. 444). Diese Beobachtungen im Verhalten der Kinder und Jugendlichen sind von großer Bedeutung für die Zuverlässigkeit der Erstellung einer ganzheitlichen Diagnose, zur Bestimmung des weiteren Therapieverlaufs als auch ein wesentlicher Bestandteil des Genesungsprozesses (vgl. ebd., S. 444).

Diese Merkmale allein umfassen jedoch nicht den gesamten Arbeitsbereich von SozialpädagogInnen. Ihre Tätigkeiten beziehen sich neben der Betreuung, Begleitung, Beobachtung und Elternarbeit auch auf Bereiche der Vernetzung. SozialpädagogInnen sind dazu angehalten, pädagogische Maßnahmen einzuleiten, die der Kinder- und Jugendhilfe entsprechen. Weiters setzen sie sich mit Themen der klinischen Versorgung, des Therapieangebotes und Unterstützungsmöglichkeiten für das Bezugssystem auseinander. Im Falle einer Kindeswohlgefährdung und Inobhutnahme durch das Pflegeschaftsgericht können SozialpädagogInnen eine tragende Rolle einnehmen (vgl. Kölch, Allroggen & Fegert, 2013, S. 514). Die sozialpädagogische Arbeit sieht auch vor, dass die

MitarbeiterInnen aktiv in die Gestaltung der Alltagsstruktur und die regelmäßigen Abläufe eingreifen, gruppen- und freizeitpädagogische Aktivitäten planen, organisieren und durchführen sowie Präsenz im multiprofessionellen Team und in der Arbeit mit dem Bezugssystem zeigen (vgl. Denner, 2008, S. 58). Kölch, Allroggen & Fegert (2013, S. 514) sehen auch in der Kontaktaufnahme und Koordination zwischen unterschiedlichen Helfersystemen, Veranlassung pädagogischer und therapeutischer Methoden, Beratungsangebote für Unterstützungsmöglichkeiten sowie in der Begleitung und Hilfestellung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund einen wichtigen Bereich in der Arbeit von SozialpädagogInnen im stationären Setting einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung.

Sozialpädagogisches Vorgehen spielt auch in der Diagnostik eine erhebliche Rolle. Nicht nur durch Beobachtungsprotokolle und den Einfluss der lebensgeschichtlichen Auffassung kann eine genauere Diagnose erstellt werden. Vielmehr werden durch die sozialpädagogische Idee der Diagnose Ressourcen und Stressoren für Kinder und Jugendliche erkannt, die sie in ihrem täglichen gesellschaftlichen Leben und in der Interaktion mit ihren Mitmenschen beeinflussen. Durch die Erstellung individueller Förder- und Hilfeplanungen kann sie maßgeblich zu einem positiven Therapieverlauf beitragen (vgl. ebd., S. 516).

6 Rechtliche und ethische Aspekte kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen

In Österreich werden gesetzliche Belange, die alle Kranken- und Kuranstalten betreffen durch das Bundesgesetz für Kranken- und Kuranstalten geregelt. Dieses gilt als Grundsatzgesetz und trat 1957 in Kraft (KAKuG, 1957, o.S.). Jedes Bundesland weist dahingehend ein eigenes Krankenanstaltsgesetz auf. In der Steiermark wurde dieses 1998 umgesetzt und regelt seither die rechtlichen Bestimmungen dieser (vgl. KALG, 1998, o.S.). Vorschriften hinsichtlich der Anstaltsordnung sind im Bundesgesetz für Krankenanstalten- und Kuranstalten ersichtlich. Diese beinhaltet gesetzliche Bestimmungen bezüglich der Abteilungen und Sonderkrankenanstalten der Psychiatrie. Als Beispiel legen § 37 (1) und § 37 (2) den Abteilungen auf, psychisch beeinträchtigte Menschen aufzunehmen und ihren Gesundheitszustand zu ermitteln und eine geeignete Behandlung anzuwenden, um den Zustand zu verbessern. Die Führung der psychiatrischen Abteilungen und Sonderkrankenanstalten wird dem § 38 mit seinen Unterteilungen geregelt. Grundsätzlich ist eine solche Einrichtung offen zu führen, kann aber unter bestimmten Voraussetzungen geschlossene Bereiche anbieten (vgl. KAKuG, 1957, o.S.). Die gleichen rechtlichen Rahmenbedingen finden sich in der steiermärkischen Abhandlung des Krankenanstaltengesetzes (vgl. KALG, 1998, o.S.).

Des Weiteren gilt es in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen Kinderrechte zu wahren und handlungsorientiert nach den Prinzipien der EACH-Charta vorzugehen, welche in den nächsten Punkten genauer behandelt wird. Zusätzlich kommen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen spezielle gesetzliche Grundlagen zum Tragen wie dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG), dem Unterbringungsgesetz (UbG) sowie der Zustimmung zur Verschwiegenheit des gesamten Personals. Genannte Grundlagen werden in nachstehenden Ausführungen erörtert.

6.1 Kinderrechte

Die Entstehung der Kinderrechte blickt auf eine langwierige Entwicklung zurück. 1959 wurde im Rahmen der Menschenrechtserklärung auch der Aspekt der Kinderrechte miteingearbeitet. 1989 wurde der internationale Vertrag fertiggestellt und ist unter den Namen der Kinderrechtskonvention bekannt. Dieser schreibt jedem Kind Rechte hinsichtlich politischer, ökonomischer, kultureller und bürgerlicher Ausrichtungen zu, die ab dem Zeitpunkt der Geburt als geltend und verpflichtend anzusehen sind (vgl. Staudinger, 2005/2008, S. 7f). Kinderrechte zählen gleichwertig zu den Menschenrechten und erhielten durch die Ratifizierung einen besonderen Stellenwert in der Gesellschaft, obgleich

nicht alle Länder als Vertragspartner gelten und dennoch große Ungerechtigkeiten auf den Rücken der Kinder ausgetragen werden. Nichts desto trotz, die Kinderrechtskonvention, kurz KRK, wurde in Österreich 1992 ratifiziert und 1995 unterzeichneten 184 weitere Staaten die UN-Konvention (vgl. ebd., S. 7f).

Hiebl (2009, S. 40) weist in seinem Artikel über Kinderrechte auch darauf hin, dass sich die Konvention sehr förderlich auf Debatten bezüglich des Ausbaus der Rechte auswirke. Dies lässt sich in den Neuerungen des Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetzes im Jahre 2013 bestätigen, indem die Kinderrechte verstärkt Platz einnehmen konnten und eine maßgebliche Förderung der Partizipation eingerichtet wurde (vgl. Hiebl, 2013, S. 44).

Die KRK wird in 54 Artikel eingeteilt, die die Rechte der Minderjährigen schützen. Diese 54 Artikel werden von drei großen Säulen getragen, den sogenannten „3 P’s“. Darunter zu verstehen sind das Recht auf Schutz (Protection), das Recht auf Versorgung (Provision) sowie das Recht auf Mitbestimmung (Partizipation) (vgl. BMFI, 2017, o.S.).

6.1.1 EACH-Charta

Im Zuge der Umsetzung der UN-Konvention gilt es im Bereich des stationären Aufenthaltes auch die EACH-Charta einzuhalten. Die Abkürzung EACH steht für European Association for Children in Hospital und agiert als Dachverband zur Sicherung des Kindeswohles vor, während und nach stationären Unterbringungen (vgl. Staudinger, 2005/2008, S. 14f). EACH wurde 1950 unter dem Aspekt gegründet, dass Kinder und Jugendliche in psychischen und emotionalen Belangen im Krankenhaus nicht ausreichend versorgt wurden und daraus resultierend längerfristige negative Auswirkungen auftreten konnten. 2001 wurde die EACH Charta ausführlichen Erläuterungen unterzogen, um auf die derzeitige Notwendigkeit und Wirksamkeit aufmerksam zu machen. Nach wie vor kommen der EACH Charta Aktualität und Relevanz bezüglich der Betreuungssituation zu (vgl. EACH, 2006, S. 6f).

16 Organisationen aus 14 Ländern haben sich dazu verpflichtet alle Rechte, die in der EACH Charta beschrieben sind, mit zutreffenden oder abzuleitenden Maßnahmen hinsichtlich des Kindeswohles zu sichern. Weiters gelten angeführte Rechte für alle Kinder, unabhängig ihres Hintergrundes und dies nicht nur im stationären, sondern auch ambulanten Setting als auch ungebunden an Ort, Grund sowie Art der Behandlung (vgl. ebd., S. 9).

Folglich werden die 10 Artikel der EACH Charta aufgezeigt (EACH, 2006, S. 11ff):

- 1) Kinder sollen nur dann in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wenn die medizinische Behandlung, die sie benötigen, nicht ebenso gut zu Hause oder in einer Tagesklinik erfolgen kann.
- 2) Kinder im Krankenhaus haben das Recht, ihre Eltern oder eine andere Bezugsperson jederzeit bei sich zu haben.
- 3) Bei der Aufnahme eines Kindes ins Krankenhaus sollen Eltern bzw. Bezugspersonen Möglichkeiten der Mitaufnahme angeboten werden. Ihnen soll Unterstützung zu Teil werden und es soll eine Ermutigung zur Mitaufnahme stattfinden. Eltern bzw. Bezugspersonen sollen daraus keine zusätzlichen Kosten oder Einkommenseinbußen entstehen. Um an der Pflege ihres Kindes teilnehmen zu können, sollen Eltern bzw. Bezugspersonen über die Grundpflege und den Stationsalltag informiert werden. Ihre aktive Teilnahme daran soll unterstützt und gefördert werden.
- 4) Kinder und Eltern bzw. Bezugspersonen haben das Recht, in angemessener Art, ihrem Alter und Verständnis entsprechend informiert zu werden. Es sollen Maßnahmen ergriffen werden, um zusätzlichen körperlichen und seelischen Stress zu mildern.
- 5) Kinder und Eltern bzw. Bezugspersonen haben das Recht, in alle Entscheidungen, die ihre Gesundheitsfürsorge betreffen, einbezogen zu werden. Jedes Kind soll vor unnötigen medizinischen Behandlungen und Untersuchungen geschützt werden.
- 6) Kinder sollen gemeinsam mit Kindern betreut werden, die hinsichtlich ihres Entwicklungsstandes ähnliche Bedürfnisse haben. Kinder sollen nicht in Erwachsenenstationen aufgenommen werden. Es soll keine Altersbegrenzung für Besucher von Kindern im Krankenhaus geben.
- 7) Kinder haben das Recht auf eine Umgebung, die ihrem Alter und Zustand entgegenkommt und die umfangreichen Möglichkeiten zum Spielen, zur Erholung und Schulbildung gibt. Die Umgebung soll für Kinder geplant, möbliert und mit Personal ausgestattet sein, welche den Bedürfnissen von Kindern gerecht werden.
- 8) Kinder sollen von Personal betreut werden, das durch Ausbildung und Einfühlungsvermögen befähigt ist auf körperliche, seelische und entwicklungsbedingte Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien einzugehen.
- 9) Die Kontinuität in der Pflege kranker Kinder soll durch ein multiprofessionelles und vernetztes Team sichergestellt sein.
- 10) Kindern sollte mit Taktgefühl und Verständnis gegenübergetreten werden und ihre Intimsphäre soll jederzeit respektiert werden.

6.2 Kinder- und Jugendhilfegesetz

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz wurde 2013 überarbeitet und lässt sich in zwei große Bereiche unterteilen. Dem ersten Teil liegen Grundsatzbestimmungen, Leistungen, Erziehungshilfen oder auch Gefährdungsabklärungen zugrunde, die innerhalb eines Jahres durch die Länder als sogenannte Ausführungsgesetze umzusetzen sind (vgl. Hiebl, 2013, S. 44). Die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe stehen unter der Trägerschaft des Landes, welches Organisationen mit der Umsetzung der Leistungen und Aufgabenerbringung betraut (vgl. B-KJHG, 2013, §10 (1-2)). Das Aufgabengebiet der Kinder- und Jugendhilfe wird im §3 des B-KJHG ausführlich erläutert. Darunter fallen Beratungsangebote, Gefährdungsabklärungen und Hilfeplanungen sowie Erziehungshilfen oder auch Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit. Die Umsetzung dieser Tätigkeitsbereiche sollte zur Zielumsetzung hinsichtlich der Familien- bzw. Erziehungsstärkung beitragen, Bewusstseinsbildung im Sinne der Pflege und Erziehung schaffen sowie die individuelle Entwicklung als auch Schutz vor Gewalt und/oder Vernachlässigung gewährleisten (vgl. ebd., §2 (1-5)).

Der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit den unmittelbaren Anwendungsrechten (vgl. B-KJHG, 2013, o.S.) und wurde 2013 wichtigen Erneuerungen unterzogen (vgl. Hiebl, 2013, S. 44). Diese Aktualisierungen enthalten das erweiterte Recht der Kinder- und Jugendhilfe Einsicht in die geführte Sexualstraftäterdatei bei Erziehungshilfen- sowie Gefährdungsabklärungen zu erhalten. Weiters fand eine Erweiterung der Meldepflicht bei Kindeswohlgefährdung aller Professionen statt, die in ihrer Tätigkeit mit Kindern und Jugendlichen in Verbindung stehen. Anzumerken ist, dass keine Meldepflicht besteht, sollte sich die Gefährdung durch professionelles Handeln relativieren lassen (vgl. ebd., S. 44). Zu diesen Berufsgruppen zählen neben gerichtlichen bzw. behördlichen Einrichtungen, Schulen und Betreuungseinrichtungen, private Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen auch Kranken- und Kuranstalten sowie Institutionen der Hauskrankenpflege (vgl. B-KJHG, 2013, §37 (1)). Zusätzliche Veränderungen fanden in der Sicherung des Kindeswohls bzw. in der Gefährdungsabklärung statt, welche nun als Verfahren gesetzlich festgeschrieben sind. Jugendlichen wird das Recht zugesichert, ab dem vollendeten 14. Lebensjahr, uneingeschränkte und zumutbare Einsicht in laufende Dokumentationen zu erhalten (vgl. Hiebl, 2013, S. 44), sofern keine Gefährdung der persönlichen Entwicklung, des psychischen Zustandes droht oder persönliche Interessen verletzt werden (vgl. B-KJHG, 2013, §7).

6.3 Unterbringung von Kindern und Jugendlichen

Die Unterbringung eines Menschen mit psychischen Erkrankungen unterliegt einer weiteren Rechtsvorschrift. Das Unterbringungsgesetz beinhaltet Rechtsvorschriften hinsichtlich des Unterbringens auf eigenem Wunsch oder ohne Zustimmung, die generellen Voraussetzungen einer Unterbringung, die ärztliche Herangehensweise sowie die Pflicht der Vertraulichkeit, Mitteilung und Persönlichkeitsrechtsbewahrung. Das Unterbringungsgesetz findet seit 1990 Anwendung (vgl. UbG, 1990, o.S.).

Eine besondere Situation ergibt sich, sobald ein Kind oder ein Jugendlicher im stationären Kontext aufgenommen wird. Die Aufnahme erfolgt aufgrund der Minderjährigkeit ohne Verlangen des Kindes oder der/des Jugendlichen. Eine Unterbringung ohne Verlangen einer Person darf nur dann durchgeführt werden, „wenn ein im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt oder ein Polizeiarzt sie untersucht und bescheinigt, daß [sic!] die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen“ (UbG, 1990, § 8). Liegen die Voraussetzungen einer Unterbringung vor, muss der Abteilungsleiter der psychiatrischen Einrichtung ebenfalls unverzüglich eine Untersuchung veranlassen. Im Fall der Einweisung eines minderjährigen Kindes oder Jugendlichen kann dies durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit Spezialisierungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt werden (vgl. ebd., § 10 (1-4)).

Bei der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen ohne Verlangen gilt es ebenfalls Unterscheidungen zu treffen. Zum einen können Kinder oder Jugendliche durch die Sorgeberechtigten eingewiesen werden. Um eine Einweisung als Sorgeberechtigte/r zu veranlassen, muss ein entsprechender Antrag beim Familiengericht eingereicht werden, unter der Voraussetzung, dass das Kind oder die/der Jugendliche unter einer psychischen Störung leidet und einer Versorgung bedarf, dieser aber krankheitsbedingt nicht zustimmt (vgl. Denner, 2008, S. 77).

Zum anderen kann eine solche Unterbringung aber auch ohne Einverständnis der Sorgeberechtigten angewiesen werden. In diesem Falle muss eine akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung vorliegen (vgl. ebd., S. 77). Dann können alle Personen, die mit dem Kind oder der/dem Jugendlichen in Kontakt stehen wie beispielsweise LehrerInnen, PädagogInnen oder Familienangehörige eine Meldung veranlassen. Das Verfahren richtet sich nach dem Unterbringungsgesetz und muss zunächst von einem Amtsarzt veranlasst werden und unterliegt in weiterer Folge Nachuntersuchungen, ob eine Einweisung rechtmäßig eingeleitet wurde (vgl. UbG, 1990, § 8 - § 10).

6.3.1 Herausforderungen in der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche als PatientInnen innerhalb einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung zu versorgen und zu betreuen verlangt ein hohes Maß an Empathie und immer erneuter Abwägung ethischer Ansprüche. Um einen bestmöglichen Therapieverlauf zu gewährleisten und einen tragenden Beziehungsaufbau zu unterstützen sind unterschiedliche Voraussetzungen von Nöten. Hierzu zählt vor allem eine klare, verständliche und detailgetreue Aufklärung der Kinder und Jugendlichen als auch ihrer Bezugspersonen. Weitere wichtige, fundierende Elemente sind der respektvolle Umgang mit den minderjährigen PatientInnen, die Schaffung der Möglichkeiten zur Partizipation und Mitentscheidung in allen Belangen, das transparente Handeln als auch das Garantieren der Schweigepflicht und somit Aufbau eines Vertrauensverhältnisses (vgl. Kölch, Allroggen & Fegert, 2013, S. 468).

6.3.2 Autonomie und Selbstbestimmung

Die Herausforderung, die sich hinsichtlich der Autonomie bei minderjährigen PatientInnen ergibt, betrifft die Annahme, dass Minderjährige die Grundansprüche für vollständige Autonomie nicht erfüllen. Ihre kognitiven Fähigkeiten, der moralisch-ethisches Bewusstsein als auch die Selbstständigkeit und Abwägung von Konsequenzen einer Entscheidung unterliegen dem individuellen Entwicklungsstand. Kinder und Jugendliche sind in diesen Fällen oftmals auf die Entscheidung angewiesen, die ihre Obsorgeberechtigten treffen. In der Behandlung entsteht ein sogenanntes triadisches Verhältnis, welches die minderjährigen PatientInnen, die behandelten ÄrztInnen und die mit der Obsorge betrauten Personen einschließt. Diese Dreiecksbeziehung bedarf großer Geduld und einer sehr guten Aufklärung aller Beteiligten. Im Laufe einer Behandlung bzw. im generellen Krankheitsverlauf und steigendem Alter der Betroffenen, kommt den Minderjährigen auch immer mehr Entscheidungsfreiheit zu. Der Entscheidungsprozess wird als variabel und situationsspezifisch beschrieben und erlaubt es daher, den Einfluss der Partizipation der Kinder und Jugendlichen in gewissen Belangen zu erhöhen (vgl. ebd., S. 468f). Die Tatsache, dass der Meinung und Entscheidung eines Kindes bzw. einer/eines Jugendlichen Beachtung geschenkt werden muss, ist speziell in den Artikeln 12 und 13 der UN-Kinderrechtskonvention verankert. Das Gesetz zur Wahrung der Kinderrechte wurde in Österreich im Jahre 1990 unterzeichnet und trat 1992 in Kraft und gilt seither als Richtlinie der Kinderrechte (vgl. UN-KRK, 1990, o.S.).

6.4 Schweigepflicht und ihre Ausnahmen

Grundsätzlich unterliegt der/die behandelnde Arzt/Ärztin der Schweigepflicht. Diese umfasst alle Behandlungsvorgänge, Aufklärungssituationen und Entscheidungen der PatientInnen. Bei Nichteinhalten der Schweigepflicht droht strafrechtliche Verfolgung. In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen stellt die Einhaltung der Schweigepflicht eine große Herausforderung dar, da unterschiedliche Eingriffe von den Sorgeberechtigten bewilligt werden müssen (vgl. Kölch u.a., 2013, S. 471). Laut Kölch (2013, S. 471f) konnte sich das offene und transparente Arbeiten in der Praxis bewähren. Es sei von Vorteil mit den Sorgeberechtigten bereits zu Beginn einen guten Kommunikationsfluss aufzubauen und alle Informationen bekannt zu geben. Dadurch sei es auch möglich bereits zu diesem Zeitpunkt in spezifischen Belangen eine Schweigepflichtsentbindung zu forcieren. In den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen ist in der Regel das gesamte Familiensystem von der Schweigepflicht betroffen (vgl. ebd., S. 471). Laut dem Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz (2013, §6) sind alle Personen, die mit den Kindern und Jugendlichen in einer Arbeitsbeziehung stehen, zur Verschwiegenheit angehalten. Jedoch wird auch darauf verwiesen, Informationen an das Familien- bzw. Bezugssystem zu übermitteln, sofern Kinder und Jugendliche den ausdrücklichen Wunsch dahingehend äußern und es für den weiteren Behandlungsverlauf dienlich ist.

Zu erwähnen ist, dass Verschwiegenheitspflichten aufgehoben werden können, wenn konkrete Situationen bzw. Bestandteile vorliegen. Laut § 54 des Ärztegesetzbuches besteht die Schweigepflicht nicht, wenn der Arzt gegenüber den Krankenkassen oder Sozialversicherungsträgern Meldung zu erstatten hat, er von seiner Verschwiegenheit durch den/die Patient/in entbunden wurde, eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder vorsätzliche Gewalt angewandt wurde – hier muss Meldung an die zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger erstattet werden und an Kinder- bzw. Opferschutzzentren verwiesen werden (vgl. ÄrzteG, 1998, § 54). Weiters unterliegen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe einer Pflicht zur Informationserstattung an den Träger. In strafrechtlichen Verfahren kann diese ebenfalls im Sinne der Auskunft einer Kindeswohlgefährdung aufgehoben werden (vgl. B-KJHG, 2013, §6 (2-4)).

7 Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik

Der Begriff Diagnose stammt ursprünglich aus dem Griechischen und kann als Unterscheidung oder Entscheidung verstanden werden (vgl. Gahleitner & Pauls, 2013, S. 61).

Eine Diagnose, die im medizinischen oder psychologischen Kontext erstellt wird, ist laut Duden (2016) eine „Feststellung, Bestimmung einer körperlichen oder psychischen Krankheit“. Die Erstellung einer Diagnose wird durch den Arzt vorgenommen und trägt zur Klassifizierung verschiedener Krankheitsbilder bei. Die Bestimmung einer Krankheit mit einem Namen, einer Diagnose, trägt nicht nur dazu bei, den behandelten Fachkräften eine Unterstützung zu bieten, sondern auch den Betroffenen eine Erklärung zu liefern. Eine Diagnose ergibt sich folglich aus der Summe der Symptome und ermöglicht eine genaue Beschreibung des Krankheitsbildes (vgl. Denner, 2008, S. 78). Innerhalb der sozialpädagogischen Arbeit wird der Fokus nicht allein auf eine Klassifizierung der Symptome gelegt, wie es oftmals im rein medizinischen Kontext der Fall ist. Es werden vielmehr alle Aspekte, die die Person betreffen, betrachtet und gleichsam gewichtet. Neben personalen, interpersonalen, institutionellen und familiären Merkmalen, werden auch dem soziokulturellen Milieu und der sozialberuflichen Stellung Beachtung geschenkt (vgl. Gahleitner & Pauls, 2013, S. 61f). Ein Kind oder eine/n Jugendliche/n zu diagnostizieren wird immer wieder kritisch betrachtet. Vorherrschend ist hierbei das Risiko einer bleibenden Stigmatisierung und einer frühen Ausgrenzung aus der Gesellschaft (vgl. Pantucek, 2013, S. 84).

Gegenüber der medizinischen Vorgehensweise der Diagnoseerstellung steht die Auffassung nach der Sozialdiagnostik. Diese steht in der andauernden Wechselwirkung zwischen den individuellen Problemlagen und dem sozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen. Grundsätzlich beschreibt die Soziale Diagnostik den Problemkontext und versucht gemeinsam mit den PatientInnen eine gemeinsame Bezeichnung dessen zu finden, sie arbeitet lösungsorientiert und stellt die Frage nach vorhandenen Ressourcen, ermöglicht die Erkenntnis von problemrelevanten Zusammenhängen und zeigt auf, dass Wirkung und Nebenwirkung von Aktion und Intervention veränderbar sind und sich auf die Problembearbeitung auswirken (vgl. Pantucek, 2012, S. 81).

Die folgende Bearbeitung beschäftigt sich mit der sozialpädagogischen Diagnose und ihren Herangehensweisen. Es wird versucht aufzuzeigen, welchen Stellenwert SozialpädagogInnen bezüglich der Partizipation in der Diagnoseerstellung einnehmen. Weiters wird auf die klassischen Klassifikationssysteme psychischer Krankheiten Bezug genommen.

7.1 Sozialpädagogische Diagnostik

„Sozialpädagogische Diagnosen haben das Ziel, komplexe Lebenszusammenhänge zu erfassen, zu verstehen und zu beurteilen. Dabei ist es für soziale Probleme durchaus typisch, dass unterschiedliche Sichtweisen konkurrieren, was eigentlich das Problem ausmacht bzw. was der Fall ist“ (Galuske, 2013, S. 219).

Die Wichtigkeit des Begriffs der Diagnose per se ist unumstritten und eng verbunden mit dem medizinischen Kontext. Durch den Einbezug der Lebenswelt der PatientInnen und der Idee Menschen ganzheitlich zu sehen und daraus zu schließen, kommt der sozialpädagogischen Herangehensweise zur Diagnostik seit den 1990er Jahren immer mehr Bedeutung zu. SozialpädagogInnen legen in ihrer Erstellung einer Diagnose großen Wert auf die Ganzheitlichkeit, die Einschätzung von Risikofaktoren, die Lebensweisen der PatientInnen sowie auf Faktoren, die durch das soziale Umfeld bedingt sind (vgl. Galuske, 2013, S. 217f). Als Profession gilt es sich von der Medizin abzugrenzen und sich eigene spezifische sozialpädagogische Methoden zu Nutze zu machen. Der medizinische Ansatz eine Diagnose als Überprüfung und Klassifikation einzusetzen, um einzuteilen unter welcher Krankheit ein/e Patient/in leidet, gilt objektiv als sehr bewährt. Sozialpädagogisch bzw. psychosozial gesehen, könnte an diesem Ansatz insofern Kritik geübt werden, da die Individualität und lebensweltlichen Einflüsse auf PatientInnen ungenügend berücksichtigt würden. Problemkonstellationen werden in psychosozialen Diagnoseverfahren als komplexer angesehen, werden mehr mit Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien in Verbindung gebracht, stellen Fragen nach persönlichen Ressourcen, früheren und derzeitigen Lebenssituationen und individuellen Stressoren und werden ebenfalls auf erlernte Verhaltens- und Beziehungsstrukturen überprüft (vgl. Galuske, 2013, S. 218). Demnach ist die Zielsetzung der psychosozialen Diagnostik:

„Lebenslagen, Lebensweisen und Lebenskrisen und deren Veränderung unter den jeweils gegebenen Kontextbedingungen zu analysieren, Zusammenhänge zu verstehen und psychosoziale Intervention fachlich zu begründen“ (Pauls, 2013, S. 198).

Es wird versucht diese Zielsetzung vor allem durch das Medium der Beobachtung zu erreichen. Hierbei können jene komplexen Ausgangslagen differenziert und genauer betrachtet werden. Die sozialpädagogische Diagnostik ist grundlegend lösungsorientiert ausgelegt und versucht mit ihren Interventionsmethoden eine Veränderung in

Problemkonstellationen bzw. im Leben der PatientInnen zu bewirken (vgl. Galuske, 2013, S. 205). Diese Interventionsmethoden werden auf die zuvor durchgeführten Beobachtungen abgestimmt. SozialpädagogInnen legen nicht nur großen Wert auf direkte Beobachtungen der verbalen und nonverbalen Kommunikation, sondern auch auf den zwischenmenschlichen Umgang und das Interaktionsverhalten, gezielte Anweisung zur Selbstbeobachtung der PatientInnen, die Aufforderungen nach Einschätzungen und Fremdbeobachtungen durch das soziale Umfeld sowie ebenfalls auf computerunterstützte Diagnoseerhebungen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist das zu Nutze machen des Phänomens der Übertragung und Gegenübertragung. Um durch dieses Prinzip reliable Resultate zu erzielen, braucht es persönliche Arbeitserfahrung und eine gute Beziehungsbasis (vgl. ebd., S. 205).

Die alleinige Erstellung einer psychosozialen Diagnose reicht jedoch nicht aus, um eine medizinische Diagnostik zu umgehen. Beide sind wichtiger Bestandteil im Krankheits- bzw. Genesungsverlauf der PatientInnen. Psychosoziale Herangehensweisen erweisen sich zumeist als sehr umfangreich und aufwendig, da nicht nur die körperliche Symptomatik im Vordergrund steht, sondern auch die Ganzheitlichkeit und soziale Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Dadurch werden im stationären Kontext durch SozialpädagogInnen konsequent Evaluierung und Überprüfungen vorgenommen, die aufzeigen, „was der Fall ist“, welche Interventionsmaßnahmen Erfolge in der psychischen Verfassung als auch im alltäglichen sozialen Umfeld der PatientInnen aufweisen und welche nicht. Ebenfalls wird beobachtet, wodurch Stressoren reduziert werden könnten (vgl. Pauls, 2013, S. 200). Durch die Auswirkung von lebensweltlichen Ereignissen und individuelle sowie soziale Einflüsse auf das Krankheitsbild, legte Müller (2006, S. 123ff) Kriterien fest, die eine sozialpädagogische Herangehensweise unterstützen bzw. einer bedürfen.

Müller geht davon aus, dass sozialpädagogische Diagnostik abklären soll, wer als betroffen gelte und was für diejenige/denjenigen die Problemkonstellation darstellt sowie durch Selbstreflexion zu erkennen, wo die Profession der Sozialpädagogik die Herausforderung sieht. Weiters gelte es den Beziehungsaufbau zu begünstigen und den Schwerpunkt nicht auf sachliche Gegebenheiten zu reduzieren. Es müsse festgestellt werden, welche Mandate einbezogen werden könnten und welche Lösungsvorschläge sich durch die ganzheitliche Arbeit ergeben würden und welche „Nebenwirkungen“ diese Lösungsansätze aufzeigen könnten. Die Problemkonstellation gehöre aufgeschlüsselt, um zu erkennen, welchem Teilbereich zunächst Priorität gegeben werden sollte und welche Zuständigkeitsbereiche unterteilt werden könnten. Abschließend bedürfe es der Klärung der Zielsetzung und der

Erarbeitung von Meilensteinen, um PatientInnen aufzuzeigen, welche Ziele durch Eigeninitiative erreicht werden können und welche einen Zwischenschritt verlangen.

Sozialpädagogischer Diagnostik kommt in einem interdisziplinären Team als Ergänzung große Bedeutung zu. Durch die überdauernde und genaue Beobachtung durch SozialpädagogenInnen wird die Möglichkeit offeriert, problem- bzw. störungsrelevante Merkmale in konkreten Situationen zu erkennen als auch Ressourcen und Stressoren herauszufiltern. PatientInnen agieren in und durch ihr soziales Umfeld und durch die daraus resultierende Wechselwirkung entstehen Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten, auf Beziehungen, auf psychosoziale und materielle Ressourcen als auch auf generelle Umwelteinwirkungen und die individuelle Frustrationstoleranz bzw. individuellen Bewältigungsmechanismen. SozialpädagogenInnen orientieren sich in ihren Aufzeichnungen bzw. Beobachtungsprotokollen an der medizinischen Terminologie. Das multiprofessionelle Team ist dazu angehalten sich in seinem Sprachgebrauch und der fächerübergreifenden Begrifflichkeiten und Definitionen einheitlich auszudrücken, um einen fließenden Informationsaustausch zu gewährleisten sowie identische und genaue Informationen an PatientInnen und deren Angehörige weitergeben zu können. ÄrztInnen, PsychologInnen bzw. FachärztInnen orientieren sich in ihrer Diagnose zumeist an den Klassifikationssystemen des International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) und des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM). Diese erlauben eine Vereinheitlichung und Strukturierung des Krankheitsbildes. Sozialpädagogische Diagnostik kann zielführend dazu beitragen diese Klassifizierung zu spezifizieren und eine genauere Einteilung zu forcieren (vgl. Galuske, 2013, S. 202).

7.2 Klassifikationssysteme

Der Klassifikation von Störungs- bzw. Krankheitsbildern kam in den letzten Jahren immer mehr Bedeutung zu. Der Anstieg der Aufmerksamkeit ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass eine Vereinheitlichung stattfinden kann und eine gute Grundlage für weiteres Vorgehen aufbereitet wird. Klicpera und Gasteiger-Klicpera (2007, S. 11) bezeichnen eine Klassifikation als „Sammlung von Erfahrungen, über die Genese von Störungen, über den Verlauf von Störungen, über Einflussfaktoren auf den Verlauf sowie über den Erfolg von therapeutischen Interventionen bei bestimmten Störungen“.

Pantucek (2012, S. 282) weist darauf hin, dass die Entwicklung der Klassifikationssysteme durch Medizin und Psychiatrie von großer Bedeutung hinsichtlich der Strukturierung der Diagnosen, der weltweiten Anerkennung sowie Vereinheitlichung der Kommunikation sei,

„damit spielen Klassifikationssysteme eine wichtige Rolle für die Entwicklung einer internationalen Kultur und Wissensbasis medizinischer Professionalität“.

Wie bereits eingangs erwähnt, bedient sich das diagnostische Verfahren zum Erfassen psychischer Störungen im medizinischen Kontext stark an den international anerkannten Klassifikationsschemata des DSM und des ICD. Beide Leitlinien unterliegen der ständigen Spezifizierung und Überarbeitung der jeweiligen Herausgeber.

7.2.1 Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM)

Die amerikanische psychiatrische Gesellschaft brachte 2013 die fünfte Neuauflage des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen heraus. Diese Neuerscheinung und die Überarbeitungen einzelner Krankheitsbilder führte zu einer weitgefächerten Diskussion, da diese den Diagnoseschlüssel der Weltgesundheitsorganisation maßgeblich beeinflusste (vgl. Hauschild, 2012, o.S.). Neben der Erfassung der psychischen Störungen werden auch wissenswerte Details über bekannte Ursachen, Statistiken bezüglich des Auftretens und der Prognose als auch Ergebnisse zu den Behandlungsverläufen und -erfolgen erhoben (vgl. Pantucek, 2012, S. 284).

Das Klassifikationssystem zeichnet sich dadurch aus, das es multitaxial ist und mehrere Achsen umfasst. Pantucek beschreibt die Achsen 2012 wie folgt:

Achse I: Klinische Störungen und andere klinische relevante Probleme

Achse II: Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung

Achse III: medizinische Krankheitsfaktoren

Achse IV: psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme

Achse V: globale Erfassung des Funktionsniveaus.

Die Klassifikation durch den DSM zeichnet sich durch seinen Einfluss hinsichtlich der genauen Definitionskriterien aus. Des Weiteren können Einflüsse, die keinen psychischen Hintergrund aufweisen, aber dennoch bedeutungsvoll sein können, mit den sogenannten V-Codes verzeichnet werden. Zu diesen Kriterien zählen beispielsweise Eheprobleme, Problematiken im schulischen/beruflichen Kontext, usw. (vgl. Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007, S. 16f.).

7.2.2 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)

Der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, kurz ICD, wird in regelmäßigen Abständen von der World Health Organization herausgegeben und überwacht. Sie wird in regelmäßigen, kleineren Abständen aktualisiert und in größeren Abständen einer Revision unterzogen. Dadurch zählt die ICD zu den am meist angewendeten Diagnoseklassifikationen im medizinischen Kontext (vgl. DIMDI, 2016, o.S.).

Die derzeitige Version, die in der Erstellung von Klassifikationen Anwendung findet, ist die ICD-10. Diese wurde von der WHO im Mai 1990 veröffentlicht. Die Verabschiedung der elften Revision der ICD wird 2018 durch die WHO erwartet (vgl. WHO, 2016, o.S.). Das deutsche Bundesministerium übergab die Übersetzung und Herausgabe der deutschen Version dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (vgl. Pantucek, 2012, S. 282). Die Klassifikation durch den Leitfaden der ICD erlaubt es, psychische Störungen spezifisch zu beschreiben und zu kategorisieren. Als Grundlage dieser kategorischen Zuweisung ist die Symptomatik des Einzelnen zu verstehen. Der weitere Verlauf zeigt eine weitere Bewertung der auftretenden Symptome hinsichtlich Häufigkeit, Intensität und Dauer (vgl. Denner, 2008, S. 17).

7.2.3 Multiaxiales Klassifikationssystem (MAS)

Das multiaxiale Klassifikationssystem findet vor allem im deutschsprachigen Raum große Anerkennung. Es wird in den europäischen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen am häufigsten verwendet und konnte in empirischen Untersuchungen in seiner Wirksamkeit überzeugen (vgl. Remschmidt, 2000, S. 95f). Das Klassifikationssystem basiert auf den Indikatoren der ICD und beschreibt sechs Achsen, die psychische Störungen als auch weitere wichtige Einflüsse beschreiben (vgl. BMG, 2016, S. 41). Durch die Beschreibung der Krankheiten anhand unterschiedlicher Achsen, kann das Diagnosemodell des DSM ebenfalls als multiaxiales System verstanden werden, wobei es bei der Entstehung nicht zwangsläufig diesem Anspruch gerecht werden wollte (vgl. Remschmidt, 2000, S. 96). Der DSM beschreibt psychische Störung anhand von fünf Achsen, welche zum gewissen Teil jenen des MAS auf Basis der ICD entsprechen. Nachstehende Tabelle soll einen Überblick über die Aufteilung der Achsen gewährleisten und die Möglichkeit der Vergleichbarkeit zeigen.

<p>MAS auf der Basis von ICD-10 (WHO, 1991; Remschmidt u. Schmidt, 1994)</p>	<p>Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) der American Psychiatric Association (APA 1994, deutsche Ausgabe 1996)</p>
<p>I. Klinisch-psychiatrisches Syndrom:</p> <p>Kategorien der ICD-10 unter der Einbeziehung spezieller kinderpsychiatrischer Kategorien, die überwiegend in Abschnitt F9 zusammengefasst sind: F90 hyperkinetische Störungen; F91 Störungen des Sozialverhaltens; F92 kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen; F93 emotionale Störungen; F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn der Kindheit und Jugend; F95 Tic-Störungen; F98 andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend.</p>	<p>I. Klinische Störungen, andere klinisch relevante Probleme (Auswahl):</p> <p>Störungen in der Kindheit und Adoleszenz: Lernstörungen (315.0-315.9) Störungen motorischer Fähigkeiten (315.4) Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (299.0-299.8); Störungen der Aufmerksamkeit (314.0-314.9); Fütter- und Essstörungen im Säuglings- oder Kleinkindalter (307.52ff); Tic-Störungen (307.21ff); Störungen der Ausscheidung (307.6ff); andere Störungen in Kindheit und Adoleszenz (Trennungsangst, Mutismus usw.), Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen; Schizophrenie und andere psychotischen Störungen; Affektive Störungen; Angststörungen usw.</p>
<p>II. Umschriebene Entwicklungsstörungen:</p> <p>F80 umschriebene E.-störung des Sprechens und der Sprache; F81 umschriebene E.-störung schulischer Fertigkeiten; F82 umschriebene E.-störung d. motorischen Funktionen; F83 kombinierte umschriebene E.-störung.</p>	<p>II. Persönlichkeitsstörungen, geistige Behinderung:</p> <p>Typologie der Persönlichkeitsstörungen, Einteilung geistiger Behinderung nach dem IQ.</p>
<p>III. Intelligenzniveau:</p> <p>Maßstab ist der IQ, gemessen oder geschätzt, 9 Kategorien, die auch die überdurchschnittlichen Intelligenzgrade berücksichtigen.</p>	
<p>IV. Körperliche Symptomatik:</p> <p>Entspr. Kategorien der ICD-10 mit besonderer Berücksichtigung der neurologischen Symptomatik.</p>	<p>III. Medizinische Krankheitsfaktoren:</p> <p>Körperliche Erkrankungen verschiedener Organe oder Organsysteme, Infektionen usw.</p>
<p>V. Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände:</p> <p>Neun inhaltlich unterschiedliche Bereiche zur Erfassung bedeutsamer psychosozialer Belastungen, z.B. 1 abnorme intrafamiliäre Beziehungen; 2 psychische Störungen/abweichendes Verhalten (Elternteil); 3 inadäquate oder verzerrte intrafamil. Kommunikation; 9 belastende Lebensereignisse des Kindes.</p>	<p>IV. Psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme:</p> <p>Belastende Lebensereignisse, Probleme im sozialen Umfeld, Ausbildungsprobleme.</p>
<p>VI. Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung:</p> <p>Zehnstufige Skala zur Einschätzung des individuellen psychosozialen Adaptationsniveaus.</p>	<p>V. Globale Beurteilung des Funktionsniveaus:</p> <p>Zehnstufige Skala der psychischen und sozialen Funktionen auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit.</p>

Abbildung 1 - Multitaxiales Klassifikationssystem (eigene Darstellung nach Remschmidt, 2000, S. 97)

7.3 Häufigkeit psychischer Störungsbilder

Zu bestimmen mit welcher Häufigkeit unterschiedliche psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter auftreten, erweist sich als große Herausforderung. In Österreich gilt bis dato die Diagnose- bzw. Leistungsdokumentationen der Krankenanstalten als einziger Datenpool (vgl. BMG, 2016, S. 41). Jedoch könne auch aufgrund dieses Datensatzes keine Prävalenz abgeleitet werden, da eine psychische Erkrankung nicht zwangsläufig mit einem stationären Aufenthalt einhergehen müsse (vgl. ebd., S. 41).

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken wurden in den letzten Jahren immer mehr ausgebaut und erweitert. Dies lässt sich auch an den Zahlen der stationären Aufenthalte erkennen. Im Zeitrahmen zwischen 1992 und 2000 hat sich die Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten verdoppelt. So wurden im Jahr 1992 etwa 300 PatientInnen verzeichnet, während im Jahr 2000 bereits 650 Kinder und Jugendliche stationär behandelt wurden. Weitere acht Jahre später konnte nur ein leichter Zuwachs vermerkt werden. Diese Zahlen beziehen sich auf psychische Erkrankungen als Haupt- sowie als Nebendiagnose (vgl. BMG, 2016, S. 41f). Männliche Kinder und Jugendliche sind, nach den Auswertungen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation, signifikant öfter betroffen als weibliche. Nachfolgende Grafik zeigt, dass mit zunehmendem Alter auch die Häufigkeit psychischer Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten zunimmt. 2014 wurden 329 (pro 100.000) Kinder im Alter von 5 bis 9 behandelt, im gleichen Jahr waren es bei den 10- bis 14-Jährigen 683 (pro 100.000) und bei den 15- bis 19-Jährigen verdoppelte sich die vorangegangene Zahl auf 1.448 (pro 100.000) stationäre Aufenthalte.

Anzahl stationär behandelter Kinder und Jugendlicher (pro 100.000) mit Diagnose „Psychische oder Verhaltensstörung“ im Zeitraum 2000 bis 2014, nach Geschlecht und Altersgruppe

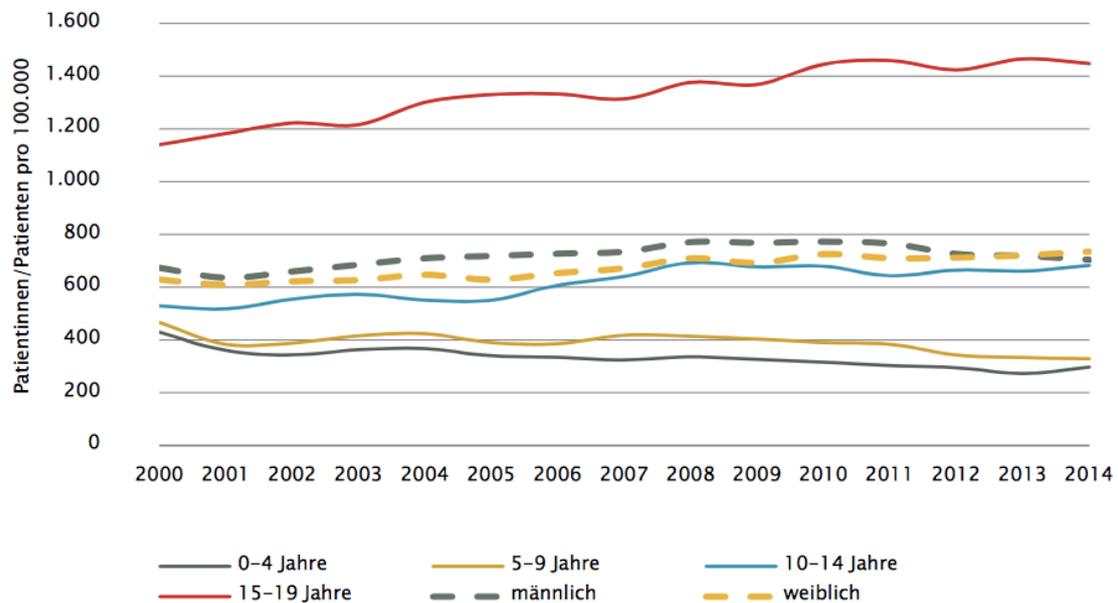


Abbildung 2 - Stationär behandelte Kinder und Jugendliche (vgl. BMG, 2016, S. 42)

Das Bundesministerium für Gesundheit weist mit ihrem österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsbericht (2016) darauf hin, dass bei Erstellung der Diagnosen von psychischen Störungen bzw. sozialen Auffälligkeiten sich 25% auf neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen beziehen. Ein Fünftel könne auf Störungen durch psychotrope Substanzen zurückzuführen sein, weitere 16% betreffen Diagnosen hinsichtlich der emotionalen Stabilität und 13% werden als Entwicklungsstörungen deklariert (vgl. BMG, 2016, S. 42).

8 Kinder und Jugendliche im stationären Setting

Die Zielgruppe der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen beschränkt sich auf eine grundlegende Altersspanne von der Geburt bis zum vollendetem 18. Lebensjahr. Wird nun für ein Kind oder eine/n Jugendliche/n ein teilstationärer oder stationärer Aufenthalt vorgesehen, so ist davon auszugehen, dass diese, in der Regel, bereits einen längeren Weg hinsichtlich zuvor durchgeführten Behandlungsmöglichkeiten zurückgelegt haben (vgl. Remschmidt, 2000, S. 435). Der Entscheidung für einen Aufenthalt in einer solchen Einrichtung geht zumeist eine krisenhafte und/oder sehr belastende Situation für Kinder und Jugendliche als auch deren Bezugssystem voraus (vgl. Reinker & Müller, 2008, S. 89). Remschmidt (2000, S. 435) sowie Reinker & Müller (2008, S. 89) gehen in der Annahme konform, dass die Aufnahme von Kindern und Jugendlichen nicht nur für diese, sondern auch für ihre Bezugspersonen eine enorme Überwindung darstellt. Beiderseits vorherrschend sind Versagensängste, Schuldgefühle und –zuweisungen, Vorurteile und Unsicherheiten des weiteren Procederes. Daher sei es bereits in den Aufnahmegesprächen seitens der Professionen besonders wichtig Authentizität, Respekt, Verständnis und Sicherheit zu vermitteln. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, würde eine umfassende Aufklärung, eine aktive Einbeziehung in Verlaufspläne und eine Sicherstellung der Vertraulichkeit und Aufsichtspflicht Grundvoraussetzung des behandelten Personals sein. Hierdurch ergibt sich ein anspruchsvolles Tätigkeitsfeld für SozialpädagogInnen.

8.1 Der stationäre Aufenthalt

Kinder und Jugendliche haben als PatientInnen einer stationären Einrichtung ebenfalls einiges an Überwindungsarbeit zu leisten. Jüngeren Kinder fehlt oftmals der Bezug zu ihrer Krankheit und die Einsicht sich einer Behandlung unterziehen zu müssen. Jugendliche befinden sich meist, geprägt durch die Pubertät, generell im Widerstand. SozialpädagogInnen versuchen hier den Kindern und Jugendlichen verständnisvoll und vertrauensvoll zu begegnen, um sie so von den Vorteilen eines Aufenthaltes zu informieren oder, wenn es die Situation verlangt, von der Notwendigkeit einer Behandlung zu überzeugen.

„Patienten im frühen Kindes- und Vorschulalter muss man in spielerischer Weise zu gewinnen versuchen, rationale Erklärungen führen hier nicht weit. Jugendliche neigen vielfach zum Intellektualisieren und sind auf dieser Ebene auch oft ansprechbar, wenngleich sie im Laufe der Behandlung lernen müssen, über ihre Gefühle und ihre Befürchtungen zu reden, die mitunter durch rationale Argumente verdeckt sind“ (Remschmidt, 2000, S. 436).

8.1.1 Vorteile der stationären Unterbringung

Der Einweisung von Kindern und Jugendlichen liegt oftmals nicht nur ein beschwerliches Durchlaufen verschiedenster Unterstützungseinrichtungen zugrunde, sondern auch eine stark belastende Situation des häuslichen Umfeldes. Ein teilstationärer oder stationärer Aufenthalt des betroffenen Kindes oder Jugendlichen erweist sich durch das Vorhandensein verschiedener Merkmale als Vorteil. Unter anderem unterliegt das Bezugssystem Belastungen, die die Störung der Minderjährigen aufrechterhalten oder begünstigen, die Betroffene beeinflussen ihr Umfeld massiv und bedingen dadurch permanente Konfliktsituationen, die Reflexionsfähigkeit ist nicht gegeben und erzieherische Maßnahmen erzielen keinen Effekt mehr, die Rollenverteilung wurde verändert und negative Einstellungen und Haltungen wurden verstärkt (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 135). Durch das Verfestigen einer negativen Grundeinstellung und das konsequente Vorherrschen der psychischen Beeinträchtigung des Kindes bzw. des/r Jugendlichen wird das gesamte häusliche System in Mitleidenschaft gezogen und lässt kaum bis gar keinen Spielraum für pädagogische bzw. erzieherische Interventionen mehr zu (vgl. ebd., S. 135).

„Ein stationärer oder teilstationärer Aufenthalt kann schon allein durch die damit geschaffene Möglichkeit, eine vorübergehende Distanz zueinander zu finden, hilfreich sein und zu einem pädagogischen Neuanfang beitragen“ (Adam & Breithaupt-Peters, 2019 S. 135).

Die Unterbringung der Minderjährigen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen ermöglicht den Bezugspersonen und gegeben falls den Geschwistern Abstand von den täglichen Konflikten und Zeit sich und das häusliche Umfeld neu zu strukturieren. Doch auch die Betroffenen können sich während ihres Aufenthaltes freimachen, sich auf neue Herangehensweisen und Bewältigungsmethoden einlassen und von der entschärften Lage profitieren. Die SozialpädagogInnen betrachten die verschiedenen Lebensbereiche und erstellen individuelle und familiäre Hilfepläne, die zur künftigen Problembewältigung beitragen sollten. Des Weiteren wird nach Stressoren innerhalb des Bezugssystems gesucht und Ressourcen der Kinder und Jugendlichen gestärkt und verfestigt (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 135f).

8.2 Kritische Ereignisse während eines stationären Aufenthaltes

Auch wenn ein stationärer Aufenthalt für Kinder und Jugendliche vorteilhaft hinsichtlich ihres Genesungsprozesses sein kann, so können auch innerhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen kritische Ereignisse zu Herausforderungen führen. Darunter sind destruktive Verhaltensweisen von Kinder und Jugendlichen zu verstehen, die vom gesamten Klinikpersonal besondere Herangehensweisen verlangen (vgl. Remschmidt, 2000, S. 449f). Im Folgenden sollen drei dieser Umstände betrachtet werden.

8.2.1 Nahrungsverweigerung

Kinder und Jugendliche können auf die unterschiedlichsten Reize mit Nahrungsverweigerung reagieren. Die PatientInnen sind nicht zwangsläufig von Anorexia Nervosa betroffen, sondern leiden unter Umständen an anderen psychotischen Krankheitsbildern oder verweigern die Nahrung als Reaktion auf gefühlte Ungerechtigkeiten, Verzweiflung, Frustration oder ähnliches. Das gesamte, insbesondere das pädagogische, Personal ist dazu angehalten Kinder und Jugendliche zu einer freiwilligen Wiederaufnahme der Nahrungszufuhr zu motivieren. Die Durchführung einer künstlichen Ernährung ist nur als letzter Ausweg zu sehen und unterliegt einer ausdrücklichen Anweisung durch den/die behandelten Arzt/Ärztin.

Oftmals gelingt es den pädagogischen Personal Kinder und Jugendliche durch Ablenkung dazu zu bringen, zumindest kleine Mengen zu sich zu nehmen. Des Weiteren arbeiten sie daran, Kinder und Jugendliche auf einer sehr niederschweligen und empathischen Ebene zu erreichen und durch vertrauensvolles und ruhiges Vorgehen Unstimmigkeiten, Verletzungen oder Missverständnisse aus dem Weg zu räumen, die zur Nahrungsverweigerung führten (vgl. Remschmidt, 2000, S. 450). Klicpera & Gasteiger-Klicpera (2007, S. 126ff) weisen auf neuere Ansätze hin, die Kinder und Jugendliche nicht mehr unter Druck setzen würden (als Beispiel: weg von er Annahme der Tisch dürfe erst verlassen werden, sobald die gesamte Nahrungsmenge aufgenommen wurde), sondern vermehrt mit positiven Verstärkern arbeiten würden. Dadurch könne wieder ein realistischer Bezug zur Nahrungsaufnahme hergestellt werden und Kinder und Jugendliche würden sich wieder langsam an die normale Nahrungsmenge bzw. das normale Gewicht gewöhnen.

8.2.2 Angstzustände und Realitätsverlust

Nicht selten haben kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen mit enormen Angst- und Panikreaktionen bis hin zu verzerrten Realitätswahrnehmungen seitens der Kinder und Jugendlichen umzugehen. Die betroffenen PatientInnen leiden unter extremen Unruhen und körperlichen Anspannungen, die durch Belastungen, Unsicherheiten oder einer Häufung von Gefühlszuständen ausgelöst werden können (vgl. Remschmidt, 2000, S. 451). Vom pädagogischen Personal wird in solchen Situationen erwartet für Kinder und Jugendliche eine sichere Umgebung zu schaffen und Raum zu bieten, in dem sich ausreichend Zeit genommen werden kann und darf, um sich der angstausslösenden Situation erneut zu stellen (vgl. Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007, S. 27). Zu versuchen Kinder und Jugendliche mit rationalen Begründungen und klar strukturierten Argumenten aufzuzeigen, dass die Angstreaktion oder eventuell auftretenden Halluzinationen und Wahnvorstellungen keinen vernunftgemäßen Verhaltensweisen gleichen, würde nur dazu führen, das Vertrauen des Kindes bzw. des/der Jugendlichen zu verlieren. Ziel ist es, den PatientInnen das Gefühl von Sicherheit und Verständnis zu vermitteln (vgl. Remschmidt, 2000, S. 451f). Unterstützend wirkt sich hierbei die Aktivierung von Ressourcen und das Finden und Verinnerlichen von Bewältigungsmechanismen aus (vgl. Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007, S. 27), welche im nachstehenden Kapitel genauerer Betrachtung wiederfährt.

8.2.3 Suizidalität

Suizidversuche im Kindesalter sind laut Klicpera & Gasteiger-Klicpera (2007, S. 100) kaum zu verbuchen. Jedoch steigt die Zahl von Suizidgedanken als auch -versuchen im Jugendalter erheblich an. 1% der 6- bis 12-jährigen unternahmen bereits einen Suizidversuch, unter den Jugendlichen stieg die Zahl auf bis zu 2-3%. Zu erwähnen ist, dass sowohl ein Viertel der jugendlichen Mädchen als auch 14% der jugendlichen Burschen sich mit suizidalen Gedanken auseinandergesetzt haben (vgl. ebd., S. 100).

Für Kinder und Jugendliche ist die Palette der Gründe für einen Suizidversuch endlos. Depressionen, psychotische Zustände, schulischer Druck, Drogen- und/oder Alkoholmissbrauch, jegliche Art von Konflikten und Angststörungen zählen zu den größten Risikofaktoren (vgl. Remschmidt, 2000, S. 450). Zusätzlich können auch familiäre Problemkonstellationen zu den Risikofaktoren gezählt werden, ebenso wie sexueller Missbrauch (vgl. Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007, S. 100). Im Zuge eines stationären Aufenthaltes müssen suizidale Tendenzen, vorangegangene Suizidversuche bzw. akute Absichten geklärt werden, um den weiteren Behandlungs- und Betreuungsverlauf zu

organisieren (vgl. Remschmidt, 2000, S. 450). Bevor Kinder und Jugendliche einen Suizidversuch unternehmen, können gewisse Anzeichen wahrgenommen werden. Anhaltspunkte können destruktive Verhaltensweisen gegen die eigene Person sein, wobei gleichzeitig jegliches aggressive Auftreten anderen gegenüber förmlich verschwindet, eine Distanzierung in gesellschaftlichen Aktivitäten sowie der zwischenmenschlichen Interaktionen als auch das vermehrte Konkretisieren von Suizidphantasien und der unausweichliche Todeswunsch. Im psychischen Kontext wird dieses Phänomen als das parasuizidale Syndrom bezeichnet (vgl. ebd., S. 450).

Kinder und Jugendliche, die ein erhebliches Risiko hinsichtlich Suizidalität aufweisen, gilt es mit besonderer Vorsicht und großem Verständnis zu begegnen. Es gilt, auch hier, Ressourcen zu aktivieren, neue lösungsorientierte Strategien zu entwickeln und Stressoren frühzeitig zu erkennen und zu umgehen (vgl. Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007, S. 101). Das Risiko eines Suizidversuches steigt erheblich an, sobald Kinder und Jugendliche, die unter schweren Depressionen leiden, einer medikamentösen Einstellung unterzogen werden. Die Spezifität findet sich in der Tatsache des rapiden Anstieges des Antriebes als gleich in der damit einhergehenden raschen Veränderung der Stimmungslage. Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen sind sich dieses Effekts bewusst und können ihre Aufmerksamkeit in dieser sensiblen Phase auf kleinste Verhaltensänderungen lenken und falls notwendig angemessene Interventionsmethoden einleiten (vgl. Remschmidt, 2000, S. 450f).

8.3 Pharmakologie

Vorab gilt es zu erwähnen, dass eine medikamentöse Behandlung allein meist nicht ausreicht, um einen vollständigen und positiv verlaufenden Genesungsprozess zu forcieren. Die Verabreichung von Psychopharmaka trägt neben individuellen Therapieangeboten und pädagogischen bzw. soziotherapeutischen Unterstützungsmöglichkeiten fördernd zur Gesamtbehandlung bei (vgl. Denner, 2008, S. 83). Einige Krankheitsbilder initiieren bereits durch ihre Diagnose heraus eine medikamentöse Behandlungsunterstützung, hierzu gehören die Gruppe der Psychosen oder Krankheiten, die eine akute Selbst- bzw. Fremdgefährdung innehaben (vgl. Schulz, Fleischhaker & Wehmeier, 2000, S. 391)

„Ohne eine ergänzende medikamentöse Behandlung würden bei Jugendlichen mit schwer verlaufenden psychischen Störungen wie einer Schizophrenie oder einer manisch-depressiven Störung verstärkt Rückfälle, längere Verweildauern in stationären Einrichtungen oder höhere Suizidalität drohen“ (Denner, 2008, S. 47).

Die vielschichtig anderen Problemlagen wie Essstörungen, Zwangsstörungen oder Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, bedürfen nicht direkt aus ihrer Diagnose heraus einer Pharmakotherapie (vgl. Schulz, Fleischhaker & Wehmeier, 2000, S. 391). In jenen Fällen wäre die Indikation von Medikamenten, laut Schulz, Fleischhaker & Wehmeier (2000, S. 391), abhängig von der Schwere und dem Ausmaß der Symptomatik, Einschränkungen im Erleben und Empfinden, Minderung der Lebensqualität als auch Problematiken in den sozial-adaptiven Kompetenzen sowie der Teilhabe am gesellschaftlichen Geschehen. Kein Psychopharmakon wirkt direkt auf die Psyche und kann somit nicht als alleiniges Wundermittel angesehen werden. Vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt es große Vorsicht zu bewahren, was die medikamentöse Indikation betrifft. Durch die gegebenen Substanzen entsteht eine Wechselwirkung zwischen biochemischen und neurophysiologischen Vorgängen. Gerade deshalb ist die Einbeziehung des umliegenden sozialen Umfelds von großer Bedeutung um auch dadurch eine Verbesserung der sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Kinder und Jugendlichen zu erzielen (vgl. ebd., S. 391).

Nur wenige Kinder und Jugendliche werden mit einer medikamentösen Therapie unterstützt. In den meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen wird eine medikamentöse Stabilisierung nur als vorübergehende Methode betrachtet, die während der Zeit der Verabreichung unabdinglich war (vgl. Denner, 2008, S. 47) und sich genau an den entwicklungsbedingten Indikatoren wie Alter, Reife, Geschlecht, Gewicht sowie genetische Risikofaktoren, Compliance und Zustand des Stoffwechsels orientieren (vgl. Schulz, Fleischhaker & Wehmeier, 2000, S. 391f).

8.3.1 Unterteilung von Psychopharmaka

Psychopharmaka unterscheiden sich, je nach Ausrichtung ihres Arzneistoffes, in ihrer Wirkung. Durch die Einnahme erfolgt eine Veränderung hinsichtlich der neurophysiologischen Abläufe und der Zusammensetzung des Hormonhaushaltes sowie der Botenstoffe im Gehirn (vgl. Denner, 2008, S. 48). Je nach Substanz können sie aktivierend, regulierend, imitierend oder hemmend wirken. Sie können die Steigerung oder Reduktion der Neuronaktivität beeinflussen oder rein auf die Veränderung der Neurotransmittersysteme abzielen (vgl. Kölch, Plener, Kranzeder & Fegert, 2013, S. 440). Durch die spezifische Zusammensetzung der Psychopharmaka kann eine Unterteilung in fünf große Gruppen hinsichtlich ihrer Wirkung und Verabreichung vorgenommen werden (vgl. Denner, 2008, S. 48). Jene Gruppen werden kurz bezüglich der Spezialisierung von kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen beschrieben und erläutert.

8.3.1.1 Stimulanzen

Kinder und Jugendliche, deren Krankheitsbild sich vor allem durch Unruhen und Aufmerksamkeitsstörungen kennzeichnet, werden oftmals durch die Gabe von Stimulanzen behandelt. Stimulanzen sind strikt von der Gruppe der Beruhigungsmittel anzugrenzen, da ihnen eine aktivierende Wirkung innewohnt. Jene Kinder und Jugendliche leiden vor allem im schulischen Kontext an ihrer mangelnden Fähigkeit zur Konzentration. Stimulanzen verbessern die Aufmerksamkeit und reduzieren die Häufigkeit impulsiven Verhaltens. Um eine Dauermedikation zu vermeiden können länger Einnahmepausen während des Behandlungsverlaufes eingeschoben werden. Kinder und Jugendliche können dadurch an den Wochenenden und während der Schulferien auf die Einnahme der Stimulanzen verzichten (vgl. Denner, 2008, S. 48).

8.3.1.2 Antidepressiva

Die Wirkung von Antidepressiva zeigt sich erst nach einigen Tagen, in manchen Fällen auch erst nach einigen Wochen. Ihr Wirkungsbereich bezieht sich vor allem auf die Stimmungsaufhellung, der Verminderung von Angst- und Anspannungszuständen, der Steigerung oder der Hemmung des Antriebs oder die Herbeiführung von Entspannungszuständen. Die Indikation von Antidepressiva muss immer unter ärztlicher Anleitung geschehen und sollte einer langsamen Steigerung als auch einem schleichenden Auslaufen unterliegen. Die Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen konnte noch nicht ausreichend belegt werden, jedoch ist davon auszugehen, dass Antidepressiva mit steigendem Alter in ihrer Wirksamkeit belegt werden können (vgl. Denner, 2008, S. 48f). Die Gruppe der Antidepressiva unterteilt sich abermals in unterschiedliche Wirkbereiche. Grundlegend ist diese Gruppe der Medikamente für Minderjährige nicht zugelassen, jedoch finden die Gruppen der SSRI (Serotonin Wiederaufnahmehemmer) als auch der SNRI (Serotonin und Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer) off-label Einsatz (vgl. Borchardt, 2008, o.S.).

8.3.1.3 Phasenprophylaktika

Diese Medikamente werden eingesetzt, sollten Antidepressiva allein nicht die gewünschte Wirkung oder Verbesserung erzielen. Sie verbessern die Stimmung der PatientInnen, reduzieren Angstgefühle und -zustände und ermöglichen eine Kontrollierung von aggressiven, zornigen oder impulsiven Verhalten (vgl. Kreisman & Straus, 2014, S. 237f). Daher gelten sie auch als sogenannte Stimmungsstabilisierer. Sie ermöglichen Kindern und Jugendlichen, die unter einer manisch-depressiven Störung leiden, Gefühlsschwankungen

zu reduzieren, Ausbrüche nach unten oder oben zu vermeiden und somit eine Normalisierung der Stimmung bzw. Gefühlslage zu erreichen (vgl. Denner, 2008, S. 50). Zu der Gruppe der Phasenprophylaktika gehört das natürlich auftauchende Element Lithium – Convulex, Trileptal, Topamax oder Lamictal (vgl. Kreisman & Straus, 2014, S. 238).

8.3.1.4 Neuroleptika

Neuroleptika zielen vor allem auf die kognitiven Wahrnehmungsstörungen von Kindern und Jugendlichen ab. Dieser Medikamentengruppe werden Wirksamkeiten zugestanden, die sich auf Paranoia, dissoziative Symptomatik und Realitätsverlust beziehen. In den meisten Fällen werden sie auf die Verabreichung der SSRI-Medikamente abgestimmt. Ähnlich der SSRI unterstützen sie dabei die Stimmung zu stabilisieren, Ängste, Panikattacken als auch impulsives Verhalten zu reduzieren und ermöglichen zusätzlich ein klareres Denken (vgl. Kreisman & Straus, 2014, S. 238f). Neuroleptika werden vor allem im Zuge der Kurzzeittherapie verabreicht und werden bei psychotischen Krankheitsbildern, aggressiven Verhaltensauffälligkeiten sowie bei Tic-Störungen als auch in einigen Fällen bei autistischen Zügen eingesetzt (vgl. Denner, 2008, S. 49). Als atypische Neuroleptika werden die neueren Medikamente bezeichnet, wie zum Beispiel Seroquel, Zyprexa oder Risperdal. Die älteren Neuroleptika weisen im Vergleich mehr Nebenwirkungen auf. Zu diesen Medikamenten zählen unter anderem Propaphenin, Haldol oder Loxitane (vgl. Kreisman & Straus, 2014, S 239).

8.3.1.5 Tranquilizer

Benzodiazepin ist der Wirkstoff der den Tranquilizern zu Grunde liegt. Diese Gruppe der Medikamente hat eine überaus beruhigende und angstlösende sowie sehr schnelle Wirkung. Sie werden Kindern und Jugendlichen dann verabreicht, wenn akute Angst- und Panikattacken, Zustände mit großer psychomotorischer Erregung oder auch bei sehr krisenhaften Situationen. Durch die schnelle Wirkung erfolgt eine rasche Beruhigung der Erregungszustände der Kinder und Jugendlichen und ermöglicht im Anschluss ein ruhiges und klärendes Gespräch. Jedoch wird diese Medikamentengruppe sehr selten indiziert, da sie ein hohes Abhängigkeitsrisiko aufweisen und dadurch für eine Dauermedikation ungeeignet sind (vgl. Denner, 2008, S. 50).

8.4 Verbindung zur Lebensweltorientierung

Der Begriff der Lebensweltorientierung wurde in der Sozialen Arbeit durch Hans Thiersch geprägt und findet in vielen Literaturangaben hohe Anerkennung. Ausgangslage der Lebensweltorientierung ist die Herangehensweise an Problemkonstellationen und Bestärkung von Bewältigungsstrategien, die durch gesellschaftliche Strukturen, individuelle Lebenserfahrungen, Richtlinien und Vorgaben geprägt sind (vgl. Galuske, 2013, S. 146f). Dies bedeutet, dass die Lebensweltorientierung „den Alltag der Adressaten, d.h. den Ort, wo Probleme entstehen, wo Leben gelebt wird, wo die Adressaten selbst mehr oder minder angemessene Strategien der Lebensbewältigung praktizieren, als originären Ort sozialpädagogischen Handelns in den Blick“ (Galuske, 2013, S. 146) nimmt. Die Methode der Lebensweltorientierung sieht ihre Chance in der Veränderung des Alltages. Durch die Aktivierung von Ressourcen, die Möglichkeiten der Partizipation, die Abstimmung der Angebote an die Lebenswelt sowie die Stärkung von Bewältigungs- und Verarbeitungsformen, kann eine Entlastung für PatientInnen erreicht werden (vgl. Thiersch, 1992, S. 274ff). SozialpädagogInnen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen zeichnen sich abermals durch ihre Reflexion und stetigen Austausch mit allen Professionen und Bezugssystemen aus. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann eine Veränderung in der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen umgesetzt werden, die nachhaltig zu einer Stabilisierung ihres Krankheitsbildes beiträgt. Somit ermöglicht die lebensweltorientierte Arbeit den Kindern und Jugendlichen als auch ihres Bezugssystems einen sogenannten gelingenderen Alltag (vgl. ebd., S. 277ff).

Die Auffassung des gelingenderen Alltags zeichnet sich in der Abgrenzung zu klassischen Ansätzen bezüglich sozialpädagogischen Interventionsmöglichkeiten aus. Dieses Konzept verfolgt nicht die Vollkommenheit und gesellschaftliche Erwartungshaltung einer vollständigen Heilung nach Entlassung der Kinder und Jugendlichen. Vielmehr tragen ihre Zielsetzungen dazu bei, Kindern, Jugendlichen und deren näheres Umfeld unter Berücksichtigung ihres Krankheitsbildes sowie ihrer individuellen Lebenswelt ein möglichst symptomfreies Leben und Handeln zu ermöglichen (vgl. Galuske, 2013, S. 147f). Auch in systemischen Ansätzen findet sich das Konzept des gelingenden Alltags wieder. Die Unzertrennlichkeit von Umwelt und Individuum wurde bereits in früheren Auffassungen hinsichtlich der Entscheidung für einzelne Interventionsmethoden laut. Alice Salomon (1872-1948) setzte sich bereits zu ihrer Zeit für die Soziale Arbeit als wissenschaftliche Disziplin ein. Ihre Ansätze wurde weitgehend modernisiert und weiterentwickelt. So spricht ebenfalls Wendt (1990) vom Konzept des gelingenden Alltags und der Berücksichtigung von System und Umwelt auf das individuelle Verhalten und Handeln.

Neben der Person per se stehen nun auch Ressourcen, individuelle Schutzfaktoren und Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien im Vordergrund (vgl. Galuske, 2013, S. 154f). Nachfolgendes Kapitel wird speziell auf die Aktivierung der Ressourcen und Bewältigungsstrategien eingehen, die Kinder und Jugendliche dahingehend unterstützen ihren Alltag mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln bestmöglich zu bewältigen. Weiters wird im nächsten Punkt aufgezeigt, in wie weit im stationären Kontext eine Verbindung zur Lebenswelt und dem häuslichen Umfeld aufgebaut werden kann und welche Faktoren dies begünstigen.

8.4.1 Lebenswelt und stationärer Aufenthalt

Die psychische Erkrankung bzw. Verhaltensauffälligkeit führte innerhalb des häuslichen Umfeldes zu einer gewissen höheren Stellung der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Dieser sogenannte Krankheitsgewinn kann sie möglicherweise in eine Machtposition bringen und versprach ihnen permanente und ungeteilte Aufmerksamkeit. Sobald eine teilstationäre oder stationäre Unterbringung eingeleitet wird, fällt den Kindern und Jugendlichen dieser gewohnter Umstand weg. Im Zuge des Aufenthaltes müssen sich die PatientInnen an die Tatsache gewöhnen, dass sie umgebende System mit ihrer Krankheit nicht kontrollieren zu können. Es findet eine Neuorientierung und ein Umdenken statt. Zeitgleich erweist sich die Arbeit mit den Eltern bzw. dem Bezugssystem als wesentlicher Bestandteil in der Arbeit mit Kindern und Jugendliche, die einen stationären Aufenthalt unterliegen. Denn es gilt sich auch innerhalb des Bezugssystems neu zu arrangieren und einen Platz als Teil des häuslichen Umfelds zu finden. In den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen wird daher großer Wert darauf gelegt, dass die Kinder und Jugendlichen während ihres Aufenthaltes Kontakt zu ihrem Bezugssystem pflegen und einen guten Beziehungsaufbau nachweisen können. Freundschaften sollten, sofern sie einen positiven Krankheitsverlauf begünstigen, aufrechterhalten und eine entsprechende Vereinbarung hinsichtlich Besuchs- bzw. Telefonzeiten bereits vor der Aufnahme geklärt werden. SozialpädagogInnen versuchen mit den Kindern und Jugendlichen Strategien und Regelungen zu erarbeiten um einen Konsens hinsichtlich der Ausgänge und Besuchszeiten zu arrangieren. Um die Verbindung zur bisherigen Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten, besteht die Möglichkeit der Sonderbeurlaubung um an traditionellen Festen, Geburtstagen oder ähnlichen familiären Feiern teilnehmen zu können (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 137). Die Einbeziehung der Bezugspersonen bzw. des häuslichen Umfelds stellt demnach eine zentrale Aufgabe in der Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen dar. Berking & Rief (2012, S.

222f) betonen auch den Vorteil durch die Einbeziehung des schulischen Kontextes. Die Autoren gehen davon aus, dass sich erst durch das Engagement der Gesamtheit des sozialen Umfelds der Kinder und Jugendlichen Interventionsformen in ihrer Wirkung entfalten könnten. Dies würde auch dazu beitragen, Symptome frühzeitig zu erkennen, Stressoren zu vermeiden und Stabilität und Sicherheit zu vermitteln und zu gewährleisten.

9 Das System Schule

Das schulische System erweist sich in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die unter psychischen Störungen leiden, als besonders wertvoll. Der Schule kommt vor, während und nach dem stationären Aufenthalt der jungen PatientInnen eine tragende Rolle zu, da sie der Ort ist, an dem Kinder und Jugendliche den Großteil ihrer Zeit verbringen. Der schulische Entwicklungsauftrag beinhaltet nicht nur die Vermittlung von Grundkenntnissen und Kompetenzen, sondern beeinflusst auch maßgeblich das Selbstbild, die Ich-Stärke und die Selbstwirksamkeit der SchülerInnen. Nach und nach wird durch weitere Bildungsschritte mehr Verantwortung übertragen, der Wissensstand stetig erweitert als auch eine Wert- und Normenhaltung entwickelt (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 191).

Bereits vor einem stationären Aufenthalt können Schulen bzw. LehrerInnen Unstimmigkeiten im Verhalten der betroffenen SchülerInnen feststellen. Diese könnten sich in Teilleistungsstörungen, Aufmerksamkeitsschwächen, aggressives Verhalten, Angst- und Spannungszustände, Druck und Stress oder auch in hoher emotionaler Vulnerabilität zeigen. In jenen Fällen werden in der Regel die Bezugspersonen kontaktiert und ein gemeinsames reflektierendes Gespräch eingeleitet (vgl. ebd., S. 191f).

Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihres Störungsbildes stationär behandelt werden, unterliegen weiterhin der Schulpflicht. Aufgrund dessen beziehen sich Behandlungsmaßnahmen neben der gesundheitlichen Komponente ebenfalls auf den Bildungsauftrag der Schulen. Schulen, die von stationär aufgenommen Kindern und Jugendlichen besucht werden sind oftmals an Sonderschulen bzw. Pflichtschulen angeschlossen (vgl. Schöberl & Landauer, 2010, S. 7).

9.1 Schule & stationärer Aufenthalt

Durch den stationären Aufenthalt von Kindern und Jugendlichen werden sie aus ihrem regulären schulischen Umfeld herausgenommen. Durch diese zeitlich zunächst ungenau definierte Abwesenheit würden unterschiedliche Herausforderungen in der Nachbearbeitung des verpassten Lehrstoffes entstehen. Um zusätzlichen Stress durch schulischen Leistungsdruck entgegenzuwirken, sowie dem geltenden Recht auf Bildung und Unterricht werden Kindern und Jugendlichen im stationären Bereich Lehrpersonen und Unterrichtsangebote bereitgestellt (vgl. Schöberl & Landauer, 2010, S. 7ff).

Ab dem Jahr 1912 werden sogenannte Heilstättenschulen immer weiterentwickelt und evaluiert. Es werden Arbeitergemeinschaften und eigene Curricula für das Lehrpersonal gegründet und erarbeitet. In die Entwicklung werden die Kinderrechte durch die

UNESCO im Sinne der Charta für Kinder im Krankenhaus und die der Schulrechte des kranken Kindes aufgenommen und im Konzept verarbeitet. Die Ausbildung der HeilstättenpädagogInnen erfuhr im Jahr 2008 sogar die Stellung eines akademischen Hochschullehrganges (vgl. Diepold, 2010, S. 10f).

9.1.1 Schulrechtscharta

Neben den grundlegenden Kinderrechten, im Speziellen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, kommen den Schulrechten erkrankter Kinder und Jugendlicher ebenfalls erhebliche Gewichtung zu. Die Charta der Schulrechte des Kranken Kindes wurde im Mai 2000 von der Generalversammlung HOPE in Barcelona verabschiedet und beinhaltet 10 Punkte, die eingehalten werden müssen um Kindern und auch Jugendlichen das Recht der schulischen Bildung zu gewährleisten. Im Folgenden werden diese 10 Grundrechte aufgezeigt und beschrieben:

- 1) Jedes kranke Kind sowie Jugendliche/r habe das Recht auf Unterricht. Sei es im stationären Setting oder im häuslichen Umfeld.
- 2) Der Unterricht habe zum Ziel, Kinder und Jugendliche die fortführende Bildung und Erziehung zu gewährleisten und demnach weiterhin als SchülerIn zu gelten.
- 3) Das gemeinschaftliche Zusammenleben solle durch die Krankenhausschulen gestärkt werden und einen normalen Alltag garantieren. Der Unterricht könne flexibel und offen als Klassen-, Gruppen- oder Einzelunterricht gestaltet werden.
- 4) Obgleich der Unterricht in Krankenhäusern oder im häuslichen Arrangement fortgeführt würde, unterliege er der Absprache mit der Heimatschule hinsichtlich Bedürfnissen, Fähigkeiten und Wissenstand der Kinder und Jugendlichen.
- 5) Neben dem Lernstoff müssten auch –ort, -umwelt und –hilfen auch individuell angepasst werden. Gegebenenfalls wären Kommunikationstechnologien einzusetzen um einer Isolation entgegen zu wirken.
- 6) Der Unterrichtsgegenstand per se solle nicht allein durch den formellen Lehrplan charakterisiert sein. Vielmehr sei darauf zu achten auch spezifische Themen aufzugreifen, die durch das Krankheitsbild und/oder den Krankenhausaufenthalt entstehen. Hierfür sei auf eine Vielzahl an Methoden und Quellen zur Wissensvermittlung zurückzugreifen.
- 7) Lehrpersonal, obgleich im stationären oder häuslichen Setting, müsse entsprechende Qualifikationen auf- und nachweisen und sich ständigen Fortbildungen unterziehen.

- 8) LehrerInnen wären Teil des interdisziplinären Teams des Krankenhauses und würden durch die Zusammenarbeit mit der Heimatschule eine Verbindung zur Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen darstellen.
- 9) Elternarbeit käme große Bedeutung zu. Bezugspersonen würden über das Bildungsrecht der Kinder und Jugendlichen aufgeklärt und in Reflexionsgesprächen über deren Entwicklung informiert.
- 10) Es gelte die Ganzheitlichkeit der Kinder und Jugendlichen zu wahren. Insbesondere fließe hierbei neben dem Arztgeheimnis, die Wahrung der Privatsphäre als auch religiöse Überzeugungen.

9.2 Unterrichtsformen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen

Wie im dritten Punkt der Schulrechtscharta bereits erwähnt wurde, gilt es den Unterricht für Kinder und Jugendliche, die unter psychischen Erkrankungen leiden, individuell und bedürfnisorientiert zu gestalten. Jene Herangehensweisen der Vermittlung des Lehrstoffes und anderen lebensweltlichen Bereichen kann sich in unterschiedlichen Formen zeigen. Lehrpersonal kann unterschiedliche Unterrichtsformen offerieren. Darunter zu verstehen sind Bildungsaufträge durch regulären Klassenunterricht, Gruppensettings oder Einzelunterricht. Nachstehende Ausführungen sollen diese Formen erörtern.

9.2.1 Klassen- bzw. Gruppenunterricht

Je nach Größe der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung bzw. Station innerhalb eines Krankenhauses ergibt sich auch die Unterrichtsorganisation. Das Vorhandensein eines eigenen Raumes zur Wissensvermittlung, in dem sich Kinder und Jugendliche gut entfalten können, spricht für einen regulären Klassen- bzw. Gruppenunterricht. Die Gruppengröße variiert sehr stark durch die psychische Tagesverfassung und Vereinbarung mit anderen Therapien und ärztlichen Terminen. Grundlegend ist die Gruppe sehr inhomogen zusammengesetzt und beinhaltet breit gefächerte Arbeitsspektren und Themenschwerpunkte. Es gibt demzufolge keine Altersbegrenzung, einheitliche Klassen, bzw. Förderpläne oder strikt festgelegte Unterrichtszeiten. Als HeilstättenpädagogIn, LehrerIn oder auch SozialpädagogIn gilt es individuell vorzugehen und die Gestaltung des Unterrichts sehr flexibel zu halten (vgl. Schöberl & Landauer, 2010, S. 16).

9.2.2 Einzelunterricht

In manchen Fällen entzieht sich Kindern und Jugendlichen die Chance an der Teilhabe am gemeinsamen Unterricht aus unterschiedlichen Gründen. Gründe dafür können zum

Beispiel sein, dass Belastungsfaktoren auftreten, die es jungen PatientInnen nicht ermöglichen, das Bett zu verlassen, dass ansteckende Infektionen/Krankheiten vorhanden sind oder Kinder und Jugendliche durch ihre psychische Verfassung nicht in der Lage sind an Gruppensettings teilzunehmen.

Um auch hier das Recht auf Bildung und Unterricht zu gewährleisten, werden Kleingruppen oder Einzelunterricht angeboten. Als einer der Arbeitsschwerpunkte ist die Reduktion von Stressoren und Stärkung der persönlichen Frustrationstoleranz zu sehen, damit Kinder und Jugendliche wieder in das reguläre schulische System entlassen werden können. Arbeitsmaterialien und Methoden sind unter dem Aspekt der Ich-Stärkung zu wählen und sollen einen Beitrag zur Steigerung der Motivation aufweisen (vgl. ebd., S. 16).

9.3 Sozialpädagogisches Feld

Der Bildungsauftrag, demnach Erziehung und Bildung jedem Kind zukommen zu lassen sind, gilt für alle Schulen, auch für jene, die an einen stationären Aufenthalt geknüpft sind. Kinder und Jugendliche, die psychisch erkrankt sind, darf dieser Grundanspruch während ihres Krankenhausaufenthaltes nicht abgesprochen werden und muss weiterhin sichergestellt werden (vgl. Will, 2008, S. 240).

Die Besonderheit, die Heilstättenschulen oder auch so genannte Schulen für Kranke mit sich bringen, zeigt sich in der Verschiedenheit und der breiten Auffächerung der Nachfrage. Kinder und Jugendliche unterschiedlichen Alters, Klassenstufen, Bildungswegen als auch mit individuellen Krankheitsbildern treffen im stationären Schulkontext aufeinander. Diese Fülle an unterschiedlichen und einzigartigen Komponenten gilt es zu vereinen und gezielte Fördermaßnahmen einzuleiten (vgl. Will, 2008, S. 239). SozialpädagogInnen, die in ihrem Aufgabenfeld ebenfalls dem Lehrpersonal unterstützend zur Seite stehen, sind sich des hohen Stellenwertes der Schule im Klaren. Augenmerk liegt, durch Erkenntnis, neben dem regulären Bildungsauftrag ebenso auf der positiv zum Behandlungsprozess beitragenden Wirkung durch den schulischen Aspekt hinsichtlich der Steigerung des Selbstwertes, Selbstbewusstseins sowie der Entfaltung individueller Interessen und Fähigkeiten (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 195). Die Schulform, die in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen angeboten wird, gilt als Angebotsschule und sieht ihre sozialpädagogischen Aufgaben darin, durch multiprofessionelle Teamarbeit entsprechende pädagogische Förderpläne zu erstellen, die kohärent zum Krankheitsbild stehen (vgl. Will, 2008, S. 239). In der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen im schulischen Bereich, bedarf es einer sorgfältigen Annäherung an Belastbarkeitsgrenzen, Lernschwierigkeiten als auch gegenwärtigen Wissensstand (vgl.

Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 196). Dies sind Anhaltspunkte um einer ganzheitlichen Betrachtung und Förderung der Kinder und Jugendlichen gerecht zu werden, Ressourcen aufspüren zu können als auch pädagogische Methoden an individuelle Kompetenzen abgleichen zu können (vgl. Diepold, Hütter & Oberhuber, 2010, S. 17).

Einige Kinder und Jugendliche haben in ihrer Lebenszeit und durch ihr Krankheitsbild bereits negative Erfahrung im schulischen Kontext gesammelt. Schwierigkeiten könnten durch Konzentrationsschwächen, niedrige Belastbarkeit bzw. Frustrationstoleranz, geringe Motivation, Schulverweigerung, durch Ausgrenzung der sozialen Gruppe oder Unterrichts- bzw. Schulausschlüsse entstehen (vgl. ebd., S. 17). Um wieder ein positives und gestärktes Bild der Schule zu entwickeln, zählt es zu den Aufgaben des Lehrpersonals bzw. der SozialpädagogInnen Unterrichtsmethoden, Arbeitsmaterialien und sämtliche Rahmenbedingungen, wie Zeit, Ort, Setting oder Gruppengröße, individuell unter Einbezug der psychischen Tagesverfassung sowie des Krankheitsbildes und Behandlungsverlaufes und -standes zu koordinieren (vgl. Will, 2008, S. 240).

„Der Gesundheitszustand des Kindes/des Jugendlichen, die medizinische Behandlung und die äußeren Gegebenheiten stellen den Rahmen für Didaktik und Methodik. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen müsse mit der Unterrichtszeit koordiniert werden. Oberste Priorität haben medizinische Behandlung, Belastbarkeit und das Befinden des Kindes bzw. Jugendlichen“ (Diepold, Hütter & Oberhuber, 2010, S. 17).

Der schulische Alltag und die Wissensvermittlung sind demnach zweitrangig im psychischen Genesungsprozess. Im schulischen Kontext lassen sich bestimmte Parallelen im nachstehenden Kapitel beschriebenen sozialpädagogischen Alltag erkennen. Diese beziehen sich auf die Erarbeitung und Stärkung von individuellen Ressourcen, Fähigkeiten und Kompetenzen, die Reduktion von Stressoren als auch auf Problemlösungsstrategien. Spezifische Aufgabenstellung fänden sich nach Diepold, Hütter und Oberhuber (2010, S. 17f) in motivierenden Leistungssteigerungen, Selbstbewusstseins und -vertrauensstärkung, Lernberatungen und Reflexionen, Zusammenarbeit mit der Heimatschule und in der Schaffung der Möglichkeit der Wiedereingliederung in diese, interdisziplinäre Vernetzung sowie Erzeugung einer vertrauensvollen und empathischen (Lern-)Umgebung.

10 Sozialpädagogische Alltagsgestaltung in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen

Der Klinikalltag kann für Kinder und Jugendliche eine bedeutende Ressource hinsichtlich ihrer Entwicklung darstellen. Er bietet den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit im geschützten Raum neue Verhaltensweisen auszuprobieren und ihr Selbstbild zu stärken. Für die SozialpädagogInnen findet die Gestaltung und Bewältigung einer sozialpädagogischen Alltagsgestaltung innerhalb einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung große Bedeutung. Entwicklungsfördernde Strukturen und Aufbereitungen sollen Kindern und Jugendlichen die Chance bieten alle alltäglichen Erfahrungen zu machen, die sie im Zusammenleben mit ihren Mitmenschen auffinden werden. Alltägliche Erfahrungen umfassen ein respektvolles Miteinander, die Fähigkeit auf jemanden zuzugehen und Grenzen ziehen zu können, Sicherstellung der eigenen Bedürfnisse, Interessensentwicklung sowie eine Steigerung der Frustrationstoleranz (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 137f). In der Alltagsgestaltung legen SozialpädagogInnen auf die Vermeidung von Kränkungen und Verletzungen großes Augenmerk. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, wird in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen dem Konzept der BezugspädagogInnen, der ressourcenorientierten Vorgehensweise, der gemeinsamen Erarbeitung von Wochenplänen sowie der Reflexion durch Kinderkonferenzen erhebliche Beachtung geschenkt.

10.1 Prinzip der BezugspädagogInnen

In den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen hat sich das Konzept der Zuweisung eines/einer Bezugspädagogen/-in bewährt. BezugspädagogInnen, die in ihrer Profession als SozialpädagogInnen gelten, übernehmen die Verantwortung für die alltäglichen Herausforderungen und Themen von Kindern und Jugendlichen in kleiner Gruppengröße von etwa 3-5 Kindern bzw. Jugendlichen. Neben der Mitwirkung an den Wochenplänen, der Zielsetzung und den Anforderungen gegenüber dem Bezugssystem kommen den BezugspädagogInnen Aufgaben zu, wie die Wahrung der persönlichen Interessen der Bezugskinder bzw. -jugendlichen, die Einnahme der Rolle einer Vertrauensperson, sowie die Schaffung von Möglichkeiten um positive Erfolgserlebnisse zu sammeln (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 143). Durch den intensiven Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen durch die Stellung als erste Ansprechperson, entwickelt sich in den meisten Fällen eine enge und vertrauensvolle Beziehung, die sich wiederum positiv auf den weiteren Verlauf auswirken kann (vgl. Reinker & Müller, 2008, S. 91).

10.1.1 Beziehungsaufbau

Die BezugspädagogInnen werden hinsichtlich des Beziehungsaufbaues zu den Kindern und Jugendlichen vor große Herausforderungen gestellt. Kinder und Jugendliche, die eines stationären Aufenthalts bedürfen, sind zumeist sehr misstrauisch und erfuhren in ihren Herkunftsfamilien oder ihrem sozialen Interaktionsfeld viele Enttäuschungen, Zurückweisungen oder unbeständige Beziehungen, die keine tiefgreifende Nähe zuließen. Die Art und Weise wie den Kindern und Jugendlichen begegnet wird und wie sich die Kontaktaufnahme gestaltet, beeinflusst maßgeblich die fortwährende Beziehung zu den BezugspädagogInnen. Diese müssen sich ihrer Professionalität bewusst und absolut sicher sein, um mit Rückschlägen, Enttäuschungen oder negativen Emotionen und Reaktionen der Kinder und Jugendlichen adäquat umzugehen. Diesen oftmals verletzenden Situationen auf Seite der BezugspädagogInnen bedarf zwar der Zuschreibung der notwendigen Bedeutung, jedoch sollten diese nicht auf die eigene Person umgemünzt werden, da die Handlungsweisen der Kinder und Jugendlichen über mehrere Jahre gelernt wurden oder schlichtweg als Schutzmechanismus dienen. SozialpädagogInnen zeichnen sich durch Klarheit, Strukturiertheit, Organisation und ihrem, an pädagogische Werten orientiertem, selbstbewusstem und energiereichem Auftreten aus (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 143ff).

Um das Gelingen eines starken Beziehungsaufbaues zu erreichen, braucht es ein vertrauensvolles Fundament. Kindern und Jugendlichen muss die Sicherheit gegeben werden, sich auf ihre BezugspädagogInnen verlassen zu können. Deren Aktionen sind klar definiert, sie stellen alle wichtigen Informationen bereit und gelten als Person, bei der sich Kinder und Jugendliche sämtlicher Emotionen entledigen können (vgl. Petermann, 2013, S. 114f).

Um eine vertrauensvolle Basis zwischen den Kindern und Jugendlichen mit deren SozialpädagogInnen zu gewährleisten, beschreibt Petermann (2013, S. 114ff) einige Kriterien: BezugspädagogInnen müssen ihre Handlungen für Kinder und Jugendliche transparent und nachvollziehbar gestalten, Kinder und Jugendliche stehen im Mittelpunkt der Arbeit und können durch ihr Mitspracherecht eigene Ideen und Vorschläge einbringen und BezugspädagogInnen gelten als Informationsquelle und müssen daher immer ausreichend über die Situation bzw. den Allgemeinzustand der Kinder und Jugendlichen Bescheid wissen, um die Weitergabe von Falschinformationen zu vermeiden. Als weiteres wichtiges Kriterium gilt es den Kindern und Jugendlichen Verantwortung zu teil werden zu lassen und dahingehend Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu fördern. BezugspädagogInnen sollten auch eine direkte und authentische Haltung aufweisen, sie

sollten den Kindern und Jugendlichen gegenüber ihre eigenen Gefühle preisgeben und sich erklären, warum sie durch ein spezifisches Verhalten beispielsweise erfreut oder verärgert sind. Dies kann den Kindern und Jugendlichen als Hilfestellung dienen Sicherheit bezüglich ihrer eigenen Emotionen zu gewinnen und alle Gefühle anzuerkennen und zuzulassen. Gegenüber all diesen Kriterien sollten BezugspädagogInnen grundlegend eine optimistische, lösungsorientierte und positive Haltung bzw. Einstellung innehaben.

Das Erreichen einer guten, vertrauensbildenden Basis, die in weiterer Folge einen guten Beziehungsaufbau ermöglicht und stärkt, bedarf eines hohen Maßes an Geduld durch die BezugspädagogInnen. Die SozialpädagogInnen müssen durch die eben genannte Grundeinstellung und ihr konsequentes Auftreten den oben genannten Herausforderungen begegnen und Rückschläge aushalten (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 144). Herausforderungen treten aber nicht nur im Beziehungsaufbau zu Tage, sondern gestalten sich auch in den täglichen Aufgaben mit den Kindern und Jugendlichen als auch in den Aufgaben hinsichtlich der Arbeit mit dem häuslichen System (vgl. Reinker & Müller, 2008, S. 91f).

10.1.2 Arbeit mit Kinder und Jugendliche

Bereits bei der Aufnahme von Kindern und Jugendlichen kommt das Prinzip der Bereitstellung von BezugspädagogInnen zum Tragen. In den Einrichtungen wird darauf geachtet, dass der/die zukünftige Bezugspädagoge/-in ebenfalls den Aufnahmegesprächen beiwohnt und Augenmerk auf Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern bzw. Bezugspersonen legt als auch in der Erhebung wichtiger Informationen für das Einleiten weiterer wichtiger Arbeitsschritte. Die vorrangige Aufgabe der BezugspädagogInnen liegt darin, das Kind bzw. den/die Jugendliche/-n mit dem Klinikalltag vertraut zu machen. Hierzu zählen neben unerlässlichen Rahmenbedingungen wie Essenszeiten, Besuchs- und Telefonzeiten, das Zeigen von Therapieräumen, Gemeinschaftsräumen, Waschräumen, des eigenen Zimmers usw. auch die Aufklärung über vorherrschende Regeln und Verhaltensweisen wie der Anspruch auf ein respektvolles Miteinander, Nachtruhe oder die Mitteilung von erlaubten und nichterlaubten Gegenständen innerhalb der Klinik (vgl. Reinker & Müller, 2008, S. 91). Nachstehende Aufgaben der BezugspädagogInnen ergeben sich in der alltäglichen Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen. BezugspädagogInnen führen in deren persönlichen und individuellen Akten Vermerke zu Verhaltensweisen, Auffälligkeiten im täglichen Umgang, sei es mit Gleichaltrigen, Autoritätspersonen, Herausforderungen oder ähnlichem, Entwicklungsschritte und der Zielerreichung an. Diese Dokumentationen unterstützen das

Klinikpersonal maßgeblich im weiteren Behandlungsverlauf und eröffnen neue Perspektiven und Handlungsmethoden. Im interdisziplinären Austausch mit den Fachkräften werden neue Ziele definiert und mit den Kindern und Jugendlichen an deren Bedürfnissen und Wünschen festgelegt. Die Überprüfung, Reflexion und Überarbeitung derselben obliegt den SozialpädagogInnen als weiteres Arbeitsfeld (vgl. ebd., S. 91).

10.1.3 Arbeit mit Eltern bzw. Bezugspersonen

Neben der, teils intensiven, Betreuung von Kindern und Jugendlichen wird den SozialpädagogInnen auch die Arbeit mit den Eltern bzw. engen Bezugspersonen ihrer Schützlinge zuteil. Auch diese sind bei der Aufnahme ihrer Kinder bzw. ihrer Jugendlichen in das stationäre Setting anwesend. Sozialpädagogisch betrachtet gilt die Aufklärung und Beratung der Bezugspersonen als besonders wichtig um einen günstigen Genesungsprozess in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung zu fördern (vgl. Remschmidt, 2000, S. 436). Im Zuge des Kennenlernens erstellen die zugewiesenen SozialpädagogInnen einen sogenannten Behandlungsvertrag in Kooperation mit den Eltern bzw. den Bezugspersonen. Dieser sollte als verpflichtende Maßnahme gelten, um eine gute und vor allem regelmäßige Zusammenarbeit zwischen der Klinik und dem häuslichen Umfeld zu gewährleisten.

Die Vernetzung mit den Eltern bzw. den wichtigsten Bezugspersonen der betroffenen Kinder und Jugendlichen steht zugleich in enger Verbindung mit der Aufrechterhaltung des Kontaktes zur Lebenswelt. Der Austausch der zwischen dem häuslichen System und den BezugspädagogInnen stattfindet, unterliegt keiner fixen Struktur und kann von Fall zu Fall bezüglich Häufigkeit, Intensität und Bereitschaft, seitens des häuslichen Umfelds, variieren. Die Notwendigkeit des Austausches ergibt sich aus der Annahme, nur dadurch ein ganzheitliches Bild der Kinder und Jugendlichen entstehen lassen zu können und Behandlungsmaßnahmen nachhaltig einbringen zu können. Der Informationsaustausch sollte dennoch gewissen Kriterien unterliegen. Um Missverständnisse und weitere Unsicherheiten seitens der Eltern bzw. Bezugspersonen zu vermeiden sollte sich die Weitergabe von Informationen immer an dem Wissensstand, der von den ÄrztInnen und TherapeutInnen bereits an diese weitergeleitet wurde, orientieren (vgl. Remschmidt, 2000, S. 448f). Die medizinische und therapeutische Auskunft obliegt daher weiterhin den ÄrztInnen und TherapeutInnen. SozialpädagogInnen streben zwar einen regelmäßigen Informationsaustausch an, in dem die Fortschritte, der Entwicklungsstand und die Gefühlslage der Kinder und Jugendlichen Gehör finden (vgl. Pankoke, 2008, S. 214), dürfen jedoch Informationen nicht spekulativ preisgeben und dürfen den Eltern bzw.

Bezugspersonen gegenüber keine wertenden Aussagen treffen (vgl. Remschmidt, 2000, S. 449). Weiters ist darauf zu achten, keine Prognose oder Versprechungen abzugeben, da die Genesung vom Therapieprozess abhängig ist und dieser aufgrund seiner Komplexität keine garantierten Voraussagen zulässt (vgl. ebd., S. 449).

Um einen stationären Behandlungsverlauf nachhaltig sicherzustellen, werden zuvor mit den Kindern und Jugendlichen definierte Ziele mit dem häuslichen Umfeld abgeklärt und auf ihre Umsetzbarkeit überprüft. Gelingende Zusammenarbeit zeichnet sich dadurch aus, dass Ziele, die in der Klinik verfolgt werden auch im häuslichen Umfeld Anerkennung und Weiterführung erfahren (vgl. Reinker & Müller, 2008, S. 92).

Die SozialpädagogInnen sind vor Herausforderungen gestellt, wenn Eltern bzw. Bezugspersonen selbst eine Anfälligkeit für psychische Störungen aufweisen (vgl. Reinker & Müller, 2008, S. 88) oder eine pathogene Haltung gegenüber der Erkrankung des Kindes der/s Jugendlichen entwickelt haben (vgl. Remschmidt, 2000, S. 436). Eine pathogene Haltung bedeutet, dass bei Eltern bzw. Bezugspersonen fehlerhafte oder krankheitsfördernde Verhaltensweisen zu finden sind. Laut Remschmidt (2000, S. 436) würden solche Verhaltensweisen auf einen innerfamiliären Konflikt hindeuten, dem die Krankheit des Kindes oder der/s Jugendlichen vorgeschoben wird, um dadurch einer Auseinandersetzung und Bearbeitung entgehen zu können. Um die krankheitsfördernde Einstellung zu ändern, bedarf es einer gesamten Familientherapie. Zu jenen Verhaltensweisen zählt die Verleugnung der Krankheit, die Überbewertung, Schuldgefühle gegenüber dem Minderjährigen oder die Enttäuschung, dass das Kind oder der/die Jugendliche gesundet.

10.2 Ressourcenarbeit

Die Herausarbeitung von Ressourcen sollten Kindern und Jugendlichen in ihrer eigenen Person bestärken und stabilisieren (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 147) und tragen maßgeblich zu ihrer Entwicklung bei (vgl. Petermann & Schmidt, 2006, S. 119). Nach der Annahme von Petermann & Schmidt (2006, S. 119) würde es sich anbieten bei Kindern und Jugendlichen von derzeitig verfügbaren Potentialen zu sprechen, da eine Unterscheidung zwischen nicht mehr, noch nicht und spezifisch gebundene Potentialen vorzunehmen wäre. Weitere Ausführungen verweisen auf die Aufteilung der Potentiale in Individualressourcen, welche die genetische Veranlagung und biologische Einflüssen beinhalten, und Umweltressourcen, die Aspekte der Familie, Bildung und Gesellschaft einbeziehen (vgl. ebd., S. 120).

Nachstehende Grafik soll veranschaulichen, in wie fern solche Umwelteinflüsse und individuelle Potentiale auf Stressoren, Defizite als auch Ressourcen und Stärken der Kinder und Jugendlichen wirken können. Diese Wechselwirkung umrundet das Individuum, welches sich im Zentrum befindet. Diese sogenannte Eco Map oder auch Family Map erleichtert SozialpädagogInnen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen die Abklärung der unterschiedlichen Bereiche. Im Bereich der Stressoren entsteht eine Veranschaulichung hinsichtlich der sozialen Vulnerabilität und Belastungen, sowie personalen Belastungs- und Risikofaktoren. Auf Stärken und Ressourcen bezogen kommen den Quadranten der förderlichen Umwelteinflüsse sowie den personalen Schutzfaktoren und Ressourcen erhebliche Bedeutung zu (vgl. Pauls, 2013, S. 210). In dieser konkret angewandten Methodik gilt die Familie „als Schnittstelle zwischen Person, sozialemotionalen Beziehungen und äußerer Umgebung mit den jeweiligen Rückwirkungen“ (Pauls, 2013, S. 210f) und wird ins Zentrum genommen. Jeder einzelne Quadrant zeigt auf mit welchen förderlichen und belastenden Bedingungen Kinder und Jugendliche umzugehen haben und mit welchen Ressourcen, Schutzfaktoren und individuellen Fähigkeiten diese Herausforderungen gemeistert werden können. SozialpädagogInnen erarbeiten jeden Bereich mit dem Wissen, dass jeder einzelne Faktor maßgeblich zum Selbstbild beiträgt und gleichwertig zu betrachten ist (vgl. ebd., S. 211).

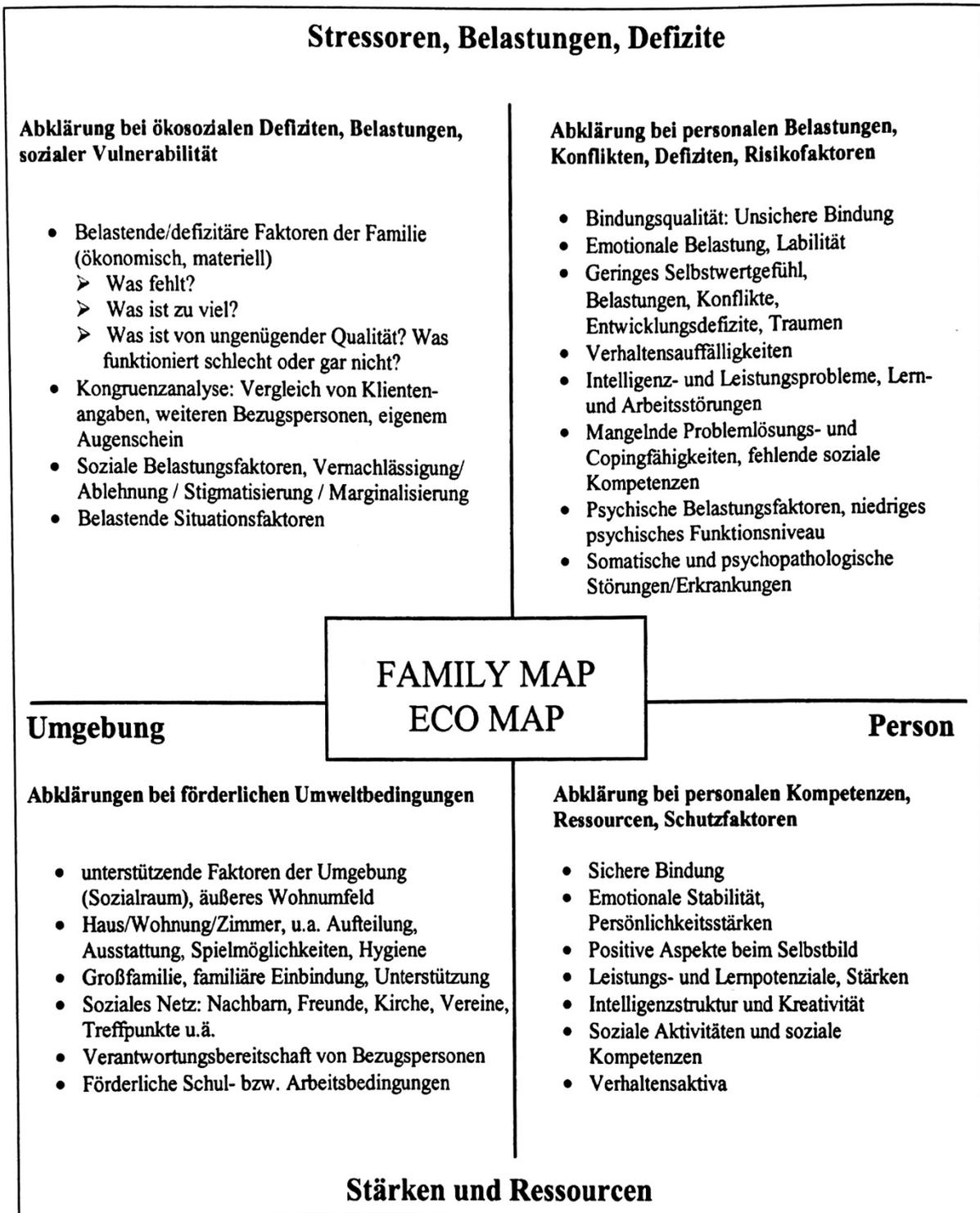


Abbildung 3 - Family Map (vgl. Pauls, 2013, S. 210)

Um Kindern und Jugendlichen aufzuzeigen, welche Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen, kann es sehr hilfreich sein, sich dahingehend an kreativen Methoden zur Ressourcenaktivierung bzw. -stärkung zu bedienen. Als bewährte Übung, unterstützend zur oben beschriebenen Family Map, gilt die Ressourcen-Waage.

Kindern und Jugendlichen soll es durch die Anwendung dieser Methode gelingen ihre Ressourcen zu entdecken und zu stärken. Das Erreichen der inneren Balance ist Hauptaugenmerk und soll in belastenden Situationen Hilfestellung leisten. Die Übung bedarf einer richtigen Waage und Gewichten. Jene Gewichte stehen symbolisch für Belastungsgewichte und Helfergewichte und können auch von den Kindern und Jugendlichen mitgebracht werden. Ein Gewicht nimmt stellvertretend für eine Belastung der Kinder und Jugendliche den Platz auf der Waage ein. Unter Anleitung wird versucht, Kinder und Jugendliche dazu zu animieren herauszufinden, was oder wer ihnen in Zukunft helfen könnte, diese Belastungssituation zu meistern und ertragen zu können. Hierzu zählen personale, familiäre oder auch systemische Ressourcen, alles was die Kinder und Jugendlichen einbringen. Diese inneren Helfer werden anschließend in Form der Helfersymbole in die Waagschale gelegt. Dieser Vorgang wiederholt sich solange bis jede Ressource ausgeforscht ist und in die Waagschale gelegt wurde und somit eine Balance hergestellt werden konnte. In der Herausarbeitung der Ressourcen bietet es sich an, zeitgleich daran zu arbeiten, wie diese Fähigkeiten in die Alltagsgestaltung aufgenommen werden können (vgl. Kapp, 2014, S. 151f).

10.2.1 Schaffung sicherer Orte

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen greifen SozialpädagogInnen, TherapeutInnen sowie ärztliches Fachpersonal auf die Schaffung sicherer Orte als bewährte Strategie zurück. Diese Herangehensweise soll Kinder und Jugendliche in ihren Persönlichkeiten stärken, ihre Fähigkeiten und Kompetenzen freilegen und als Methode zur Reduktion von Stressoren zugänglich gemacht werden.

Sichere Orte können für Kinder und Jugendliche in ihrer Phantasie entstehen oder direkt als äußerer Ort verstanden werden. Die Sinnhaftigkeit in der Entstehung dieser Orte findet sich darin, dass Kindern und Jugendlichen dadurch die Möglichkeit verschaffen wird einen persönlichen Rückzugsort aufzusuchen und durch ein Gefühl von Sicherheit Entspannung zu erlangen (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 154). Als äußerer sicherer Ort kann alles verstanden werden, wo sich das Kind oder der/die Jugendliche hingezogen fühlt. Entspannung und Sicherheit kann folglich von einer wärmenden Decke, in die sich eingekuschelt werden kann, einem großen, stabilen Teppich, der Kraft und Stärke ausstrahlt oder auch einem Wandschrank, der als schützendes Versteck dient sein, der kindlichen und jugendlichen Kreativität bzw. den Bedürfnissen sind keine Grenzen gesetzt (vgl. ebd., S. 154f).

Um einen sicheren Ort in der Phantasie zu schaffen, bedarf es an einer klaren und strukturierten Anleitung durch Bezugs- bzw. SozialpädagogInnen oder TherapeutInnen. In der Erarbeitung wird Wert auf die Ganzheitlichkeit und die Einbeziehung der Sinne gelegt. Daher beziehen sich Fragen und Anleitungen auf alle Sinne der Kinder und Jugendlichen. Durch die Details wie den Geruch des Ortes, wie sich das Kind bzw. der/die Jugendliche dort fühlt, welche Einzelheiten gesehen und wahrgenommen werden können als auch welche Geräusche den Ort umgeben, kann ein spezifisches Bild entstehen, welches es zulässt in konflikt- oder krisenreichen Situationen schnell aufgesucht zu werden (vgl. Tomke, 2008, S. 105). Die innerliche Reise zum entstandenen sicheren Ort setzt bei Kindern und Jugendlichen ein Gefühl von Ruhe und Gelassenheit frei. Der Körper tritt in eine Phase des Ruhezustandes ein, indem sich Puls und Blutdruck senken und durch Stress angespannte Muskulatur auflösen kann (vgl. ebd., S. 105).

Obgleich äußere oder innere sichere Orte als Ressource für Kinder und Jugendliche gewählt werden, so liegt ihnen beiden die Vermittlung von Sicherheit, Stabilität und Selbstvertrauen zugrunde. Durch die Einbeziehung der sicheren Orte in die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in psychiatrischen Einrichtungen, lassen sich neue Kompetenzen erwerben und vertiefen, Interessen und die Ich-Stärke fördern und neue Bewältigungsstrategien erarbeiten (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 154f).

10.2.2 Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien

Die SozialpädagogInnen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen schreiben dem Erwerb und der Vertiefung von Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien eine große Bedeutung zu. Kinder und Jugendliche haben in ihrer Entwicklung gelernt auf bewährte Schutzmechanismen zurückzugreifen, um sich mit der Alltagssituation auseinanderzusetzen. Diese kindlichen Formen der Abwehr tragen aber meist dazu bei, dass Kinder und Jugendliche in ihrem Verhalten oder Reaktionen missverstanden werden und aufgrund dessen erneut Ablehnung, Enttäuschung und/oder Frustration erfahren (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 155). Adam und Breithaupt-Peters (2010, S. 155) gehen davon aus, dass die Bewältigungsstrategien von Kindern und Jugendlichen „in aller Regel zu wenig entwickelt und geübt [sind], sodass typische Entwicklungsaufgaben (z.B. jeweils altersgemäße schulische Anforderungen, soziale Anerkennung unter Gleichaltrigen, altersentsprechende Autonomieentwicklung und Identitätsfindung etc.) nicht bewältigt werden konnten und können, aber auch die Bewältigung der Alltagsanforderungen erheblich leidet.“

SozialpädagogInnen sind bemüht neue Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien, die für das jeweilige Kind, die/den jeweilige/n Jugendliche/n angepasst sind, zu trainieren und im Alltagsgeschehen zu erproben. Sei es in gruppenbezogenen Aktivitäten, Ausflüge oder Einkäufe zu planen, in der Einbeziehung der Gestaltung von Wochenplänen und –zielen oder in der alltäglichen Umsetzung im häuslichen Umfeld. Ziel ist es, Kinder und Jugendliche dahingehend zu unterstützen neue Situationen richtig einzuschätzen und adäquat darauf zu reagieren, krisen- bzw. konflikthafte Auseinandersetzungen zu bewältigen und ihren Alltag ohne große Belastungen zu meistern (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 155). Um dieses Ziel zu erreichen ist es von großem Wert den Kindern und Jugendlichen größtmögliche Entscheidungsfreiheit zu Teil werden zu lassen, sodass eine Auseinandersetzung mit den aktuellen Themen bzw. der gegenwärtigen Anforderung stattfinden kann. Hierbei können sich Kinder und Jugendliche auch gegenseitig unterstützen. Um Bewältigungsstrategien zu verinnerlichen, kann es förderlich sein, wenn Kinder und Jugendliche sich untereinander wertschätzend austauschen und somit das Selbstbewusstsein stärken. Die Methode der Stärkenbombardierung zielt genau auf diese Stärkung und Verinnerlichung ab. Kinder und Jugendliche unterhalten sich über eine/-n Teilnehmer/-in über deren/dessen Kompetenzen, Fähigkeiten, Stärken, Ressourcen und positiven Eigenschaften und/oder über ein gemeinsam positiv erlebtes Ereignis. Nach Ablauf der Zeit kann der/die Zuhörer/-in reflektieren, welche Erkenntnisse neu, bestätigend, überraschend und hilfreich waren (vgl. Jänicke, 2014, S. 186). In weiterer Auseinandersetzung können jene (neu erlernten) Fertigkeiten unter Beweis gestellt, vertieft und verinnerlicht werden. In einigen Fällen erweist sich auch die Einbeziehung des Bezugssystems als besonders hilfreich, um auch ihm lösungsorientierte Strategien näher zu bringen um dadurch konfliktreiche Situation zuhause zu minimieren (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 156).

10.2.3 Reduktion von Stressoren

„Stressoren sind immer ein Ergebnis von Faktoren der Lebenslage (der Lebenssituation und der Lebensbedingungen) und der Lebensweise (also des Erlebens und Verhaltens)“ (Pauls, 2013, S. 72).

Diese Faktoren beeinflussen wesentlich die psychische Gesundheit und können besonders für Kinder und Jugendliche zur großen Herausforderung werden (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 160). Es gilt individuelle Stressoren herauszufiltern und Möglichkeiten zu finden, diese zu reduzieren. Stressoren können bereits durch die Erarbeitung von neuen Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien reduziert werden, da dadurch stressreiche Situationen neu bewertet und gemeistert werden können (vgl. ebd., S. 160). SozialpädagogInnen müssen sich bewusst sein, dass das Herausfinden von Stressoren keine leichte Aufgabe darstellt. Für Kinder und Jugendliche können die, vermeintlich kleinsten Dinge bereits eine hohe Stressreaktion hervorrufen, wie zum Beispiel der Weg zur Schule, der von vielen anderen Kindern und Jugendlichen geteilt wird, der Lautstärkenpegel in der großen Pause oder der schnelle Übergang von Schule zu Hausaufgaben (vgl. ebd., S. 160f). Weiters sollte ein Bewusstsein bezüglich des Zusammenspiels von Umweltfaktoren, sozialer Einbindung, der generellen Frustrationstoleranz sowie der Vulnerabilitätsgrenze von Kindern und Jugendlichen vorhanden sein (vgl. Pauls, 2013, S. 80). Die angewandten Methoden befassen sich zumeist mit dem Erarbeiten von Problemlösungskompetenzen, wie in vorherigen Ausführungen bereits beschrieben wurde, als auch in der Vermittlung von Entspannungstechniken und der Sensibilisierung der Kinder und Jugendlichen persönliche Stressoren frühzeitig zu erkennen und entgegenwirkende Maßnahmen einzuleiten (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 160f).

Pauls (2013, S. 80ff) geht in seinen Ausführungen von der Bedeutung der sozialen Unterstützung aus. Diese könne sich in unterschiedlichen Punkten zeigen und dadurch das psychische Wohlbefinden erhalten bzw. steigern. Diese würden auch dazu beitragen Stressoren durch die Gewissheit der Unterstützung zu reduzieren und Belastungssituationen zu bewältigen. Nachstehenden Kategorien können speziell auf die Reduktion von Stressoren in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen umgemünzt werden:

Kategorie 1: Emotionale Unterstützung

Hierbei steht die Wertschätzung aller Gefühle im Vordergrund sowie die Stärkung des eigenen Selbstwertgefühls. Kinder und Jugendliche sollen in ihren Gefühlsreaktionen und Interaktionen Verständnis erfahren und sich bewusst sein ernst genommen zu werden und zugleich einen empathischen Umgang zu erfahren. Eine emotional stabile Grundhaltung trägt dazu bei Warnsignale und Stressoren frühzeitig zu erkennen und adäquate Bewältigungsstrategien einzusetzen.

Kategorie 2: Positiver sozialer Kontakt

Besonderes Augenmerk gilt der Prävention der sozialen Isolierung und der Auflösung von Vermeidung in soziale Interaktion zu treten. In kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen wird daher das Bezugssystem miteinbezogen, um durch die Zusammenarbeit gleiche Ziele zu verfolgen, wodurch wiederum Sicherheit außerhalb des stationären Settings vermittelt wird. Die Nachbetreuung bzw. die Vermittlung an weitere professionelle Anlaufstellen werden ebenfalls als wichtig erachtet, um soziale Integration zu gewährleisten. Die Aufnahme sozialer Kontakte sollte als positiv erlebt werden, um in weiterer Folge Stressoren zu reduzieren, die im alltäglichen, sozialen Geschehen durch Interaktion auftreten können.

Kategorie 3: Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung

Kindern und Jugendlichen soll durch die Vermittlung von individuellen Bewältigungsstrategien gezeigt werden, dass stressreiche Situationen neu bewertet werden können. Augenmerk liegt auf der Selbstwirksamkeit der Kinder und Jugendlichen. Durch die Verzeichnung positiver Erfahrungen hinsichtlich der Bewältigung von Krisenzuständen können verinnerlichte Muster neu konnotiert werden und zur Stärkung des Selbstbewusstseins beitragen. Stressoren sollten folglich besser bzw. früher erkannt und in ihrer Intensität eingeschätzt werden.

10.3 Erarbeitung von Wochenplänen

Bisherige Ausführungen zeigen, dass kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen durch ein multiprofessionelles Team gekennzeichnet sind. Jede Profession erfüllt einen großen Beitrag im Genesungsprozess der Kinder und Jugendlichen. Der Einbindung der Kinder und Jugendlichen in diesen Verlauf kam immer mehr Bedeutung zu, um dadurch die Ganzheitlichkeit der Minderjährigen zu erkennen und nachhaltig ihre psychische Gesundheit zu fördern und zu gewährleisten.

Aufgrund dieser Vielfalt an professionellen und spezifischen Versorgungsoptionen im stationären Kontext unterliegen Wochenpläne und deren Struktur bereits gewissen Vorgaben. Kinder und Jugendliche werden unterschiedlichen Therapien zugewiesen, müssen sich an den allgemeinen Rahmenbedingungen, wie Essens- oder Besuchszeiten, orientieren und sind von den täglichen Visiten abhängig (vgl. Remschmidt, 2000, S. 452). Hier liegt es abermals speziell an den SozialpädagogInnen mit ihren zugewiesenen Bezugskindern und -jugendlichen in Kontakt zu treten und gemeinsam Wünsche und Ziele zu formulieren, die Kinder und Jugendliche in der Erarbeitung der Wochenpläne einfließen lassen können. Den PatientInnen wird eine bunte Auswahl an Angeboten unterbreitet, die ihre Interessen, Ressourcen, Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten fördern sollen. Aus der pädagogischen Perspektive werden beispielsweise Kleingruppenaktivitäten wie Reiten oder Schwimmen, Großgruppenaktivitäten, individuelle und themenbezogenen Gruppen, die sich auf die therapeutischen Ziele berufen oder Termine mit den Eltern bzw. dem Bezugssystem angeboten. Obgleich Kinder- und Jugendpsychiatrien in ihrer Konstellation einzigartig sind, stimmen die therapeutischen Anregungen oftmals überein. Diese gehen von einzel- und/oder gruppentherapeutischen Settings, über Familientherapien, Ergo- und Musiktherapie hin zur Visite unter Einbezug der pädagogischen Fachkräfte (vgl. Reinker & Müller, 2008, S. 90f).

Nicht nur um zuvor festgelegte Wochenziele zu erreichen, sondern auch mit dem Hintergrund Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen nachhaltig zu deren seelischer Gesundheit beizutragen, wird die Zusammenarbeit speziell zwischen TherapeutInnen und SozialpädagogInnen forciert. Grund dafür ist, dass SozialpädagogInnen die Kinder und Jugendlichen in alltäglichen Situationen und bei den verschiedensten Herausforderungen wahrnehmen und beobachten können, wogegen TherapeutInnen in ihrem Blick sehr auf das angebotene Setting eingeschränkt sind. Der kontinuierliche und informative Austausch zwischen den beiden Professionen ermöglicht eine Rundumbehandlung, die sich auf die aktuelle Situation im Hier und Jetzt bezieht. Der Bezug zur Realität von Kindern und Jugendlichen, der in konfliktreichen Gegebenheiten

zum Vorschein kommt, kann den TherapeutInnen Einblick über angewandte Abwehrmechanismen, Reflexionsfähigkeit und zum Teil auch über innere Werte und Normvorstellungen gewähren (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 180).

Neben der engen interdisziplinären Kooperation, der Aufbereitung gezielter Förderangebote sowie der stationären Rahmenbedingungen zählen vor allem die Wünsche der Kinder und Jugendlichen. Durch die gemeinsame Erstellung eines Wochenplans können sich Kinder und Jugendliche an die Regelmäßigkeit einer Alltagsstruktur und an die pünktliche Einhaltung von Terminen und Veranstaltungen herantasten und gewöhnen. Ein weiterer Vorteil durch die individuelle Wochenplangestaltung ergibt sich aus der Eigeninitiative der Minderjährigen hinsichtlich der Planung und Einteilung von ihren eigenen Therapiestunden, den gemeinsamen Eltern- bzw. Bezugspersonengesprächen, ihrer persönlichen Freizeitgestaltung und das Wahrnehmen von Angeboten aus den pädagogischen Aufbereitungen. Wünschenswertes Ziel in dieser Arbeit wäre es Kinder und Jugendliche in ihren Rollen, Kompetenzen und Ressourcen zu fördern und ihnen ihre Selbstbestimmung zu gewährleisten. Die gewonnene Sicherheit und das Vertrauen in eigene Fähigkeiten können ins häusliche Umfeld übertragen werden (vgl. Remschmidt, 2000, S. 452f).

10.4 Kinderkonferenzen

Kinderkonferenzen als fixen Bestandteil der Wochenpläne einzusetzen, erweist sich durch die Erweiterung des Blickwinkels als Vorteil. In diesen Treffen wird unter anderem auch an den Wochenplänen per se gearbeitet bzw. weitere Ideen, Wünsche und Anregungen seitens der Kinder und Jugendlichen dokumentiert und in die Planung aufgenommen. Das Prinzip der Wochenpläne und der Kinderkonferenzen begründet die Freiwilligkeit und Eigenverantwortung der Minderjährigen. Starre Vorgaben und undurchsichtige Konzepte, die durch das Klinikpersonal beschlossen wurden, lassen weder Raum für individuelle Vorstellungen, ganzheitliches Training neuer Bewältigungsstrategien noch für die Schaffung eines Bewusstseins bzw. das Meistern der psychischen Erkrankung. Diesen Risiken wird durch die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in den Planungsprozess entgegengewirkt. Kinderkonferenzen schaffen Transparenz und stärken die PatientInnen in ihren Persönlichkeiten. Ihnen wird altersgerechte Verantwortung übertragen, die im geschützten Rahmen erprobt werden kann und auch im häuslichen Umfeld Anwendung und Stärkung findet. Es wird Raum geschaffen über alle Belange zu sprechen, persönliche Einstellungen kund zu tun, Beschwerden oder Verletzungen mitzuteilen oder eigene gemachte Erfahrungen zu besprechen und zu reflektieren (vgl.

Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 166f). Somit entsteht eine Vergleichbarkeit zu der Methode der Wochenreflexion. Beide Herangehensweisen finden großen Anklang im stationären Setting und erlauben es den SozialpädagogInnen gelungene Konzepte herauszuarbeiten, Anregungen aufzunehmen sowie an der Ich-Stärkung der Kinder und Jugendlichen maßgeblich beteiligt zu sein. Als weiteren positiven Aspekt erweist sich die bewusste Auseinandersetzung mit emotionalen und kognitiven Prozessen. Durch Anleitung in der Wochenreflexion bzw. in den Kinderkonferenzen wird dazu angehalten gegenwärtige Gefühle zu beschreiben, werden Empfindungen und Eindrücke der Woche gesammelt, Ziele und Wünsche konkret formuliert, Chancen und Risiken abgewogen als auch positive Ereignisse und Erlebnisse verinnerlicht (vgl. Hermer, 2014, S. 215f). Zweifellos unterliegen Kinderkonferenzen auch bestimmten Verhaltensregeln, die im Vorhinein klar besprochen und von allen teilnehmenden Kindern und Jugendlichen akzeptiert werden. Die besprochenen Themen und Bezugnahmen bieten den Kindern und Jugendlichen zugleich die Chance der gegenseitigen Unterstützung und Hilfestellung. Sie können sich gegenseitig mit Rat und Tat bestärken und aus subjektiver Sicht auf Situationen eingehen. Aus diesem Aspekt heraus gleichen Kinderkonferenzen gruppentherapeutischen Settings, unterschiedlich in der altersgerechten Auslegung (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 166f).

10.5 Das Spiel

Vorangegangene Ausführungen nahmen Bezug auf die Hauptbestandteile der sozialpädagogischen Arbeit in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen. Weiteres Augenmerk kann der Konzeption des Spiels geschenkt werden. Diese Methode eignet sich vor allem für die jüngeren PatientInnen, um sich mit Hilfe von Rollenspielen, Bewegung, Interaktionsübungen und Tanz besser ausdrücken zu können, „nicht zuletzt, weil über das Medium der Bewegung bei Kindern zwischen 6 und 12 Jahren ein relativ guter und kindgemäßer bzw. handlungsorientierter Zugang zum Psychischen gewonnen werden kann“ (Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 170).

Der Zugang zum Spiel wurde 1920 durch die Psychoanalytikerin Hermine Hug-Hellmuth herangezogen und erfuhr zehn Jahre später eine Weiterentwicklung durch Anna Freud. Die Anwendung spielerischer Methoden bietet vor allem jüngeren Kindern, aber auch Jugendlichen, die Möglichkeit sich individuell auszudrücken ohne auf das gesprochene Wort zurückgreifen zu müssen. Das Spiel per se unterliegt dem kindlichen Ausdruck der inneren Gefühlslage und erweist sich dadurch als Ventil für Spannungszustände, Verletzungen, Enttäuschungen, Angstzustände als auch Aggressionen und/oder

Unsicherheiten (vgl. Höwler, 2016, S. 70). Der Ansatz des Spiels bedient sich schließlich nicht der Grundannahme der sportlichen Leistung, vielmehr geht es um die Stärkung des Vertrauens in die Selbstwirksamkeit, das Training zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung zu unterscheiden, ein positives Selbstbild zu erarbeiten und zu verfestigen sowie individuelle und natürliche Grenzen zu erleben bzw. abzustecken und folglich eine adäquate Selbsteinschätzung zu entwickeln (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 170f).

Adam & Breithaupt-Peters (2010, S. 172) gehen in ihren Darstellungen davon aus, dass die Entwicklung des kindlichen Identitätsgefühls stark mit der Förderung der motorischen Fähigkeiten zusammenhängt. Wahrnehmung sei unweigerlich mit Bewegung verbunden und könne durch die Förderung letzterer hinsichtlich sozialer Interaktionen, psychischer Stabilität und individueller Erlebens- und Verhaltensebenen beeinflusst werden. Die Durchführung obliegt zumeist den BezugspädagogInnen und soll durch grundlegende Elemente gestaltet sein. Darunter fällt die Schaffung von leistungsfreien und entlastenden Situationen, die genug Raum für Spiel- und Bewegungsangebote schaffen.

Unter anderem wird die Beziehung zwischen den einzelnen PatientInnen und den/der verantwortlichen PädagogIn durch die gemeinsame Beschäftigung gestärkt. Die Spieltheorie geht davon aus, Kindern und Jugendlichen einen sehr niederschweligen Zugang zu bieten und erlaubt es auf dieser Grundlage näher an Schwierigkeiten und Herausforderungen durch das alltägliche Leben, die familiäre bzw. häusliche Situation, schulische Aspekte oder krankheitsbedingte Problemkonstellationen heranzukommen und an ihnen zu arbeiten. Der Spielinhalt orientiert sich an den förderdiagnostischen Strukturen, Wochenplänen, akuten oder aktuellen Sachverhalten wie beispielsweise untypisches introvertiertes Verhalten, erhöhtes Aggressionspotential oder destruktive Verhaltensweisen und ebenfalls an den Wünschen und Anregungen der Kinder und Jugendlichen (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 170f). Sensibles und empathisches Verständnis gegenüber der Individualität und Komplexität bezüglich der mitgebrachten Problemlagen von Kindern und Jugendlichen, sowie die Aufbereitung gezielter Interventionsvorschläge und -angebote als auch eine lösungsorientierte Grundeinstellung gehören zu den Eigenschaften, die BezugspädagogInnen ausmachen und im gemeinsamen Spiel eine tragende Rolle einnehmen (vgl. ebd., S. 172).

11 Sozialpädagogische Unterstützungsmöglichkeiten nach dem stationären Aufenthalt

Bisherige Ausführungen unterlagen der Schwerpunktsetzung hinsichtlich sozialpädagogischer Grundhaltungen und Konzepten während des stationären Aufenthaltes. Jenes Kapitel macht sich zur Aufgabe, Nachsorgeeinrichtungen und Möglichkeiten der Nachbetreuung aufzugreifen und mit den wichtigsten sozialen Netzwerken der Kinder und Jugendlichen in Verbindung zu setzen. Darunter sind neben teilstationären und tagesklinischen Angeboten auch Unterstützungsmöglichkeiten außerhalb des klinischen Kontextes zu verstehen.

11.1 Von stationär zu ambulant

Es können zwei Gruppen von Kindern und Jugendlichen, die aus dem stationären Kontext entlassen werden, unterschieden werden. Zum einen die Gruppe der PatientInnen, die keiner Nachsorge mehr bedürfen und deren Behandlung durch den stationären Aufenthalt erfolgreich abgeschlossen ist. Zum anderen jene Kinder und Jugendlichen, die einer weiteren Betreuung hinsichtlich eines positiv verlaufenden Genesungsprozesses bedürfen (vgl. Denner, 2008, S. 83). SozialpädagogInnen obliegt hier eine genaue Einschätzung der Situation und der Empfehlung der Weitervermittlung. Dieses Aufgabengebiet ergibt sich vor allem durch die Zuweisung und die Herangehensweise nach dem Konzept der BezugspädagogInnen und die genau dokumentierten Beobachtungen, die während des Aufenthaltes gemacht wurden. Die zuvor geleistete Elternarbeit bzw. die Arbeit mit den Bezugspersonen stellt ebenfalls einen weiteren wichtigen Indikator für die Vermittlung an eine ambulante Einrichtung dar. Im Laufe der stationären Behandlung und durch die Vernetzungsarbeit mit dem häuslichen Umfeld der Kinder und Jugendlichen, erhalten SozialpädagogInnen einen Eindruck davon, ob diesem System nach Entlassung weiterhin Unterstützung angeboten werden soll, da ansonsten keine ausreichende Versorgung zum Gelingen der Behandlung vorhanden ist (vgl. ebd., S. 83f). SozialpädagogInnen werden diesbezüglich Aufgabenfelder zugeschrieben, die sich auf die Kontaktaufnahme mit Nachsorgeeinrichtungen, der Koordination weiterer Hilfemaßnahmen im sozialpädagogischen bzw. lebensweltorientierten Kontext, sowie der Vernetzung bzw. Bekanntgabe an zuständige Behörden und Einrichtungen beziehen (vgl. ebd., S. 84).

Welche Aspekte und Leistungen für teilstationäre und ambulante Angebote charakteristisch sind, wurde bereits im Kapitel 5: Aufgaben kinder- und jugendpsychiatrischer

Einrichtungen erwähnt. Folgende Ausarbeitung orientiert sich an den sozialpädagogischen Maßnahmen jener Institutionen und welchen nachhaltigen Effekt diese ausüben können.

11.1.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanzen

Kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanzen gehören zu den außerstationären Hilfemaßnahmen und können entweder direkt in den zugehörigen Ambulanzen kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen oder bei niedergelassenen PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen in Anspruch genommen werden. Durch die Zusammenarbeit zwischen dem Österreichischen Bundesministerium für Gesundheit und der Österreichischen Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte in den Österreichischen Strukturplänen für Gesundheit 2008 und 2010 der Richtwert von einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz auf einer Einwohnerzahl von 250.000 definiert werden (vgl. BMFG, 2008, 2010, 2015). Kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanzen verfolgen ebenfalls das Arbeitsprinzip der Multiprofessionalität und legen großen Wert auf eine ganzheitliche Behandlungsform. Als Kriterium gilt außerdem die spezifische Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen durch geschultes Personal. In den Ausführungen der außerstationären, psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen des Bundesministeriums für Gesundheit (2013, S. 9f) wird davon Abstand genommen Krankenhausambulanzen als kinder- und jugendpsychiatrische Einheiten zu werten. Diese Schlussfolgerung ergibt, dass das Bundesland Steiermark keine solche Ambulanzen aufweist, dafür aber eine gute Deckung hinsichtlich psychosozialer Beratungsstellen nachweisen kann (vgl. ebd., S. 10).

Vorliegende Erarbeitung weist jedoch auf das Vorhandensein zweier krankenhauser interner kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen hin. Diese befinden sich im LKH Graz Süd-West - Standort Süd sowie im LKH Hochsteiermark - Standort Leoben. Diese beiden Ambulanzen gelten als sogenannte Bestellambulanzen. Dies bedeutet, dass Kinder und Jugendliche durch telefonische Vereinbarung einen Termin erhalten und im Erstgespräch mit dem Fachpersonal einer Anamnese unterzogen werden. Soweit als möglich wird im Erstkontakt versucht bereits mit der Diagnoseerhebung zu beginnen. Ergänzend werden Fragebögen ausgeteilt, die zum Folgetermin erarbeitet werden sollen und dadurch zur psychosozialen Diagnostik beitragen (vgl. LKH Graz Süd-West, 2017, o.S.). Die Diagnostik enthält neben der psychologischen Testdiagnostik ebenfalls EEG Erhebungen und ASS-Diagnostik – zur Erhebung von autistischen Zügen. Diese gezielten Verfahren werden bereits in den Folgeterminen angewandt und weitere Erhebungen indiziert. Die Behandlung umfasst neben Therapiesitzungen und Verabreichung von Medikamenten zur

Stabilisierung auch Elterngespräche bzw. –beratungen als auch Vernetzungsarbeit und Weitervermittlung an spezialisierte Einrichtungen und Institutionen (vgl. LKH Hochsteiermark, 2017, o.S.).

11.1.2 Tagesklinik bzw. Tagesstruktur

Die Aufnahme in teilstationäre bzw. tagesklinische Einrichtungen erweist sich in jenem Fall als besonders vorteilig, wenn oben ausgeführte ambulante Hilfemaßnahmen zu kurz und vollstationäre Behandlungen zu weit greifen würden.

Teilstationäre Einrichtungen unterliegen einer sehr engen Kooperation mit den Eltern bzw. Bezugspersonen, da die Kinder und Jugendlichen nur tagsüber betreut werden und auch an den Wochenenden im häuslichen Umfeld verweilen (vgl. Schmidt, 1999, S. 53). Tagesklinische Settings knüpfen sehr stark an alltagsorientierte und lebensweltorientierte Aspekte der Kinder und Jugendlichen an. Diese sind in manchen Fällen auch unter der Bezeichnung Tagesstruktur vorzufinden und beschreiben dadurch bereits die primäre Zielsetzung dieser Einrichtungen (vgl. BMFG, 2013, S. 14).

„Die Tagesstrukturen unterstützen Menschen mit psychiatrischen Beeinträchtigungen und psychosozialen Problemen bei der Stabilisierung im Alltag. Ziele sind die Förderung persönlicher, sozialer und emotionaler Kompetenzen, Krankheitsbewältigung und Rückfallprophylaxe, sowie die Erlangung höchstmöglicher Selbstständigkeit und Eigenverantwortung über lebens- und alltagspraktisches Training“ (GFSG, 2017, o.S.).

Tagesklinien bzw. Tagesstrukturen sind, nach der Definition der Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit, demnach Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche in der sensiblen Phase nach der Entlassung aus der stationären Behandlung auffangen und betreuen. Diese, in ihren Aufgabengebieten sehr klar definierten Institutionen ähneln in ihren Herangehensweisen oftmals den Angeboten des vorangegangenen Klinikaufenthaltes. Kindern und Jugendliche werden in Tagesstrukturen bzw. tagesklinischen Setting ebenfalls mit dem Konzept der BezugspädagogInnen in Verbindung gebracht. Weiters unterliegt die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen einer klaren gemeinsamen Ausarbeitung der Zielsetzung sowie der Möglichkeiten regelmäßig Behandlungserfolge oder auch – misserfolge zu reflektieren und gesetzte Zwischenziele zu evaluieren (vgl. GFSG, 2017, o.S.). SozialpädagogInnen orientieren sich in ihren Hilfemaßnahmen an der Freiwilligkeit, den Bedürfnissen und vor allem den Ressourcen der Kinder und Jugendlichen. Die Betreuung im tagesklinischen Setting unterliegt den Prinzipien der Lebensweltorientierung

und erlernt bzw. stärkt Kompetenzen der PatientInnen hinsichtlich der alltäglichen Struktur. Dies bedeutet, dass lebenspraktische Übungen in das Betreuungsangebot aufgenommen werden. Darunter sind Aktivitäten wie gemeinsames Einkaufen, der Begleitung zu Arztterminen, der Erstellung eines eigenen Zeitmanagements oder auch die Durchführung freizeitpädagogischer Angebote zu verstehen (vgl. Reimann-Merse, 2008, S. 181).

11.2 Nicht stationäre Angebote für Kinder und Jugendliche

Für Kinder und Jugendliche, die unter psychischen Erkrankungen leiden, werden demnach immer mehr Betreuungsmöglichkeiten geschaffen, die einen nachhaltigen Genesungsprozess begünstigen. Neben tagesklinischen und ambulanten Settings werden nachstehend weitere bewährte Betreuungsmodalitäten und Angebote erörtert.

Österreich bietet psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen das Mittel der Unterbringung in Wohneinrichtungen. Das betreuende interdisziplinäre Team ist dahingehend ausgerichtet, Kinder und Jugendliche individuell zu betreuen und lebensweltorientierte Methoden anzuwenden. Die Plätze in jenen Einrichtungen sind zeitlich begrenzt und des Öfteren herrschen lange Wartelisten vor. Um den Behandlungsprozess nicht zu sehr zu unterbrechen, werden vermehrt Beratungsstellen aufgesucht und mobile Dienste in Anspruch genommen. Leistungen der sozialpädagogischen Familienhilfe finden Anwendung, um auch das häusliche und soziale Umfeld in dem Prozess zu berücksichtigen.

11.2.1 Wohneinheiten

Die Kapazitäten der Wohneinrichtungen in Österreich für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemkonstellationen wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit in dessen Ergebnisbericht der außerstationären Versorgung (2013, S. 11f) in sozialtherapeutische und sozialpädagogische Wohneinrichtungen unterteilt. Beide Konzepte beinhalten in der Zielsetzung die Stärkung der Ressourcen und ein lebensnahes Methodenrepertoire (vgl. Heidlmair, 2011, S. 3). In der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen wird auch immer Wert auf die Verbindung mit den Bezugspersonen bzw. dem häuslichen Umfeld gelegt und auf die Zusammenarbeit plädiert. Die Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen sollen nachhaltig gefördert und dadurch eine selbstständige Lebensführung ermöglicht werden. Darunter findet sich neben der Stabilisierung und Anerkennung der psychischen Krankheit, der Entwicklung individueller Interessen und Ziele auch die aktive Freizeitgestaltung, eigenverantwortliches Handeln als ebenso die

Einbeziehung des schulischen Systems und Bereitstellung von Ausbildungs- und Berufsangeboten (vgl. ebd., S. 3). Um jenes Kompetenztraining zu forcieren wird durch SozialpädagogInnen für und in Zusammenarbeit mit jedem Kind bzw. jedem/r Jugendlichen individuelle Betreuungspläne sowie Wochenpläne erstellt.

Sozialtherapeutische Wohneinheiten sind durch das Vorhandensein von zusätzlichen therapeutischen Angeboten charakterisiert, während sozialpädagogische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche gedacht sind, die breitgefächerte Problemkonstellationen mitbringen, jedoch weniger Betreuungsintensität bedürfen (vgl. BMFG, 2013, S. 11). Die Betreuungskapazität beider Wohnmöglichkeiten in den österreichischen Bundesländern wird in folgender Grafik aufgezeigt. Das Bundesministerium für Gesundheit verdeutlicht hierbei die Anzahl der Wohnplätze für Kinder und Jugendliche im Verhältnis auf 10.000 Einwohner. Weiters wird unter den Bundesländern und sozialtherapeutischen bzw. sozialpädagogischen Wohnplätzen unterschieden. Die Grafik verdeutlicht auch, dass Österreich gesamt mehr Plätze in sozialpädagogischen als in sozialtherapeutischen Wohneinrichtungen aufweist.

Bundesland	Sozialtherapeutische WPL	Sozialtherapeutische WPL pro 10.000 Einwohner	Sozialpädagogische WPL	Sozialpädagogische WPL pro 10.000 Einwohner
Burgenland	29	5,5	357	67,3
Kärnten	123	11,3	432	39,6
Niederösterreich	176	5,3	1.500	45,1
Oberösterreich	143	4,7	709	23,3
Salzburg	6	0,5	351	31,2
Steiermark	12	0,5	495	21,3
Tirol	25	1,7	347	23,0
Vorarlberg	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Wien	71	2,1	1.510	45,2
Österreich gesamt	585	3,3	5.701	33,3

Abbildung 4 - Auslastung Wohneinheiten (eigene Darstellung nach BMDG, 2013, S. 11)

Um dem steigenden Bedarf an Betreuungsangeboten gerecht zu werden, werden neben den oben genannten Wohneinrichtungen auch aufsuchende Dienste offeriert. Jene mobilen Dienste würden durch ihr konkretes Aufsuchen der Familien gegebenenfalls einer Unterbringung entgegenwirken und könnten des Weiteren den Betreuungsverlauf sehr nachhaltig und lebensnah gestalten (vgl. BMFG, 2013, S. 12).

11.2.2 Sozialpädagogische Familienhilfe

Zu den mobilen Leistungen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemkonstellationen kann die sozialpädagogische Familienhilfe gezählt werden. Nach §16 Abschnitt 3 des Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetzes (2013, S. 8) umfassen die Leistungen der Sozialen Dienste unter anderem die Unterstützung in der Problembewältigung von Familien, Hilfen für Kinder und Jugendliche in problematischen Situationen als auch Unterstützungsmöglichkeiten für Familien in Krisensituationen.

Demnach versteht sich die Herangehensweise der sozialpädagogischen Familienhilfe als mobile soziale Dienstleistung, die direkt in den Familien arbeitet und dort gemeinsam mit den Familien aktiv an deren Problemkonstellationen herantritt und Bewältigungsmechanismen entwickelt. Ziel ist es Familien zu stärken und Kompetenzen der Problemlösung zu vermitteln (vgl. BMFG, 2013, S. 13).

Werden nun psychisch kranke Kinder und Jugendliche aus dem vollstationären Setting entlassen, erweisen sich aufsuchende Dienste als große Entlastung. SozialpädagogInnen handeln direkt im Feld der Kinder und Jugendlichen und deren Bezugspersonen und können dadurch Familiendynamiken erkennen und Krisenpotentialen bzw. konfliktreichen Themen entgegenwirken. Weiters sollte in der gemeinsamen Arbeit weiterhin an der Stärkung der Ressourcen als auch an der Reduktion von Stressoren gearbeitet werden. SozialpädagogInnen finden sich auch Situationen, in denen sie als Vermittlungsglied angesehen werden und die Wünsche und Ziele der betroffenen Personen transparent gestalten müssen. Neben dieser Transparenz bietet es sich oftmals an, bekannte Methoden aus dem stationären Setting in den Familienalltag einfließen zu lassen. Kinder und Jugendliche müssen nach ihrer Entlassung nicht zwangsläufig ein hohes Maß an Stabilität aufweisen und können sich in ihrer neuen Umgebung oftmals nicht sofort zurechtfinden. SozialpädagogInnen sind sich dieser Unsicherheit bewusst und versuchen durch das Beibehalten stationärer Strukturen Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln. Als bewährte Methode erweist sich die Weiterführung von Wochenplänen bzw. einer gemeinsam erarbeiteten Alltagsstruktur (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 235f).

SozialpädagogInnen nehmen sich in ihrer Familienhilfe auch den Problemen der Bezugspersonen an. Nach der Entlassung und der Rückkehr des kranken Kindes in das häusliche Umfeld kann es erneut zu Überforderungssituationen kommen. Zeitgleich können ebenfalls mehrere Probleme vorhanden sein, die es zu lösen gilt. Hierbei kann es sich um partnerschaftliche Krisen, Unsicherheiten in Erziehungsfragen oder den richtigen Umgang mit der Erkrankung des Kindes handeln. Um solchen Überforderungssituationen entgegenzuwirken stehen SozialpädagogInnen in Erziehungsfragen beratend zur Seite,

stärken die Selbstwirksamkeit auch auf Seiten der Bezugspersonen und eröffnen Angebote der weiteren Behandlungsmöglichkeiten (vgl. ebd., S. 236f).

11.2.3 Psychosoziale Beratungsstellen

Nach der Entlassung der Kinder und Jugendlichen aus dem vollstationären Aufenthalt, kann es für die Betroffenen als auch deren Bezugssystem ausreichen sich an Beratungsstellen zu wenden. Es wäre von großem Vorteil, wenn psychosoziale Beratungsstellen, als auch die Vermittlung zur Familienhilfe, bereits in der Vorbereitung zur Entlassung durch die BezugspädagogInnen veranlasst wird. Es gilt darauf zu achten, dass sich diese geografisch in der Nähe befinden und sich mit der Lebenswelt der Betroffenen vereinbaren lässt. Psychosoziale Beratungsstellen haben zur Aufgabe Kinder, Jugendliche sowie deren Angehörige zu unterstützen, zu begleiten, therapeutische Angebote zu offerieren und in enger Kooperation zu stehen. Das Leistungsangebot richtet sich an Problemlagen im psychischen, psychiatrischen und sozialen Bereichen (vgl. GFSG, 2017, o.S.).

Psychosoziale Betreuung kann auch bedeuten, dass SozialpädagogInnen im Sinne der aufsuchenden Arbeit tätig werden. Das bedeutet, dass einzelne Einrichtungen Betreuungen, speziell für junge Erwachsene, anbieten. Hier wird erneut das Prinzip der Lebensweltorientierung, des Empowerments als auch das des Case Managements angewandt. SozialpädagogInnen, die die Betreuung für die Jugendlichen übernehmen, tragen zur psychischen Stabilität und Selbstwirksamkeit bei. Durch motivierendes Vorgehen wird Hilfe zur Selbsthilfe geleistet, welche zur Verrichtung alltäglicher Anforderungen nötig ist. Jugendliche werden in ihrem Lebensraum aufgesucht und in Themenfeldern wie Ausbildung, Berufswahl, Bewerbungscoaching, Aufbau von Sozialkontakten als auch freizeitgestaltenden Aktivitäten beraten und begleitet (vgl. GFSG, 2017, o.S.).

11.3 Lösungsorientierte Beratung

Die lösungsorientierte Beratung gilt als eigenständige Kategorie. Die grundlegende Idee dieser Methodik entstand aus der Abspaltung und Weiterentwicklung des Ansatzes der Krisenpädagogik von Prof. Dr. Bijan Adl-Amini im Jahr 1992. Angesichts dieses Konzepts folgt die lösungsorientierte Beratung der Ansicht gesunde Menschen zu beraten und zu betreuen, die lediglich mit einer spezifischen Problemkonstellation im Hier und Jetzt überfordert sind und einer Unterstützung bedürfen (vgl. Adl-Amini, 2002, o.S.).

Daraus erschließt sich, dass die lösungsorientierte Beratung von der Krisenbewältigung unter pädagogischen Aspekten ausgeht. Sie findet ihre Anwendung vor der Therapie im Sinne der Prävention oder als Postvention nach erfolgten therapeutischen Interventionen. Jedoch können die Beratungsmodalitäten und lösungsorientierte Handlungsansätze zusätzlich als Unterstützung während einer laufenden Behandlung eingesetzt werden.

Adl-Amini (1998) geht davon aus, dass betroffene Personen ganzheitlicher Beratung bedingen. Im Beratungsgespräch gelte es ganzheitlich, mit Einbezug der psychischen und physischen Komponenten, zu arbeiten. Ausgehend seiner Theorie stehen Körper, Seele und Geist in einer ständigen Wechselwirkung und bedingen einander gegenseitig.

Die charakteristischen Merkmale der lösungsorientierten Beratung gleichen unweigerlich jenen der Krisenpädagogik und können in drei große Gruppen aufgeteilt werden.

11.3.1 Prophylaxe

Laut Adl-Amini (2010, S. 8) werde großer Wert auf Vermeidung bzw. Vorbeugung von Krisen gelegt. Diese seien jedoch im Leben unvermeidbar und hätten in weiterer Folge einen positiven Aspekt bezüglich der Persönlichkeitsentwicklung des Menschen. Im pädagogischen Kontext ginge es vor allem darum, die notwendigen Kommunikationskompetenzen zu entwickeln und eine Sensibilität wie auch Stabilisierung zu erwerben, um in stresshaften Situationen verantwortungsvolles Handeln für das eigene Selbst zu verinnerlichen und auszuführen. Hauptaugenmerk der Prophylaxe liegt somit in der Erwerbung von Kompetenzen, die es ermöglichen verschiedene Sichtweisen einzunehmen, um einen positiven Aspekt hinter Krisen zu entdecken und zu verstehen. Aber auch darin, eigenes Handeln angemessen zu reflektieren und Konsequenzen abzuschätzen (vgl. Adl-Amini, 2010, S. 8f).

11.3.2 Sinn-Sensibilisierung

Das Merkmal der Sinn-Sensibilisierung kommt bei Eintritt eines krisenhaften Ereignisses zum Tragen. Es gilt nach passenden und angemessenen Lösungswegen zu suchen und einen konkreten Plan aufzustellen. Wichtig ist dabei, dass festgefahrene Denkmuster durchbrochen werden, um neue Ansichten zuzulassen. Adl-Amini (2010, o.S.) beschreibt, dass bereits nach einigen Tagen oder Wochen eine Besserung eintrete und akzeptable durchführbare Schritte eingeleitet werden können. Als entlastender Faktor kann die bewusste Gewissheit angesehen werden, dass spezifische Problemkonstellationen bzw. konfliktreiche Situationen nur vorübergehend auftreten und anschließend wieder Phasen

der Entspannung stattfinden. Diese Erkenntnis sorgt für die Zurückgewinnung von Selbstvertrauen und die Motivation die derzeitige Lebenslage zu verändern.

11.3.3 Beratung und Begleitung

Diese sind wichtig um betroffenen Menschen wieder das Gefühl von Sicherheit und Halt zu vermitteln. Oftmals wurde in der Krise das Selbstbewusstsein beeinträchtigt, welches nun erneuter Stärkung bedarf. Nach einer Krisenintervention kann es für betroffene Personen besonders wichtig sein, weiterhin eine Ansprechperson vorzufinden, die Unterstützung leistet (Adl-Amini, 2010, S. 10f). Die gemeinsame Erarbeitung eines Tagesablaufes, Mediationsübungen oder auch Ausarbeitung von prophylaktischen Übungen zur Krisenvermeidung, kann sehr entlastend als auch motivierende Auswirkungen haben.

11.3.4 Techniken

In der lösungsorientierten Beratung geht es vor allem darum, so schnell, als auch so angepasst wie möglich Lösungsinterventionen/-wege zu finden, die den betroffenen Personen helfen sich aus einer Krise zu befreien. Hierzu gibt es nach Retzlaff (2010, S. 78ff) eine Reihe an Standardtechniken, die den Weg erleichtern sollen. Unter anderem werden unterschiedliche Werkzeuge, wie das aufmerksame Zuhören, wertschätzendes Nachfragen wie auch eine ermutigende Art, vorausgesetzt. Durch die Methode des Problemskalierens kann sich der Blickwinkel bereits ändern und eine neue Richtung eingeschlagen werden.

11.3.4.1 Aktives Zuhören

Das aktive Zuhören nach Carl Rogers ist in der Sozialpädagogik, als auch in der Therapie, zu einem unverzichtbaren Werkzeug geworden. Empathische Grundeinstellung und Haltung den Betroffenen gegenüber ist von großer Bedeutung. Oftmals geht in täglichen Konversationen der Aspekt des Gehört-Werdens und Verstanden-Werdens verloren. SozialpädagogInnen obliegt es, durch ruhiges Vorgehen erneut Vertrauen in die Situation und Selbstwirksamkeit der PatientInnen zu schaffen (vgl. Bamberger, 2010, S. 55f).

„Zuhören - genauer: lösungsorientiertes Zuhören - ist die große Kunst, um ein Beratungsgespräch gut zu beginnen, weil es dem Klienten den Raum gibt, welchen er braucht, um sich in seiner ganzen Lebendigkeit zu spüren, und weil es - im besonderen Hinhören auf die Ressourcen des Klienten - dessen Vertrauen stärkt, um sich zu öffnen“ (Bamberger, 2010, S. 57).

11.3.4.2 Nachfragen

Das gezielte Nachfragen kann bestimmte Vorteile mit sich bringen und dazu beitragen, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen. Nach Bamberger (2010, S. 58) gelte es zunächst klärende Fragen zu stellen, um Aussagen der PatientInnen richtig zu verstehen. Hier kann gegebenenfalls nach fehlenden Informationen gefragt oder bestimmte Sachverhalte geklärt und ergänzt werden.

Folglich werden Betroffene dazu angehalten sich mit bestimmten Verhaltensmustern bzw. Sachverhalten detaillierter auseinanderzusetzen (vgl. Retzlaff, 2013, S. 76). Diesbezüglich werden fokussierende Fragen gestellt und die Aufmerksamkeit durch gezielte Lenkung in eine spezifische Situation gebracht. Bamberger setzt hier mit „Was wäre, wenn...“-Fragen an und versucht dadurch den Blick in die Zukunft zu lenken und neues Bewusstsein zu schaffen (vgl. Bamberger, 2010, S. 58f).

11.3.4.3 Wertschätzung

In der lösungsorientierten Beratung ist genügend Raum um sich einer wertschätzenden Haltung zu bedienen. SozialpädagogInnen sollten eine wertschätzende Haltung einnehmen, um sowohl das Vertrauen der Betroffenen zu erhalten als auch deren Selbstbewusstsein zu stärken. Durch ehrliche Komplimente und dem Gefühl der Echtheit der professionellen Person gelingt es den Betroffenen sich zu öffnen und gestärkt aus der Beratungssituation hervorzugehen (vgl. Retzlaff, 2013, S 14f).

11.3.4.4 Ermutigung

Um das, in der Beratung entstandene und erarbeitete, neue Selbstbild außerhalb des geschützten Rahmens zu bewahren sowie zu stärken, werden oftmals Hausaufgaben verordnet. Diese sollen Betroffene dahingehend unterstützen in krisenhaften Situationen andere Verhaltensweisen und Möglichkeiten einer Selbstreflektion zu schaffen (vgl. Bamberger, 2010, S. 60). SozialpädagogInnen versuchen motivierend vorzugehen und treffen keine wertenden Aussagen über Erfolg oder Misserfolg einer Person. Positive Erfahrungen, in denen neue Methoden gut funktionierten, werden gestärkt und verinnerlicht. Situationen, die Verhaltensweise nach alten Mustern und Strukturen triggerten, werden reflektiert und ebenfalls wertschätzend wahr- und aufgenommen (vgl. ebd., S. 60f).

TEIL II
EMPIRIE

12 Empirische Untersuchung

Anschließend an die vorangegangene theoretische Auseinandersetzung befasst sich der zweite Teil dieser Arbeit mit der empirischen Bearbeitung der Thematik. Folglich werden Bereiche erörtert, die sich auf das Ziel des Forschungsvorhabens, auf die Forschungsfrage sowie auf das Forschungsdesign beziehen. Abschließend werden die Ergebnisse dargestellt und einer Interpretation unterzogen.

12.1 Untersuchungsanlage

Die empirische Untersuchung dieser Arbeit wurde als qualitative Forschung ausgelegt. Für die Erhebung qualitativer Datensätze fiel die Entscheidung auf leitfadengestützte Interviews, die mit SozialpädagogInnen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen durchgeführt wurden. Im Anschluss an die Interviews wurden die Aufnahmen einer Transkription unterzogen, um dadurch eine spezifische Auswertung zu ermöglichen. Die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse wird mit Hilfe der Inhaltsanalyse durchgeführt. Um den Dimensionen gleichwertige Gewichtung und Besonderheit zu garantieren, wurden die transkribierten Interviews mittels der computergestützten Datenanalyse-Software MaxQDA bearbeitet und einem Codesystem zugewiesen.

12.2 Zielsetzung und Fragestellung der Forschung

Die Ausführungen vorliegender Arbeit unterliegen der Zielsetzung aufzuzeigen, welche Methoden und Arbeitsstrukturen notwendig sind, um Ressourcen von Kindern und Jugendlichen, die sich im stationären Setting befinden, zu aktivieren, zu fördern und zu begünstigen. Weiters wird auch auf die Vernetzungsarbeit sowie die Einbeziehung der systemischen Rahmenbedingungen wert gelegt. Betrachtet wird auch die Umsetzung erlernter Strategien im fortlaufenden Geschehen der Kinder und Jugendlichen als auch die generelle Verbindung zur Lebenswelt bzw. dem Alltag der PatientInnen.

Um dieses Ziel zu erreichen wurde folgende Fragestellung zum zentralen Punkt der Forschungsarbeit:

Wie kann der Aufenthalt in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen durch sozialpädagogische Methoden und Herangehensweisen gefördert werden?

12.3 Methodisches Vorgehen

Wie bereits eingangs erwähnt, wurde im Zuge der Forschung auf die qualitative Methode der leitfadengestützten Interviews zurückgegriffen. Diese Herangehensweise wird nun beschrieben und im Anschluss im erstellten Leitfaden verdeutlicht. Weiters erfolgt eine Beschreibung hinsichtlich der Auswahl bzw. Kontaktaufnahme mit den InterviewpartnerInnen.

12.3.1 Leitfadengestütztes Interview

Die Anwendung von leitfadengestützten bzw. halbstandardisierten Interviews bringt den Vorteil einer gewissen Flexibilität mit sich, da einzelne Interviewfragen keiner strikten Gliederung unterliegen und in ihrer Reihenfolge variieren können. Im Verhältnis zu standardisierten Interviews, welche in ihrer Abfolge stetig gleichbleibend sind und Fragen bzw. Gesprächsthemen einem fixierten Ablauf unterliegen, eröffnen leitfadengestützte Interviews die Möglichkeit Gliederung und Formulierung situationsgemäß abzuändern (vgl. Hussy, Schreiner & Echterhoff, 2010, S. 215f). Kruse (2015, S. 204) weist darauf hin, dass Interviewleitfäden unterschiedlich strukturiert werden können und somit als Spannungsfeld zwischen Offenheit und Strukturierung verstanden werden können. Die Gewichtung der Strukturierung kann das Interview entweder kaum oder erheblich beeinflussen. Unterliegt der Leitfaden sehr geringen Strukturen, kann der Gesprächsverlauf durch den/die Interviewpartner/-in sehr frei gesteuert werden. Hierbei steht der Leitfaden für ein Hilfsmittel um spezifische Themengebiete zwar zu behandeln, jedoch in Ausführung und Reihenfolge frei zu bleiben. Das Interview kann durch klar definierte Interviewleitfäden stärker beeinflusst werden. Dies geschieht dann, wenn dezidierte Fragen ausgearbeitet wurden. Hierbei ist besonders darauf zu achten, keine vorgefertigten Antworten zu forcieren und den Gesprächsfluss nicht zu unterbrechen (vgl. ebd., S. 204).

In wie weit der Leitfaden strukturiert ist, obliegt unter anderem der forschenden Person als auch der Genauigkeit der Fragestellung. Die Anwendung eines Interviewleitfadens sollte Orientierung und Sicherheit in der Befragung gestatten sowie durch die Erstellung bestimmter Dimensionen bzw. Themengebiete eine gewisse Vergleichbarkeit zusichern. Durch die Flexibilität dieser Forschungsmethode bedarf es ferner eines hohen Maßes in der Kunst des aktiven Zuhörens um Themenbereiche, die durch Erzählungen oder anhand von Beispielen bereits in vorangegangenen Ausführungen erläutert wurden, im fortlaufenden Gespräch nicht erneut aufzugreifen bzw. abzufragen (vgl. Hussy, Schreiner & Echterhoff, 2010, S. 216).

Es lässt sich somit daraus schließen, dass „der Begriff der Leitfadeninterviews ein Oberbegriff für eine bestimmte Art und Weise der qualitativen Interviewführung ist: Die Kommunikation in einem Leitfadeninterview wird mittels eines Interviewleitfadens strukturiert, so dass der Interviewverlauf einem bestimmten vorgegebenen Themenweg bzw. einer bestimmten Phasendynamik folgt“ (Kruse, 2015, S. 203).

Um diesen Verlauf zu gewährleisten und für die Forschung wichtige Punkte abzudecken, wurde ein solcher Interviewleitfaden erstellt und in Dimensionen unterteilt. Diese Strukturierung wird im nachstehenden Abschnitt gezeigt. Die Erarbeitung von Dimensionen, Kriterien und Indikatoren ermöglicht es, eine große Sammlung von Informationen zu erhalten. Im Laufe des Interviews ergeben sich situationsbedingt Chancen Vertiefungsfragen zu stellen und somit neue und wesentliche Auskünfte zu erhalten (vgl. Hussy, Schreiner & Echterhoff, 2010, S. 216).

12.3.2 Interviewleitfaden

Die Entscheidung in Bezug auf diese Forschung qualitative Leitfadeninterviews anzuwenden, erschloss sich aus der theoretischen Auseinandersetzung und den daraus gewonnenen Erkenntnissen. Der Leitfaden wurde relativ flexibel und wenig strukturiert erarbeitet. Im Gesprächsverlauf ergaben sich zahlreiche Situationen auf bestimmte Themenkomplexe vertiefend einzugehen sowie diese durch Beispiele zu untermauern.

Wie vorangegangene Ausführungen aufzeigen, handelt es sich bei einem Leitfaden um ein Tool zur Datenerhebung, welches als Orientierungshilfe und Gedächtnisstütze angesehen werden kann. Die Fragenkategorien werden anhand der Forschungsfrage gebildet und ausgearbeitet (vgl. Kaiser, 2014, S. 52). Kaiser (2014, S. 52ff) folgt der Annahme, dass ein Leitfaden drei grundlegende Merkmale aufzuweisen hat. Er geht zum einen davon aus, dass ein Leitfaden dem Gesprächsverlauf einen roten Faden bieten soll und somit eine gewisse Struktur aufweist. Der Interviewleitfaden beschreibt bereits anfänglich Dimensionen und Fragenkapazität und orientiert sich am spezifischen Themengebiet. Demnach ist davon auszugehen, dass der Interviewleitfaden eine Übersicht darstellt und eine themenorientierte Gliederung aufweist

Zum anderen wäre es von großer Bedeutung bereits bei Kontaktaufnahme Einzelheiten und Notwendigkeit der Forschung bzw. der Interviewdurchführung aufzuzeigen und sicherzustellen. Darunter sind Darstellungen und Ausführungen hinsichtlich des Forschungsziels, des Untersuchungsablaufes und vor allem die Gewährleistung der Anonymität zu verstehen.

Als letztes Kriterium wird das Grundwissen bezüglich der Forschung bzw. literarischen Thematik einbezogen. Es ist, auf Seiten der interviewenden Person, darauf zu achten, dass eine ausreichende Auseinandersetzung mit dem Thema stattfand und, wenn möglich, Interesse und Wissen über die Einrichtung, Institution, Tätigkeit etc. der interviewten Person erweckt und angeeignet wurde (vgl. ebd., S. 52ff).

Nachstehende Grafik veranschaulicht, in wie weit die Forschungsfrage in spezifische Dimensionen und Fragekategorien abgewandelt werden kann. In der Literatur wird dieses Vorgehen als Operationalisierung bezeichnet und besteht darin, Fragen abzuleiten, die sich auf die Forschung beziehen und durch ihre Formulierungen an die Zielsetzung heranführen (vgl. Kaiser, 2014, S. 55f).

Hinsichtlich der Formulierungen der Fragestellung ist es von Nöten auf eine offene Fragestellung zurückzugreifen. Diese birgt ein breites Spektrum an Antwortmöglichkeiten und die Chance auf neue Erkenntnisse und zusätzlichen Informationsgewinn. Die Art und Weise der Ausarbeitung der Fragekategorien sollte auf Suggestivfragen und geschlossene Fragen verzichten, die keine Möglichkeit der eigenen Ausführungen der interviewten Person zulassen. Unter anderem ist darauf zu achten, den Fragen keine persönliche Bewertung, Erwartungshaltung oder Unterstellung beizupflichten (vgl. Friebertshäuser & Langer, 2013, S. 473f).

Unter der Einbeziehung der grundlegenden Literatur und Berücksichtigung der wesentlichen Gesichtspunkte ergab sich folgender Interviewleitfaden, in seinen Dimensionen, Kategorien und Indikatoren. Diese untermauern allesamt die Forschungsfrage und beziehen sich neben den Einstiegsfragen auf die - interdisziplinäre - sozialpädagogische Arbeit mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und die Chance dadurch Ressourcen zu fördern und nachhaltig zu begünstigen.

Dimensionen	Kategorie	Indikatoren
TEAM	Zusammenarbeit	Anzahl der PädagogInnen
		Dienstzeit
		Schwierigkeiten
	Besprechungen	Dokumentation
	Stellenwert der Sozialpädagogik	
RECHT	Rechtsform	
	Schweigepflicht	Ausnahmen
		Besonderheiten

Dimensionen	Kategorie	Indikatoren
DIAGNOSTIK	Einstellung zum Prozess	Persönliche Meinung
		Besonderheiten
	Beitrag der Sozialpädagogik	Einbezug zur Diagnoseerstellung
	Beobachtungen	Alltag
		Differenzierungen
		Beispiele
Sozialpädagogik auf der Station	Aufgabenfeld	
	Angebote	Sport
		Ausflüge
		Gruppenangebote
	Methoden	Persönliche Methoden
	Lebenswelt	Umsetzung zu Hause
		Alltagsstruktur
	Partizipation	
	Beziehungsaufbau	Konzept der BezugspädagogInnen
		Herausforderungen
		Abgrenzung
	Beispiele	
RESSOURCENARBEIT	Auslegung der Arbeit	Methoden
	Wochenpläne	Zielsetzung
		Lebenswelt
		Alltagsstruktur
	Beispiele	
ELTERNARBEIT	Gestaltung	Beispiele
	Mitarbeit	Schwierigkeiten
		Überwindung
SYSTEMISCHE ARBEIT	Kinder- und Jugendhilfe	Vernetzung
		Beispiele
	Schule	Stammschule
		Vernetzung
		Beispiele

Dimensionen	Kategorie	Indikatoren
KINDER & JUGENDLICHE	Anzahl	Altersgruppe
	Aufenthaltstypen	Dauer
		Besuch
	Problemkonstellationen	
	Beispiele	
KRISEN	Herausforderungen	Bewältigung
	Beispiele	
PSYCHOHYGIENE	Abgrenzung	
	Persönliche Energiereserven	
	Supervision	Einzelsupervision
		Gruppensupervision
		Intervision
NACHBETREUUNG	Abschluss	Auf der Station
		Persönlich
		Beispiele
	Vernetzung	
	Ambulante Nachsorge	

Abbildung 5 - Interviewleitfaden

13 InterviewpartnerInnen

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen hängt unvermeidlich mit bestimmten Faktoren zusammen. Diese erschließen sich über den literarischen Aufbau, der wegweisenden Forschungsfrage bis hin zu der Strukturierung des Interviewleitfadens. Es gilt demnach Personen ausfindig zu machen, die selbst in diesem Mittue tätig sind, eine sozialpädagogische Ausbildung aufweisen, sowie die Bereitschaft aufbringen, sich der Befragung zu unterziehen.

Folglich werden Kriterien zur Auswahl der Stichprobe aufgezeigt, die Kontaktaufnahme zu den einzelnen InterviewpartnerInnen beschrieben und ebenfalls die Durchführung erörtert.

13.1 Auswahlkriterien

Um mit potentiellen GesprächspartnerInnen in Verbindung zu treten, waren, bezogen auf diese Forschung, einige Kriterien ausschlaggebend. Unter anderem galt es, seitens der interviewten Person, folgende Voraussetzung zu erfüllen:

- Eine abgeschlossene sozialpädagogische Ausbildung
- Eine derzeit aktuelle Beschäftigung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, sowie
- Eine Vorannahme, dass ressourcenorientierte Methoden angewendet werden.

Geschlecht, Ort oder Einrichtungen wurden nicht als Auswahlkriterium beachtet.

13.2 Kontaktaufnahme und Durchführung

Die Kontaktaufnahme wurde über E-Mail gestartet. Diese Form der Kommunikation kann unterschiedlichen Schwierigkeiten unterliegen und es galt diese zu berücksichtigen. Von vielen Seiten wird versucht Kontakt über E-Mails herzustellen, jedoch kann dies dazu führen, dass E-Mails übersehen werden, durch stressreiche Situationen eine möglichst zeitnahe Rückmeldung ausbleibt oder dem Inhalt nicht ausreichend oder keine Beachtung geschenkt wird. Um den Risiken zum Teil entgegenzuwirken bietet es sich an, bereits im Anschreiben das Forschungsvorhaben kurz darzustellen und den Interviewleitfaden anzuhängen (vgl. Kaiser, 2014, S. 70ff).

Nach informationsreichen Recherchen konnten SozialpädagogInnen gefunden werden, die in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen tätig sind. Anschließend erfolgte ein Anschreiben per E-Mail, mit der Bitte um ein Interview sowie angehängtem Leitfaden. Entgegen der teils risikoreichen Kontaktaufnahme konnte eine gute Vernetzung zu einigen Sozialpädagoginnen (nur Frauen) hergestellt werden, die sich zu einem Gespräch bereit

erklärten. Die Terminfixierung fand teilweise weiterhin über Email-Kontakt und teilweise telefonisch statt.

Das Interview wurde mit fünf Sozialpädagoginnen durchgeführt, die in drei unterschiedlichen Einrichtungen beschäftigt sind. Darunter befanden sich zwei Einrichtungen in der Steiermark und eine in Salzburg. Die Gespräche nahmen jeweils ca. eine Stunde, der zeitlichen Ressourcen der Sozialpädagoginnen in Anspruch und wurden vor Ort durchgeführt, was auch einen Blick in die kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungsstruktur ermöglichte. Die Erhebung wurde von Februar bis März 2017 durchgeführt und abgeschlossen.

Die Bereitschaft der Interviewpartnerinnen zeigte sich auch im persönlichen Interesse auf das Thema aufmerksam zu machen und die Besonderheit hinsichtlich des Arbeitsfeldes der Sozialpädagogik aufzuzeigen und konnten durch ihre Bereitschaft zur Interviewdurchführung als auch der Veranschaulichung durch Praxisbeispiele einen erheblichen Beitrag zum Gelingen dieser Arbeit leisten.

14 Auswertung der Interviews

Vorherige Ausführungen weisen bereits darauf hin, dass der Datenauswertung die Methode der Inhaltsanalyse zugrunde liegt. Zur Unterstützung konnte die computergestützte Datenanalyse-Software MaxQDA herangezogen werden. Beide Designs werden folgend aufgezeigt.

Bevor die erhobenen Daten ausgewertet und analysiert werden konnten, musste das gesprochene Wort ins schriftliche übertragen werden. Die Umwandlung der Gesprächssituation, die mittels Audiodatei aufgezeichnet wurde, in ein getreues Protokollblatt ist durch den Begriff der Transkription bekannt. Erst im Anschluss an die Transkription der Interviews kann die ursprüngliche Auswertung beginnen (vgl. Hussy & Schreiner & Echterhoff, 2010, S. 235f).

14.1 Transkription

Die Transkription erweist sich insofern als hilfreich, da durch die Verschriftlichung eine interpretative Fortführung der Arbeit gewährleistet werden kann. Dennoch birgt die Umwandlung negative Aspekte. Darunter zu verstehen sind beispielsweise der erhöhte Aufwand als auch die Überarbeitung ins Schriftdeutsche. In den meisten Fällen werden Interviews, die durch spezifische Dialekte geprägt sind, ins Schriftdeutsche überarbeitet um eine Analyse und Interpretationen zu gewährleisten. Weiters wird empfohlen Fehler im Satzbau zu korrigieren und auf Füllwörter zu verzichten. (vgl. Mayring, 2002, S. 89f).

In Bezugnahme auf diese Forschung wurden die Interviews in Schriftdeutsche transkribiert, der Satzbau aber weitgehend beibehalten um Authentizität, vor allem bei den Beispielen, zu übertragen. Die Interviews wurden einer vollständigen Transkription unterzogen, was bedeutet, dass die gesamte Audiodatei ins Schriftdeutsch übertragen wurde.

Ergänzend ist zu erläutern, dass die Interviewpartnerinnen mit Hilfe eines Tonbandes aufgezeichnet wurden, worüber im Vorhinein jeweils Einverständnis eingeholt wurde. Da kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen rar sind, und der Wunsch auf Anonymität geäußert wurde, kommt diese Forschungsarbeit dem selbstverständlich nach. Aufgrund dessen werden die Transkripte nicht im Anhang zu finden sein und auch keine Namen und/oder Beschreibungen der untersuchten Einrichtungen genannt. Dies ist in den weiteren Ausführungen wie folgt zu verstehen. Den Interviews werden die Nummern von eins bis fünf zugeteilt. Bei einer Zitation, im Zuge der Auswertung, kann somit auf das Interview verwiesen werden. Ebenfalls wird die zitierte Zeile der Aussage angeführt, die durch die computergestützte Datenanalyse vermerkt ist. Als Beispiel wird ein Zitat aus dem

dritten Interview, welches sich über die Zeilen 15-24 erstreckt wie folgt vermerkt: (I. 3, Z. 15-24).

14.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Im Folgenden wird die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse beschrieben, die in der vorliegenden Arbeit herangezogen wird. Es handelt sich hierbei um ein schrittweises Vorgehen hinsichtlich der Analyse bestimmter Äußerungen, Textpassagen oder ähnlichem. Das bedeutet, dass Interviews in ihre Einzelheiten und Besonderheiten zerlegt werden und in kleinen Schritten einer Auswertung unterzogen werden. Ausschlaggebend hierfür ist die Kristallisierung eines Kategoriensystems, welches sich aus der Analyse ergibt (vgl. Mayring, 2002, S. 114). Dieses entstandene System weist oftmals Ober- und Unterkategorien auf, die eine klare und einheitliche Zuweisung von Zitaten zulässt. Kategoriensystem und Inhaltsanalyse sind demnach untrennbar miteinander verbunden und können durch klar definierte Zuweisungen eine Erleichterung in der Auswertung darstellen (vgl. Hussy & Schreiner & Echterhoff, 2010, S. 246f).

Mayring (2010, S. 38) geht weiterführend davon aus, die qualitative Inhaltsanalyse orientiere sich an den alltäglichen Prozessen hinsichtlich des Verstehens und Interpretierens von Gesprochenem. Die Perspektive solle gleichschwingend sein, um eine Verdoppelung oder die Unvollkommenheit der Interpretation, die ständig neue Sichtweisen und Interpretationsmöglichkeiten biete, zu vermeiden.

Die Bearbeitung und Kategorisierung durch computergestützte Programme weisen einen großen Vorteil in der qualitativen Inhaltsanalyse auf. Durch die Anwendung solcher Programme lassen sich Codesysteme erstellen, die die Interpretation und Strukturierung vereinfachen. Im Zuge der Auswertung wurde auf ein solches Programm zurückgegriffen, welches nun mit seinen entstandenen Codes veranschaulicht wird.

14.3 Computergestützte Datenanalyse-Software: MaxQDA

MaxQDA als Software ermöglicht eine Unterstützung zur Datenauswertung. Hierfür werden alle transkribierten Interviews in das Programm geladen und können gleichzeitig analysiert und mit Codes versehen werden. Durch die Aufbereitung ist es möglich alle geführten Interviews zeitgleich in der Software zu öffnen und zu bearbeiten. Durch die erstellten Codes, die sich in einem extra Fenster zeigen, können einzelne Textpassagen jedes Interviews mit dem dazugehörigen Code versehen werden.

Auf Grund dessen entsteht eine Übersicht, die die Auswertung der einzelnen Kategorien maßgeblich beeinflusst und vereinfacht. (vgl. Lamnek, 2010, S. 466). Das Programm

ermöglicht eine Zusammenfassung dieser Codes und beschleunigt das Finden spezifischer Textpassagen, die für eine bestimmte Kategorie erwähnenswert sind. Als Besonderheit enthalten sind Anwendungen, die Ergebnisse visualisieren sowie in prozentualer Verteilung darstellen (vgl. Hussy & Schreiner & Echterhoff, 2010, S. 249f). Auch Flick (2002, S. 365f) beschreibt die Vorteile solcher computergestützten Softwares, die sich hinsichtlich ihrer Zeitersparnis als auch ihrer Schnelligkeit auszeichnen, sobald die Nutzeroberfläche und die Besonderheiten des Systems vertraut sind.

Vorliegende Forschungsarbeit wurde durch die Software MaxQDA bearbeitet. Die transkribierten Interviews wurden im Programm aufbereitet und konnten mit spezifischen Codes, die sich zum Teil aus dem Leitfaden ergaben, versehen werden. Die Auswertung gestaltete sich dahingehend leichter, da die Codes als Zusammenfassung mit den spezifischen Textpassagen der einzelnen Interviews eingesehen werden konnten und Kategorie für Kategorie ausgearbeitet und interpretiert werden konnte.

Nachfolgende Grafik zeigt das Codesystem, welches sich in der Bearbeitung der Interviews ergeben hat und maßgeblich zur Auswertung beitrug.

14.3.1 Codesystem





Abbildung 6 - Codebaum

15 Darstellung der Ergebnisse

Für die Auswertung der Ergebnisse waren oben genannte Ausführungen ausschlaggebend. Die zugewiesenen Codes durch das Programm MaxQDA wurden herangezogen, um Aussagen der Interviewpartnerinnen entsprechend hervorzuheben und mit der Literatur in Verbindung zu bringen. In diesem Abschnitt werden die einzelnen Dimensionen bearbeitet und mit Einstellungen, Erfahrungen, Methoden und Beispielen der Interviewpartnerinnen belegt.

Folgende Auszüge repräsentieren die erarbeitenden Dimensionen und werden mit etwaigen Auszügen aus der vorangegangenen Literatur zusammengeführt.

15.1 Dimension TEAM

Die erste Dimension beschäftigt sich mit Frage, wie sich das Team in den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen der Befragten zusammensetzt, inwieweit die interdisziplinäre Zusammenarbeit gegeben ist und in welchen Ausmaß sie auftritt als auch die Beschreibung des Stellenwertes der Sozialpädagogik innerhalb der Institution.

Kategorie	Indikatoren
Zusammenarbeit	Anzahl der PädagogInnen
	Dienstzeit
	Schwierigkeiten
Besprechungen	Dokumentation
Stellenwert der Sozialpädagogik	

Wie bereits im theoretisch ausgeführten Input zum Thema der Multiprofessionalität innerhalb kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen zeigt sich, dass eine enge Vernetzungsarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen einen großen Vorteil hinsichtlich des ganzheitlichen Genesungsprozesses aufweist. Die Zusammenstellung der Teams in den Einrichtungen beschreibt eine große Bandbreite an Professionen, die der Multiprofessionalität gerecht wird:

„[...] das heißt, mit ganz vielen Berufsgruppen; sprich Ärzte, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, wir haben die Heilstättenlehrer, wir haben eine Yogalehrerin, wir haben Psychologen, wir haben natürlich die Pflege, ja. Also, wirklich ganz bunt gemischt und ja“ (I. 3, Z. 23).

Neben genannten Berufsgruppen erweitert sich das Team durch Einbezug weiterer Professionen:

„Wir haben noch drei Kindergärtnerinnen, die sind noch vom alten System übriggeblieben, sozusagen. Hier war ja vorher eine Behindertenstation, die dann umgestellt worden ist. Dann haben wir Sozialpädagoginnen vom Kolleg, dann haben wir Motopädagogen und natürlich Sozialpädagogen, die Pädagogik studiert haben“ (I. 1, Z. 25).

„[...] multidisziplinär kann man sagen. Wir haben den Arzt, mit dem wir sehr eng zusammenarbeiten, wir haben – also meine Kolleginnen im Team direkt, die Sozialpädagoginnen, in dem wir direkt mit den Kindern arbeiten. Dann haben wir PsychologInnen und die TherapeutInnen, die PsychotherapeutInnen, [...]. Und die Schule, die sehe ich auch als Teil vom Team. Und, wenn ich auch noch sehe, ist unser Motopädagoge, [...], der regelmäßig jede Woche mit unseren Kindern was macht. Teilweise natürlich auch die Sozialarbeiter bei uns, gerade beim Aufnahmemanagement“ (I. 5, Z. 14-15).

Die Darstellung des multiprofessionellen Teams in bisherigen inhaltlichen Auseinandersetzungen konnte durch oben zitierte Aussagen der Interviewpartnerinnen bestätigt und untermauert werden. Reinker & Müller (2008, S. 85f) verweisen hinsichtlich der Größe und Komplexität der Teamzusammenstellung auf ausführliche und regelmäßige Teambesprechungen. Der Informationsaustausch und ausführliche Dokumentation erleichtert dem Team die Zusammenarbeit und dies wird auch in den Interviews besonders hervorgehoben:

„Wir haben sehr viele Besprechungen, muss man sagen und zusätzlich zu den Besprechungen, das reicht auch oft nicht aus, haben wir Tür und Angel-Gespräche, Telefonate, E-Mails. Also, ohne dem Austausch, nämlich der ständige Austausch, würde es nicht funktionieren. Und wo auch oft viele Leute am Tisch sitzen, [...], dass wir uns alle sehen, das ist auch sehr wichtig“ (I. 5, Z. 17).

„Wir haben die Besprechungen täglich in der Früh. Also, Morgensvisite, wo quasi nochmal alles übergeben wird was am Abend passiert ist, was in der Nacht passiert ist, wo alle Berufsgruppen teilnehmen können. Und dann täglich um 11 Uhr eine Besprechung, wo alle Patienten – also die Hälfte der Patienten Montag, Mittwoch und die andere Hälfte Dienstag, Donnerstag – eben durchbesprochen werden, wo auch alle Berufsgruppen teilnehmen können und halt dann ihre Beiträge liefern, was halt Verlauf usw. betrifft. [...], wo man Anfang beim Patienten schaut, was ist eigentlich nochmal die Diagnose. Dann eigentlich bespricht ob man so auf, also – was die Ziele sind - ob man auf Kurs ist. Und wo dann eigentlich alle Berufsgruppen kurze Rückmeldung geben, wie es gerade läuft. Und was Beobachtungen, Rückmeldungen, Auffälligkeiten, Verbesserungen etc. betrifft. Und alles andere ist halt eigentlich so eben zwischen Tür und Angel, wie halt gerade oder was man halt gerade so sieht“ (I. 3, Z. 26-30).

„Es gibt verschiedene Formen von Besprechungen. Aber es gibt welche wo wir uns alle sehen und auch wenn es notwendig ist, dann sehen wir uns auch alle, zum Beispiel, dass wir da dann auch die Lehrer einladen. Und dann gibt's halt auch Besprechungen, die erledigen zum Beispiel die Therapeuten oder Psychologen, die heißen bei uns FK's – Fallkoordinatoren“ (I. 5, Z. 18).

Durch die große Bandbreite an Informationen, die sich über den ganzen Tag anhäufen, kann es im interdisziplinären Austausch auch zu Schwierigkeiten kommen, wenn unter Umständen Informationen nicht weitergegeben werden:

„Natürlich kann es dann passieren, dass mal was liegen bleibt oder man vergisst eine Info weiterzugeben, weil bei uns auch eine riesige Menge an Informationen ist. Man kann sich das gar nicht vorstellen, wie viel Informationen man da an einem Tag kriegt und verarbeiten muss. Und das ist auch menschlich, dass man mal was vergisst. Und ja, wir versuchen aber immer, wie wir mehr Methoden oder Sachen wir der Infofluss am besten funktioniert“ (I. 5, Z. 23).

Befragte Einrichtungen weisen eine Vielzahl ein Teilzeitkräften auf, die sich die Dienste unterschiedlich aufteilen. Unter den erhobenen Einrichtungen befindet sich eine, die eine 24 Stunden Betreuung durch SozialpädagogInnen gewährleistet. Die Dienstzeiten werden von den SozialpädagogInnen im sogenannten Dienstrad absolviert, was bedeutet, dass die Arbeitszeiten je nach zugewiesenem Dienst variieren:

„Wir betreuen von 8 Uhr in der Früh bis 22 Uhr am Abend. Über Nacht bleibt keiner. [...] Wir haben auch das freie Dienstplansystem, wo man sich quasi, wo die Patientenbetreuung abgedeckt sein muss, aber wir uns die Dienste selbst einteilen können“ (I. 3, Z. 43-45).

„Bei uns ist es so, dass ein Pädagoge in der Früh da ist und der hat 8 Stunden. Und wir, die eher Teilzeit haben sind dann im anderen Radl. Ist der früh sind wir spät. Aber es ist von 9-19 Uhr, bzw. 21 Uhr – wir haben auch einen Dienst bis 21 Uhr, ist immer wer da. Und ist auch immer wer von den Pädagogen da“ (I. 2, Z. 97).

„Bei uns auf der Station ist es halt so, dass wir einen Radl-Dienst haben und jeden Tag wechseln (I.5, Z. 20). [...], an einem Schultag, 12 Uhr bis 18 Uhr und der Nachtdienst, der kommt um halb 12 zu Mittag und geht am nächsten Tag um 12 Uhr. Also, das sind dann 24,5 Stunden, aber Dienststunden sind es eben weniger – nur 16,5“ (I. 5, Z. 102), da die Dienstzeit von 22 Uhr bis 6 Uhr als Bereitschaft gilt.

Auch auf die Dokumentation wird großer Wert gelegt. Diese kann sich unterschiedlich gestalten und trägt einen großen Teil zur Ganzheitlichkeit bei:

„[...] Ja, und bei uns ist es eigentlich so, dass wir eigentlich so darauf achten, wie ist eigentlich die Stimmung oft. Also, die Stimmung oft beschreiben. Und dann auch noch vom Verhalten und je nach Auffälligkeit dann oder je nach Problemstellung dann eher auf das eingehen. Und wenn, also, es gibt dann Patienten, die schon Monate da sind, da wird dann nicht jeden Tag das wieder durchgekaut, sondern dann halt eher nur die wesentlichen Sachen. Oder wenn wirklich mal irgendwas Besonderes war. Und wenn natürlich Vorfälle sind oder irgendwie irgendwas gegeben hat, dann dokumentiert man ganz ausführlich und das ist auch ganz wichtig dann in dem Fall“ (I. 3, Z. 32).

„Wir haben einen Dekurs, das ist ein Computerdokument, wo wir eigentlich täglich reinschreiben, was so tagsüber passiert ist. Und da können auch die Schule, ja, die Schule schreibt auch teilweise ein, der Arzt schreibt ein, die Fallkoordinatoren schreiben ein, Gruppenbesprechungen werden mitdokumentiert, ja“ (I. 4, Z. 128).

Aus den Interviews ging hervor, dass die Sozialpädagogik oftmals Teile des Tätigkeitsfeldes der Pflege übernimmt. Weiters ist sozialpädagogisches Arbeiten in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen vergleichsweise jung und musste sich innerhalb der Professionen erst Anerkennung erarbeiten. In manchen Fällen zeigt sich, dass die Sozialpädagogik in der Zusammenarbeit in klinischen Kontexten mehr an Stellenwert gewinnen könnte.

Die Rolle der Sozialpädagogik wurde bereits ausgeführt und in ihrem Stellenwert beschrieben. Ein Teil der Befragung zielte auf die Wahrnehmung dieses Stellenwertes innerhalb der Einrichtungen ab:

„Mittlerweile aber sind wir gefragt, wir sind in jeder Gruppe ein ganz ein wichtiges Mitglied und ein wichtiger Teil und ich würde sagen, wir haben fast einen gleichen, gleich wichtigen, Stellenwert wie jetzt zum Beispiel die medizinische Behandlung oder die Psychotherapie“ (I. 1, Z. 37).

„Eigentlich können wir schon einen guten Stellenwert einnehmen. Wir als Team, sage ich, sind sehr gut aufgestellt und ich habe jetzt da in der Gruppe nicht das Gefühl das wir nicht gleichwertig sind. Das ist schon das Ziel, und das weiß ich auch vom Chef, dass Wert darauf gelegt wird, dass es wirklich ganz gleichwertig wird“ (I. 4, Z. 21-23).

„Ich finde, dass wir gut sesshaft sind. Ich finde, dass wir gut integriert sind, dass wir akzeptiert sind und dass ja. Bei uns läuft's jetzt eigentlich ganz gut. Ich habe jetzt nicht das Gefühl, ich muss da jetzt um meine Aufgabe kämpfen oder den Leuten Pädagogik erklären, sondern das Team weiß Bescheid und schätzt die Arbeit auch. Es wird geschätzt und vor allem auch unsere Beobachtungsgabe, wenn wir zum Beispiel in der multiprofessionellen Kadex-Visite kommt von den Ärzten immer die Frage wie schaut denn das Alltagsleben aus von dem Patienten. Die sehen sie ja meistens eine Stunde oder so irgendwie oder halt kurz bei Visiten aber wie derjenige oder diejenige sich im Alltag verhält sehen die meisten Ärzte nicht oder kriegen die meisten Ärzte nicht mit und da auch immer wieder die Frage und das

wir schildern können, ja. Damit einfach ein einheitliches Bild dann kommt, ja“ (I. 2, Z. 35-36).

Auch wenn sich in den letzten Jahren der Stellenwert grundlegend gebessert hat, gibt es nach wie vor kleine Unterschiede in der Hierarchie. Die befragten Sozialpädagoginnen konnten zu dem bestehenden Hierarchiegefälle ebenfalls Stellung nehmen. Es wurde darauf hingewiesen, dass es oftmals zu Situationen kommt, in denen die Sozialpädagogik auf ihre Profession verweisen muss:

„Ja, grundsätzlich haben wir einen ganz guten Stellenwert, weil wir einfach ganz nah am Patienten sind. Wir machen Alltagsbetreuung und auch die Abende. Also, wir begleiten die Kinder und Jugendlichen dann zu Bett und machen die Abendrituale und sind da einfach sehr nah am Patienten bzw. kriegen einfach den ganzen Tag und den ganzen Verlauf gut mit.

Ich sage jetzt mal, pädagogisch kann jeder mitreden, weil wie man Kinder erzieht oder ob das jetzt gut ist, wenn man einen Patienten, obwohl er vorher vielleicht ausgezuckt ist oder ihm dann halt trotzdem noch die Gute Nacht-Geschichte und das ganze Ritual vorliest und wo andere dann sagen, dass ist jetzt nicht gut, weil das macht man ja nicht, wenn der jetzt schlimm war, dass man ihn dann noch belohnt für das und so. Wo dann einfach noch jeder mitredet und seine eigenen Erziehungsideen da einbringt. Und das finde ich, ist manchmal schon schwierig. Also, das finde ich, ist noch ausbaufähig. Wo man sich einfach noch, glaub ich, mehr profilieren muss auch“ (I. 3, Z. 36-39).

15.2 Dimension RECHT

Folgender Abschnitt setzt sich mit dem Thema Recht in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen auseinander und enthält Komponenten der rechtlichen Arbeitsauffassung sowie der Schweigepflicht. Hier wird auch auf Ausnahmen und Besonderheiten verwiesen.

Kategorie	Indikatoren
Rechtsform	
Schweigepflicht	Ausnahmen
	Besonderheiten

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurde speziell auf Kinderrechte und die EACH-Charta verwiesen, welche somit inhaltlich ausreichend behandelt wurden und daher in den Interviewleitfaden nicht mehr explizit aufgenommen wurden. Vorwiegend wurde die Rechtsform der Einrichtung erfragt, als auch auf die spezifische Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht Bezug genommen. Hinsichtlich der Kategorie der Schweigepflicht ergaben sich im Interviewverlauf Indikatoren der Ausnahmen bei Gefährdungssituationen und Besonderheiten, die sich auf die Aufhebung der Schweigepflicht beziehen.

Zusammenfassend für die Dimension Recht kann gesagt werden, dass SozialpädagogInnen je nach Einrichtungsart und Anstellung unterschiedlichen Gesetzeslagen unterliegen. Die Verschwiegenheitspflicht gilt jedoch mit Dienstantritt für alle. Die Rechtsformen, die in den Einrichtungen zum Tragen kommen sind neben dem jeweiligen Dienstrecht, das Kinder- und Jugendhilfegesetz, die Kinderrechte als auch die Durchführungsverordnung. Weiters ist auch auf die Auskunftspflicht gegenüber Angehörigen zu verweisen, die insoweit stattfinden kann, sofern es der Entwicklung des Kindes nicht schadet.

Spezifische Fälle können nach Ausnahmen verlangen. So ist es beispielsweise möglich, von der Verschwiegenheit gerichtlich befreit zu werden und somit eine Aussage in spezifischen Punkten zu tätigen:

„Es gibt eine Meldepflicht bei Gefahr in Verzug oder Missbrauch zum Beispiel, das ist aber nicht Dienstrecht, soweit ich mich erinnern kann, das ist ein Bundesgesetz im Kinder- und Jugendhilfegesetz. Also, das ist zum Beispiel eine Ausnahme. Ich habe auch eine Auskunftspflicht gegenüber den Angehörigen. Aber das ist auch, da gibt es ganz genaue Regelungen, für was habe ich wann und wie Auskunftspflicht. Befreit werden - zum Beispiel vor Gericht, muss ich eigens dafür befreit werden. Ich habe sogar vor einem Gericht Schweigepflicht, außer ich werde[...]. Dann ist es auch nicht so, dass man für alles befreit wird, sondern man wird dann ganz genau für einzelne Punkte befreit. Ist dann nicht so, dass man dann alles ausplaudern darf. Und ich muss auch immer überlegen, ist das der Entwicklung vom Kind dienlich, dient das der Entwicklung vom Kind. Zum Beispiel bei dieser Auskunftspflicht, und wenn das dem widersprechen würde, darf ich auch nicht, darf ich dem auch nicht zu viel sagen, auch wenn es die Eltern sind“ (I. 5, Z. 39-42).

Gefährdungssituationen, Selbst- und Fremdgefährdung oder Meldungen werden in interdisziplinären Teambesprechungen aufgegriffen und mit den zuständigen ÄrztInnen,

PsychologInnen bzw. den Fallführenden geprüft. Fallführende Personen sind in weitere Folge für das Einleiten spezifischer Schritte zuständig:

„Bei Kindeswohlgefährdung ist es eh ganz klar, weil wir haben da Mediziner, die für die Kinder zuständig sind, da gibt’s ein Ärztegesetz und die müssen das dann sowieso melden. Also, das betrifft uns als Pädagogen – Sozialpädagogen - nicht. Weil wir ja nur eine Hilfestellung sind, aber wir sind nicht die, die eine Kindeswohlgefährdung melden. Ich geh dann zum Arzt und sag dies und jenes ist mir aufgefallen, oder dem Fallführenden und der muss dann die weiteren Schritte unternehmen“ (I. 1, Z. 48-49).

15.3 Dimension DIAGNOSTIK

Nachstehend wird das Aufgabengebiet der Diagnostik in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen besprochen. Es wurden Fragestellungen einbezogen, die sich auf den diagnostischen Prozess beziehen, sowie auf den Beitrag der Sozialpädagogik abzielen und dessen Besonderheiten und Merkmale aufzeigen.

Kategorie	Indikatoren
Einstellung zum Prozess	Persönliche Meinung
	Besonderheiten
Beitrag der Sozialpädagogik	Einbezug zur Diagnoseerstellung
Beobachtungen	Alltag
	Differenzierungen
	Beispiele

Neben den klassischen Klassifikationssystemen, die ebenfalls in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen ihren Platz finden und durch reine Diagnoseaufenthalte erstellt werden, kommt der Sozialpädagogik ein erheblicher Stellenwert im Diagnoseprozess zu. Um eine ganzheitliche Betrachtung von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten, gilt es sozialpädagogische Beobachtungen in den Diagnoseprozess einfließen zu lassen sowie Merkmale der zu untersuchenden Kinder und Jugendlichen in deren Alltag, in Einzel- oder Gruppensettings und bevorzugte Personen bzw. deren Merkmale) festzustellen und rückzumelden.

Die Einstellung zum diagnostischen Prozess erwies sich in den Befragungen als grundlegend positiv. Die Erstellung einer Diagnose sei unerlässlich und dazu kann die Sozialpädagogik einen erheblichen Beitrag durch Beobachtungen einbringen. Die Diagnostik wird interdisziplinär und multiprofessionell erstellt und im Zuge des Aufenthaltes durch weitere Beobachtungen, Auffälligkeiten oder Besonderheiten ergänzt:

„Ganz, ganz wichtig ist die Verhaltensbeobachtung bei der Diagnoseerstellung und das ist auch eigentlich unser Steckenpferd und da müssen wir ganz viel beitragen“ (I.1, Z. 54).

In den Verhaltensbeobachtungen wird neben dem Erscheinungsbild des Kindes bzw. des/der Jugendlichen auch auf die Interaktion mit den anderen Kindern und Jugendlichen Wert gelegt. Hier wird insbesondere auch darauf geachtet, ob sich geschlechterspezifische Unterschiede zeigen. In weitere Folge wird auch das Verhalten gegenüber den Eltern, Bezugspersonen bzw. dem Personal der Einrichtung differenziert betrachtet:

„Sowohl uns Betreuern gegenüber, dem gesamten Betreuungssystem, wie auch Männer und Frauen, also geschlechtsspezifisch und natürlich auch wie untereinander – also unter den Gleichaltrigen und da auch wieder Mädchen und Burschen, ob’s da einen Unterschied gibt, wird da irgendetwas präferiert, ja“ (I. 2, Z. 54).

Im alltäglichen Geschehen können viele unterschiedliche Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen beobachtet werden: „Ein Essverhalten kann ich schon beim Essen beobachten oder auch Tischmanieren“ (I. 5, Z. 59). In der Alltagsbeobachtung wird vor allem darauf geachtet, was das Kind braucht und welche Bedürfnisse es hat. Vermerkt werden zusätzlich Beobachtungen hinsichtlich der körperlichen Entwicklung, der Motorik, des allgemeinen Gesundheitszustandes, Umgangsformen, soziale Kompetenzen, vorhandene Ressourcen sowie das familiäre System. Um die genannten Punkte gut abzudecken, erweist sich das stationäre Setting als vorteilig:

„Da ist unser Teil ein ganz ein wichtiger, weil da muss man einfach im Alltag das formale Denken beobachten, da muss man einfach auf gewisse Dinge schauen und das kann man im ambulanten Bereich nicht so gut wie im stationären oder teilstationären. Da spielen wir eine ganz große Rolle“ (I. 1, Z. 54).

15.4 Dimension SOZIALPÄDAGOGIK AUF DER STATION

Folgende Dimension behandelt die Frage nach den Aufgaben, Angeboten und Methoden kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen. In weiterer Folge wird dem Beziehungsaufbau Beachtung geschenkt. Um ein Verständnis der sozialpädagogischen Tätigkeit zu forcieren wurden diese mit Beispielen aus der Praxis untermauert und verdeutlicht.

Kategorie	Indikatoren
Aufgabenfeld	
Angebote	Sport
	Ausflüge
	Gruppenangebote
Methoden & Prinzipien	
Lebenswelt	Umsetzung zu Hause
	Alltagsstruktur
Partizipation	
Beziehungsaufbau	Konzept der BezugspädagogInnen
	Herausforderungen
	Abgrenzung
Beispiele	

Das Aufgabenfeld der Sozialpädagogik weist ein sehr großes Spektrum an Einsatzmöglichkeiten auf. Dieses reicht über den Beitrag zur Diagnoseerstellung, Möglichkeiten der Vernetzungsarbeit, der Schaffung von (Freizeit-)Angeboten spezifische Methoden, der Verbindung zur Lebenswelt bis hin zur Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen sowie des Aufbaues einer tragfähigen Beziehungsstruktur.

Das Tätigkeitsfeld, welches durch die Durchführung der Interviews beschrieben und folglich aufgezeigt wird, entspricht nicht zur Gänze dem täglichen Arbeitsfeld. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen die Individualität einen erheblichen Stellenwert einnimmt und Herangehensweisen immer neu überarbeitet, ausgearbeitet und erstellt werden. Das Aufgabenfeld beinhaltet zusätzlich zur Büroarbeit, den Dokumentationen, den Teambesprechungen auch gewisse Aufgabenteilungen innerhalb des Teams, wie beispielsweise Praktikumsbetreuung oder Stellung Sicherheitsbeauftragter und die Begleitung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen in deren Alltag:

„Wir arbeiten eigentlich in drei Bereichen. Einer unserer größten Bereiche ist die Alltagspädagogik, wir begleiten die Kinder von in der Früh beim Aufstehen bis am Abend zum Schlafengehen. Machen mit ihnen, ...also rund um die Uhr sind wir im Alltag mit ihnen zusammen. Das heißt, das beinhaltet Regeln, Grenzen, das beinhaltet auch individuelle Tagesstrukturen.

Der zweite Bereich ist die Freizeitpädagogik. Das wir einerseits sie anleitet zu sinnvollen Freizeitgestaltungsmöglichkeiten, dass man ihnen auch Dinge anbietet, die sie machen können. Da machen wir ganz viele verschiedene Angebote. Oder aber auch, was auch Freizeitpädagogik ist, dass wir so bewusst Lücken im Tagesablauf haben, wo sie sich dann selbst beschäftigen müssen.

Und der dritte Bereich ist die pädagogisch-therapeutische Arbeit. Wo wir soziales Kompetenztraining, sexualpädagogische Gruppen, Körperwahrnehmungen, Entspannungsgruppen, Konzentrationstraining, wo all diese Dinge dann halt dazugehören“ (I. 1, Z. 64-66).

Die befragten Sozialpädagoginnen nehmen in den Einrichtungen eine sehr offene Haltung ein. Als Basis der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen gilt es, ressourcenorientiert an die PatientInnen heranzutreten und im Zuge des Aufenthaltes auch die Selbstermächtigung und Nachhaltigkeit zu fördern. Anfänglich wird immer darauf geachtet, welche Stärken und Ressourcen das Kind bzw. die/der Jugendliche bereits mitbringt und wie diese gestärkt und vertieft werden können. Bereits hier wird eine Verbindung zur natürlichen Lebenswelt geschaffen und überlegt, welche neu erlernten Strategien zu Hause weiterhin gut durchgeführt werden können. SozialpädagogInnen verfolgen das Ziel, ihre Arbeit transparent zu gestalten, soweit als möglich Mitbestimmung und Selbstbestimmung zu gewährleisten, geschlechtersensibel vorzugehen als auch Nachhaltigkeit zu garantieren.

Befragte kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen bieten für diese Zielsetzung eine Vielzahl an unterschiedlichen Angeboten zur Freizeitgestaltung. Kinder und Jugendliche können zum Teil frei zwischen unterschiedlichen Angeboten wählen, die sportlich, kreativ, musikalisch oder tiergestützt sein können. Daneben werden Ausflüge mit den Kindern und Jugendlichen unternommen, um externen Aktivitäten nachzugehen und um die Möglichkeit zu schaffen, das stationäre Setting temporär zu verlassen:

„Wir machen ganz viele Ausflüge. Wir haben jeden Tag etwas Sportliches im Angebot, wir haben jeden Tag was kreatives im Angebot, da können sich die Kinder, das dann einfach aussuchen. Eher therapeutisch haben wir dann zum Beispiel Klettern, therapeutisches Klettern, wir haben therapeutisches Zaubern, wir haben - ja – im Winter gehen wir eislaufen im Sommer gehen wir schwimmen, wir gehen wandern, wir haben immer wieder kochen im Angebot, wir haben Sinnesschulen im Angebot [...] also eigentlich in jedem Bereich etwas“ (I. 1, Z. 68-69).

Wenngleich das Angebot sehr gut und breit aufgestellt ist, wird von den SozialpädagogInnen darauf geachtet, dass Kinder und Jugendliche auch bestimmte Angebote, die sich positiv auf ihre Entwicklung auswirken würden, in Anspruch nehmen. Auch ÄrztInnen verweisen im Zuge der Zielsetzung auf bestimmte Aktivitäten, denen das Kind bzw. der/die Jugendliche nachgehen sollte. Je nach Fall und Kind bzw. Jugendlichen wird individuell entschieden, welche Gruppenangebote oder Freizeitaktivitäten dem Genesungsprozess dienlich wären und jene Unternehmungen gelten dann für das Kind bzw. die/den Jugendliche/-n als verpflichtend. Es wird vermehrt auf partizipative Herangehensweisen plädiert. Partizipation und freie Auswahl der Angebote sollte in dem Ausmaß stattfinden, dass das Kind bzw. die/der Jugendliche nicht überfordert wird und solange, wie es sich bewährt und dem Verlauf zu Gute kommt:

„Die Kinder können sich das Angebot schon auch aussuchen. Teilweise können sie sich's aussuchen, teilweise werden sie auch zugewiesen. Gerade so zu den pädagogisch-therapeutischen Angeboten, wie zum Beispiel Soziales Kompetenztraining, da sagt dann der Arzt, das Kind oder der Jugendliche soll das machen“ (I. 1, Z. 71).

„Gewissen Jugendlichen, denen stelle ich zum Beispiel die Freizeitgestaltung schon sehr frei bzw. erarbeite ich das mit ihnen, weil das jetzt auch ein Ziel ist, selbst zu lernen sich die Freizeit sinnvoll zu gestalten. Das ist dann natürlich partizipativ. Das würde keinen Sinn machen, wenn ich sage du machst jetzt das und das“ (I. 5, Z. 86).

„Wenn jetzt zum Beispiel einer kommt mit erhöhtem Aggressionspotenzial dann ist es für mich ganz wichtig, dass ich sehe, okay, der muss jetzt zum Soziale Kompetenztraining-Gruppe gehen – da gibt es kein vorbei. Oder der muss sich auch täglich beim Sport auspowern können. Also, auch wenn er das nicht will, dass man da Motivierungsarbeit machen, eben das auch erklären. Oder wenn ich zum Beispiel einen Drogenburschen habe, dass der Drogenkompetenz-Gruppe geht und soziale Kompetenz-Gruppe. Und wenn ich einen Burschen habe, der zu Übergriffen neigt, oder der Körpergrenzen nicht wahrnehmen kann, dass der dann sexualpädagogische Burschen-Gruppe geht, ja“ (I. 2, Z. 65-66).

Der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen kommt in der Behandlung und Betreuung erhebliche Bedeutung zu. Sowohl aus der Literatur als auch aus den Interviews geht hervor, dass sozialpädagogisches Handeln neben der Stärkung von Ressourcen und Selbstbemächtigung der PatientInnen, bei der Verbindung zur Lebenswelt und der praktischen Umsetzung im häuslichen Umfeld eine tragende Rolle einnimmt. Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen schaffen einen künstlichen Raum, der klare Alltagsstrukturen und Aktivitäten bietet:

„Da ist es dann ganz wichtig, dass der Transfer in den Alltag dann auch gegeben ist. Es nutzt nichts, wenn sie Dinge bei uns lernen und dann gehen sie nach Hause und haben überhaupt nicht den Zugriff auf diese Dinge, die sie bei uns gelernt haben“ (I. 1, Z. 75).

Die Verbindung kann gut durch gewisse Aufgaben hergestellt werden, die Kinder und Jugendliche bei Entlassung an den Wochenenden zu Hause üben und gemeinsam mit den Bezugspersonen erarbeiten. Auch die Vernetzung zum System der Kinder und Jugendlichen kann bereits während des Aufenthaltes aufgenommen und geprüft werden:

„Also, am Wochenende ist es sowieso immer, dass man das beobachtet und auch mit den Eltern bespricht worauf sie achten sollen. Manchmal auch schon mit Hausübungen daheim, dass man sieht, ob es funktioniert. [...], dass man schon wieder schaut, dass sie tageweise schon wieder in diese Stammschule gehen können [...]. Aber, dass sie am Sonntag zum Beispiel noch nicht kommen, sondern erst am Dienstag und halt die zwei Tage daheim Schule gehen“ (I. 4, Z. 131).

Der Beziehungsaufbau gestaltet sich sehr unterschiedlich, dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass jede persönliche Herangehensweise anwendet. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Beziehung zwischen den Kindern und Jugendlichen mit den SozialpädagogInnen kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen dahingehend gut gestaltet wird, da durch die Alltagsstruktur viel Zeit gemeinsam verbracht wird und eine permanente Zusammenarbeit herrscht. Herausforderungen können dadurch entstehen, dass durch Dienstzeiten und Freizeitangebote ein reger Wechsel des Betreuerpersonals stattfindet. Weiters ist darauf zu verweisen, dass Kinder und Jugendliche nur einen begrenzten Zeitraum in den Einrichtungen verweilen.

Nichts desto trotz bietet eine gute Beziehungsarbeit eine tragfähige Grundlage für die weitere Zusammenarbeit und für einen gelingenden Behandlungsverlauf. SozialpädagogInnen verbringen viel Zeit mit den Kindern und Jugendlichen, werden mit allen Sorgen, Ängste, Krisen, Freuden, Erfolgserlebnissen und Entwicklungen konfrontiert und werden dadurch in gewisser Weise zu Vertrauenspersonen:

„Was mir ganz wichtig ist, dass das für die Kids ein sicherer Ort ist, das heißt, dass sie da auch ernst genommen werden und dass sie eine klare Struktur haben und dass sie sich da wohlfühlen. Auch, dass sie das Gefühl haben, dass sie immer zu mir kommen können, wenn es irgendwelche Konflikte gibt mit welchen Personen auch immer und in welcher Art auch immer, ja. Und dass sie sich da auch gut aufgehoben fühlen und auch das Vertrauen so haben [...]“ (I. 2, Z. 94-95).

Das Konzept der BezugspädagogInnen, welches im vorangegangenen literarischen Teil beschrieben wurde, kann in den befragten Einrichtungen leider nicht angewandt werden. Befragte Sozialpädagoginnen scheinen das Prinzip gerne anwenden zu wollen, jedoch ist es durch Anstellungsarten und Dienstzeiten kaum möglich Kindern und Jugendlichen eine adäquate bzw. kontinuierliche Bezugsperson zu garantieren. In den meisten Fällen übernehmen diese Funktionen die Fallführenden und verwalten auch den gesamten Akt:

„Nein, wir haben es nicht in dem Sinn. Wir haben immer wieder Diskussionen darüber. Aber dadurch, dass wir so einen Radl-Dienst haben, und eben auch Leute mit 50%, die dann einmal in der Woche da sind, haben wir gesagt, dass ist so irgendwie nicht sinnvoll. Weil was hilft es dem Kind, wenn die Person dann einmal in der Woche kommt. Das ist dann nicht Bezug“ (I. 4, Z. 60).

15.5 Dimension RESSOURCENARBEIT

Nachfolgende Dimension steht in enger Verbindung mit der vorangegangenen Dimension der sozialpädagogischen Arbeit in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen. Hierbei wird spezifischen Kategorien Aufmerksamkeit geschenkt, welche die grundlegende Arbeitsauslegung, die Erarbeitung von Wochenplänen und weiteren charakteristische Methoden im Fokus haben. Es gilt darauf zu achten, dass ressourcenorientiertes Vorgehen in der Lebenswelt und der Alltagsstruktur der Kinder und Jugendlichen nachhaltig angewandt wird.

Kategorie	Indikatoren
Auslegung der Arbeit	Methoden
Wochenpläne	Zielsetzung
	Lebenswelt
	Alltagsstruktur
Beispiele	

Theoretische Ausführungen belegen bereits die positive Auswirkung auf den individuellen Entwicklungsverlauf bei Kindern und Jugendlichen. Um Potentiale nachhaltig zu fördern, gilt es sie zuvor zu aktivieren und zu stärken. Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit wurden bereits Methoden erörtert, welche zur Ressourcenaktivierung und –förderung angewandt werden können. Es herrscht jedoch ein breit gefächertes Repertoire an solchen Methoden, Übungen oder Angeboten. Die durchgeführten Interviews erlauben einen Blick auf Herangehensweisen ausgewählter kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen:

„Ja, wir haben Stressbarometer, wir haben Stimmungsbarometer, wir haben ganz viel. Also, ich mache ganz viel über den Körper eben – so Entspannung, ich mache ganz viel Fingerarbeit, das ist weniger bekannt. Das ist eine Harmonisierung, quasi, auch eine Beruhigung über die Finger, durchs Fingerhalten, ja.

Dann diese Schatzkarte und die Notfallkarte. Was mache ich, damit sich meine Stimmung hebt. Das ist dann oft auf der Schatzkarte, das können Hobbys sein, alles was man halt gerne macht. Und Notfallkarte ist, wenn man merkt, ja, jetzt braucht es wirklich was. Also, dann ist es oft vielleicht ein Chili oder ja, einfach wirklich für den Notfall“ (I. 2, Z. 103).

Wochenpläne werden nicht immer und auch nicht für alle Kinder und Jugendlichen erstellt. Die Erarbeitung ist sehr individuell und auch fallbezogen. Sobald es notwendig ist, oder der Aufenthaltstyp es zulässt, werden, teils gemeinsam mit den PatientInnen, Wochenpläne erstellt. In den Befragungen wurde weiters darauf hingewiesen, dass die Auflistung der Gruppenangebote und Aktivitäten wöchentlich ausgeschrieben wird und daher als Wochenplan angesehen werden kann. Diese Pläne beinhalten dann unter anderem ärztliche sowie psychologische Fixtermine, verpflichtende Gruppenaktivitäten oder Anregungen für Ausflüge aber auch Wünsche:

„Wir haben am Montag immer Kinderforum. Wo wir einfach die Woche besprechen. Und, die Kinder dann einbringen, was noch ihre Wünsche sind, was wir noch machen könnten, was Wünsche, Beschwerden, Anregungen, dass wir einfach so die Woche durchgehen programmäßig alles bespricht und auch nochmal was so anfällt“ (I. 3, Z. 98).

Ressourcenorientiertes Arbeiten orientiert sich an Stärken, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Kinder und Jugendlichen. Im sozialpädagogischen Handeln gilt es diese herauszufiltern, zu aktivieren und durch Angebote und Methoden zu fördern. Hierbei wird auch darauf geachtet, dass neu erlernte und geübte Strategien auch nach der Entlassung angewendet und weitergeführt werden können. Durch die Gesprächssituation ging hervor, dass Kinder und Jugendliche auch die Chance haben an außerstationären Aktivitäten teilzunehmen wie beispielsweise den Besuch einer Musikschule, oder den gemeinsamen Besuch der Bücherei. Solche spezifischen Situationen, die Ressourcen stärken sollen, werden individuell geschaffen und ausgelegt. In den Interviews wurde folgendes Beispiel genannt:

„Ein Kind, das geringes Selbstwertgefühl hat, da schaue ich schon, dass es viel ob bekommt oder dass ich es Situationen aussetzte in der Freizeit, wo es genau dieses Ziel entwickeln kann oder stärken kann oder wo wir in diese Richtung gehen“ (I. 5, Z. 105).

Auch die Aufklärung stellt einen wichtigen Part in der Ressourcenorientierung dar. Die Vermittlung von Verständnis für die eigene Gefühlswelt und das Vertrauen darauf, dass die SozialpädagogInnen diese verstehen, nachvollziehen und empathisch darauf eingehen können, stärkt in weiterer Folge das Selbstwertgefühl der Kinder und Jugendlichen:

„Warum ist man gleich mal in der Aggression, warum flüchtet man gleich mal, warum erstarrt man, ja. Und auch, dass das – also zur Psychoedukation – dass das auch normal ist, ja. Dann gibt’s auch immer wieder in der SoKo-Gruppe „Ich-Sätze“ als Konfliktlösungsmodell. Wie schauen Ich-Sätze aus, was ist das blöde an Du-Sätzen – sie machen denn anderen runter. Bei Ich-Sätzen bleibt man auf einer Höhe, kann respektvoll miteinander bleiben, kann man gut annehmen, kann das Gegenüber auch gut annehmen. Deswegen auch konfliktlösend oder nicht mehr aufbrausender, ja“ (I. 2, Z. 106).

15.6 Dimension ELTERNARBEIT

Die Dimension der Elternarbeit bezieht sich auf die Frage, wie sich die Zusammenarbeit mit den Eltern bzw. den Bezugspersonen während eines stationären Aufenthaltes gestaltet. Zur Diskussion stand auch die (verpflichtende) Mitarbeit und welche Schwierigkeiten hierbei auftreten können. Im weiteren Verlauf wurden auch Beispiele zur Gestaltung und Bewältigung von Missverständnissen angeführt.

Kategorie	Indikatoren
Gestaltung	Beispiele
Mitarbeit	Schwierigkeiten
	Überwindung

Eltern bzw. das Bezugssystem in den Genesungsprozess der Kinder und Jugendlichen einzubeziehen, erweist sich als großer Meilenstein in der Ganzheitlichkeit und fortwährenden Umsetzung der erlernten Methoden im häuslichen Umfeld. Unter diesem Gesichtspunkt plädieren einige kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen auf verpflichtende Kooperation. Diese zeigt sich in Hausübungen, regelmäßigen Elterngesprächen oder in Kompetenztrainings.

In der Regel werden Elterngespräche in den befragten Einrichtungen von den Fallführenden angeboten und durchgeführt. Wenn es der Fall erlaubt bzw. auch braucht, werden zu diesen Gesprächen die SozialpädagogInnen hinzugezogen. SozialpädagogInnen

sind dann mit Eltern und Bezugspersonen konfrontiert, wenn es zu Abhol- und Bringsituationen kommt, Eltern bzw. Bezugspersonen zu Besuch sind, Telefonate stattfinden oder auch bei Aufnahmen und Entlassungen:

„Also, wir arbeiten schon auch mit den Eltern, aber so diese Tür und Angel Gespräche beim Bringen und Holen, bei der Entlassung und bei der Aufnahme ganz viel und dazwischen mal telefonieren. Wir sind bis vor kurzem per se bei Elterngesprächen nicht dabei gewesen, außer es war erforderlich. Das wird sich jetzt in nächster Zeit umstellen, dass wir häufiger bei Elterngesprächen, die die Fallkoordinatoren führen, dabei sind“ (I: 5, Z. 116).

In der Arbeit mit den Eltern bzw. den Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen, die sich im stationären Setting befinden, treten immer wieder Schwierigkeiten auf, die es zu überwinden gilt. Aus den durchgeführten Interviews lässt sich zusammenfassend sagen, dass oftmals Herausforderungen hinsichtlich der Verlässlichkeit des Bezugssystems auftreten oder im häuslichen System selbst psychiatrische Erkrankungen vorliegen, die Unterbringung nicht im Sinne der Eltern bzw. Bezugspersonen ist/war oder diese einfach nicht mitarbeiten wollen:

„Dann haben wir natürlich auch Familien, wo selbst psychiatrische Störungen vorhanden sind, ja. Vor allem, ganz schwierig, wenn Mütter Borderline-Strukturen haben, Persönlichkeitsstrukturen, dann ist es ganz schwierig für die Kinder da irgendwie einen Halt zu finden, Orientierung zu finden“ (I. 2, Z. 129).

„Das merkt man dann schon, wenn die Eltern nicht so dafür sind für diesen Aufenthalt, dann ist es schwierig bei der Zusammenarbeit und man merkt auch, dass beim Kind nicht so viel weiter geht in der Entwicklung“ (I. 5, Z. 122).

„Eltern, die sich gerne zurücklehnen wollen. Eltern, die das Gefühl haben man muss einfach das Kind heilen und dann funktioniert wieder alles. Also, das ist ein zentraler Schwerpunkt, dass man wirklich, auch die Eltern motiviert und auch mal sagt, ihr müsst gemeinsam mit uns zusammenarbeiten“ (I. 1, Z. 101).

Um diese Schwierigkeiten zu überwinden, braucht es ein großes Maß an Geduld, Aufklärungsarbeit und Kommunikation mit den Eltern bzw. dem Bezugssystem. Bei unzuverlässigen Eltern bzw. Bezugspersonen, die beispielsweise nicht wie vereinbart anrufen, gilt es auch Kindern und Jugendlichen verständlich zu machen, warum kein

Kontakt hergestellt werden konnte. Aufkommende oder auffallende Herausforderungen werden auch an die Fallführenden herangetragen und in weiteren Elterngesprächen angesprochen und die Wichtigkeit der Zusammenarbeit für das Wohl der Kinder und Jugendlichen erörtert:

„So gut es geht, versucht man das zu überwinden mit viel Gesprächen und Kommunikation. Da helfen uns auch viel die Fallkoordinatoren und Supervisionen, sage ich jetzt mal auch. Aber man kann auch nicht immer die Probleme und Schwierigkeiten überwinden“ (I. 5, Z. 125).

Auch wenn die Elternarbeit bzw. die Arbeit mit den Bezugspersonen Großteils den Fallführenden obliegt, kommt es in Ausnahmefällen dazu, dass auch SozialpädagogInnen intensiver mit den Eltern zusammenarbeiten:

„Ich habe einmal mit einer Patientin und den Eltern etwas mehr gearbeitet, weil die Eltern das Kind relativ klein gehalten haben und auch gedacht haben, also sie hat eine leichte Behinderung gehabt. Sie haben aber gedacht, es kann jetzt gar nichts mehr, also wirklich. Und bei uns auf der Station hat sie alles machen können und sobald die Eltern da waren, hat sie die Wäsche nicht mehr zusammenlegen können und hat wirklich nichts mehr machen können. Und einfach auch um diese Rückmeldung zu geben, ja, haben wir uns auch einfach öfter zusammengesetzt und immer wieder im kleinem gezeigt, was das Kind alles kann. Auch das es nicht unterfordert werden soll und das es natürlich auch eine bequeme Strategie des Kindes ist“ (I. 2, Z. 114).

Auch so kann Elternarbeit gestaltet werden und zu einem ganzheitlichen Bild des Kindes oder der/des Jugendlichen beigetragen. Zahlreiche Herausforderungen können durch intensive Kommunikation und Vernetzungsarbeit überwunden werden.

15.7 Dimension SYSTEMISCHE ARBEIT

Um Kindern und Jugendlichen einen ganzheitlichen Betreuungsverlauf zu gewähren, bedarf es neben der Vernetzungsarbeit und Kooperationsbereitschaft seitens der Eltern bzw. Bezugspersonen, ebenso die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe als auch mit dem System Schule. Diese Dimension beschäftigt sich mit der Art und Weise der Vernetzung und des regelmäßigen Austausches.

Kategorie	Indikatoren
Kinder- und Jugendhilfe	Vernetzung
	Beispiele
Schule	Stammschule
	Vernetzung
	Beispiele

Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen vernetzen sich auch mit der Kinder- und Jugendhilfe und geben ihre Einschätzung weiter. Die Vernetzung geht in den meisten Fällen abermals von den Fallführenden aus, welche sich vorher in den multidisziplinären Besprechungen Empfehlungen und Charakterisierungen der SozialpädagogInnen einholen. Werden Kinder und Jugendliche nach dem stationären Aufenthalt fremduntergebracht, sprich, keine Rückführung in die Herkunftsfamilie stattfinden kann, werden interdisziplinäre Hilfepläne erstellt, die an die Kinder- und Jugendhilfe bzw. weiterbetreuende Einrichtungen übergeben werden. Folglich finden auch Vernetzungsgespräche statt, in denen bewährte Methoden sowie gelungene Strategien weitergegeben werden können:

„Das macht der Fallkoordinator prinzipiell. Wobei wir uns da schon im Team immer wieder absprechen, was wir halt auch glauben und so. Ja, der Fallkoordinator macht eigentlich den Kontakt mit dem Jugendamt und gibt eben diese Empfehlung ab“ (I. 5, Z. 90).

In Einzelfällen ist es auch so, dass SozialpädagogInnen bei den Vernetzungsgesprächen dabei sind, um auf spezifische Themen aufmerksam zu machen und eine gute Übergabe der Kinder und Jugendlichen zu garantieren:

„Bei einem Fall jetzt, habe ich gesagt, da möchte ich unbedingt mit den zukünftigen WG-Betreuern beim Gespräch dabei sein und das hat jetzt stattgefunden und da war mein Gefühl richtig, dass ich dabei war. Da war die Therapeutin, die Sozialarbeiterin, aber die haben die Jugendliche nie so im gruppenspezifischen Aspekt gesehen und da habe ich dann gesagt, nein – das muss ich unbedingt da besprechen, weil ich einfach da auch viel zu sagen habe, ja. Und dann lade ich mich dazu ein, wenn ich sage, da muss ich jetzt unbedingt noch was anbringen“ (I. 2, Z. 25).

Schulpflichtige Kinder und Jugendliche, die sich einem stationären Aufenthalt unterziehen, fallen nicht aus ihrer Schulpflicht. Diese bleibt weiterhin bestehen. Um eine Aufrechterhaltung zu garantieren und damit die tägliche (Schul-)Struktur beibehalten wird, werden diese in sogenannten Heilstättenschulen unterrichtet. Ausführungen aus dem Theorieteil belegen unterschiedliche Unterrichtsformen, die der Individualität jedes Kindes und jeder/jedes Jugendlichen entspricht. Neben einer Vernetzung zur Stammschule erfolgt auch eine enge Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Team der Station:

„Ja, das ist ganz was Wichtiges. Also, mit den Stammschulen vernetzt sich die Heilstättenschule. Also, die haben einen Schulstoff, der ihrer Stammschule entspricht. Und sie schreiben bei uns auch die Schularbeiten. Und wir vernetzen uns mit der Heilstättenschule, das ist unser Aufgabengebiet auch in der Sozialpädagogik“ (I. 1, Z. 111-112).

Die Heilstättenschule unterrichtet meist klassenübergreifend und auch altersgemischt. Bei manchen Kindern ist es möglich den Stoff der Stammschule weiterzuführen und bei anderen wird auf individuelle Förderpläne zurückgegriffen. Es ist Aufgabe der HeilstättenlehrerInnen Kontakt zur Stammschule aufzunehmen und dahingehend Vernetzungsarbeit zu leisten. Der regelmäßige Schulbesuch der Schulpflichtigen trägt zusätzlich zur Alltagsstruktur bei und schafft eine Verbindung zu ihrer natürlichen Lebenswelt. Bei Schwierigkeiten oder Auffälligkeiten tauschen sich die LehrerInnen mit den SozialpädagogInnen aus, besprechen die Situation und die dazugehörigen Rahmenbedingungen und erarbeiten im besten Fall eine Kompromisslösung, die der Zielsetzung entspricht:

„Also, momentan habe ich eine Patientin, wo es eigentlich ein großes Ziel gewesen wären, dass sie regelmäßig in die Heilstättenschule geht. Funktioniert leider nicht, aber da war ein ganz ein reger Austausch mit den Lehrern notwendig, weil wir das auf der Station oft anders gesehen haben als die Lehrer. Und da sich wieder gut auszutauschen und zu sagen, es reicht aber schon mal, wenn sie 10 Minuten da ist und dann wieder 5 Minuten auf die Station kommt, ist das okay, sie hält auch oft nicht so lange durch. Dieses Feedback auch den Lehrern zu geben – sie hält das einfach nicht durch, sie schafft das nicht, aber wenn sie es dann wieder schafft für wieder 10 Minuten in die Schule zu gehen ist das auch okay“ (I. 2, Z. 121).

15.8 Dimension KINDER & JUGENDLICHE

Das folgende Kapitel legt den Fokus auf Kinder und Jugendliche. Fragestellungen beziehen sich vor allem auf organisatorische Charakteristika, welche sich in der Anzahl, Altersgruppen sowie den unterschiedlichen Aufenthaltstypen der befragten kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen zeigen. Zugleich werden Themengebiete umrissen, welche Problemkonstellationen bzw. Krankheitsbilder betreffen und Beispiele zum Beleg eingeholt.

Kategorie	Indikatoren
Anzahl	Altersgruppe
Aufenthaltstypen	Dauer
	Besuch
Problemkonstellationen	
Beispiele	

Unterschiedliche Zuweisungsmodalitäten sind für Kinder und Jugendliche ausschlaggebend, um in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen untergebracht zu werden. Die Betreuung von PatientInnen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen wechselt mit dem vollendenden 18. Lebensjahr zur Betreuung in der Erwachsenenpsychiatrie. Jedoch bedingen spezifische Krankheitsbilder auch Ausnahmen.

In den befragten Einrichtungen werden Kinder und Jugendliche betreut, die sich zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr befinden. Die Anzahl der stationär aufgenommenen Kinder und Jugendlichen schwankt durch Akutfälle sehr und ist je nach Einzugsgebiet schwer einzuschätzen. Alle befragten Einrichtungen weisen Wartelisten auf. Der Aufenthalt in den

kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen versteht sich als sehr individuell konzipiert. Kinder und Jugendliche verweilen zusammengefasst zwischen einigen Tagen zur Krisenbewältigung bis hin zu einem Jahr oder, in Ausnahmefällen, auch länger:

„Grundsätzlich veranschlagt man eine Aufenthaltsdauer im stationären Bereich von 6 Monaten. Das ist aber auch wieder fallbezogen. Manche bleiben nur 3 Monate, manche bleiben ein Jahr. Die beiden sind aber eher die Ausnahmen“ (I. 5, Z. 140).

Die Aufenthalte variieren jedoch je nach Typus und können sich dahingehend in ihrer Dauer unterscheiden:

„Also, es gibt bei uns verschiedene Aufnahmetypen. Das erste ist ein Krisenaufenthalt, wo Patienten aufgrund einer Krise für ca. 4 Wochen da bleiben, bis die Krise vorüber ist und wo es eher um Stabilisation geht.

Und dann haben wir die Orientierungsaufenthalte, wo es, wo man einfach nicht weiß, was ist los. Und da geht es oft um Diagnostik und Diagnose, wo man einfach schaut um was geht es jetzt eigentlich oder was hat der Patient oder die Patientin.

Und dann gibt es noch den Projektaufenthalt, wo man ein klares Ziel definiert und an dem arbeitet.

Und als vierten, den Reha-Aufenthalt, wo es einfach darum geht mit der Krankheit zu leben und einfach den Alltag und alles was so anfällt zu bewältigen“ (I. 3, Z. 126-129).

In den befragten kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen können PatientInnen jeden Abend Besuch bekommen. In manchen Fällen bleiben Kinder und Jugendliche aber auch über den gesamten Aufenthalt ohne Besuch. In diesen Fällen wird die Zeit vor allem von SozialpädagogInnen genutzt, um eine bessere Beziehung aufzubauen und mehr über das Kind bzw. die/den Jugendliche/-n zu erfahren. Es wird auch darauf geachtet, dass Kinder und Jugendliche die Wochenenden in ihren Herkunftsfamilien bzw. bei ihren Bezugspersonen verbringen können. Hierbei gilt es insbesondere darauf zu achten, ob ein stabiles Umfeld auf sie wartet, Ressourcen weiterhin gestärkt werden können, Kinder und Jugendliche ihre Ziele erreicht haben und vor allem eine Bereitschaft zur Aufnahme über das Wochenende vorliegt. Das bedeutet: „nicht jedes kann Kind per se immer heim. Es kommt immer auf den Fall drauf an, wenn eine Gefährdung daheim ist, kann ich es nicht heim lassen. Aber wir schauen schon, dass es wichtig ist, dass sie am Wochenende heim dürfen.

Sie kommen auch manchmal nicht zu den Eltern heim, sondern zu den Großeltern, der Tante oder der Taufpatin, das kann auch sein“ (I. 5, Z. 119-120).

Da jeder Fall sehr individuell betrachtet wird, können Aufenthalte im Herkunftssystem auch teilweise anders gestaltet werden. Diese Vereinbarungen hängen zum Teil auch mit dem Krankheitsbild der PatientInnen zusammen:

„Je nachdem um welches Thema es geht, wenn es jetzt zum Beispiel um eine Essstörung geht, im Sinne von Anorexie, dann ist es wichtig, dass die Patienten diese Mahlzeiten am Anfang noch fix da haben und können oft nur zwischen den Mahlzeiten mit den Eltern am Wochenende raus gehen oder so. Und wenn es dann einfach schon, ja, wenn das dann schon besser geht, dann kann man auch mal sagen, man probiert einmal zum Beispiel, dass sie mal ein Mittagessen zu Hause ausprobieren und dann erst wieder am Abend kommen“ (I. 3, Z. 73).

Kinder und Jugendliche im stationären Kontext weisen eine große Bandbreite an Problemkonstellationen auf. In den befragten Einrichtungen wird die gesamte kinder- und jugendpsychiatrische Palette abgedeckt, behandelt und betreut. Jedes Kind und jede/-r Jugendliche bringen ihre individuellen Krankheitsbilder und Symptomatik mit. In der Arbeit mit den PatientInnen gilt es empathisch zu wirken und sich dessen bewusst zu sein, dass Kinder und Jugendliche an unterschiedlichen Erkrankungen leiden und eine berechtigte Begründung für den Aufenthalt vorliegt. Beispielhaft werden folgende Problemkonstellationen angeführt:

„Von bis. Intrigen, Manipulationen, aufhussen, gegeneinander ausspielen, das sind meistens Übertragungen, die sie von zuhause aus dem Familiensystem dann auf die Kinder übertragen oder versuchen auf uns Teammitglieder zu übertragen.

Was gibt es noch für Problemkonstellationen. Gerade wenn sie kleine Geschwister haben, Eifersucht, Konflikte, keinen Selbstwert, Hilfslosigkeit Ohnmacht. Ja, alles Mögliche.

Wir haben Kinder aus Gewaltkontexten, Missbrauch, Alkohol, Süchten, durchaus auch Wohlstandsverwahrlosungen, wo ich halte sage, die kommen aus total gutem Hause und haben einfach total zu viel bekommen, dass sie innerlich leer sind. Dann Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen, andere Beeinträchtigungen, psychische und psychiatrische Beeinträchtigungen, Erziehungsschwierigkeiten, Verwahrlosung, ja“ (I. 5, Z. 144-147).

15.9 Dimension KRISEN

Die unterschiedlichen Problemkonstellationen, die Kinder und Jugendliche aufweisen, führen oftmals zu krisenreichen Situationen auf den jeweiligen Stationen. Kritische Ereignisse führen immer wieder zu Herausforderungen und bedürfen kompetenter Herangehensweisen um deeskalierend, beruhigend, aufbauend oder unterstützend vorzugehen. Hinsichtlich dieser Dimension finden Beispiele ihren Platz die kritische Situationen beschreiben und Bewältigungsstrategien aufzeigen, welche lösungsorientiert fundiert sind.

Kategorie	Indikatoren
Herausforderungen	Bewältigung
Beispiele	

Im theoretischen Input wurden ausgewählte kritische Ereignisse bearbeitet. Jedoch können auch kleine Abweichungen in der gewohnten Tagesstruktur, Änderungen bezüglich des Besuches oder der Entlassung für das Wochenende nach Hause aber auch weitere, minimale Änderungen bereits einen großen Umbruch in der Stimmung der Kinder und Jugendlichen verursachen.

SozialpädagogInnen verbringen sehr viel Zeit mit den Kindern und Jugendlichen und sind sehr nah am Geschehen. Aus den Befragungen ging hervor, dass SozialpädagogInnen in den Einrichtungen tagtäglich mit krisenreichen Situationen konfrontiert sind. Krisen und Konflikte können aus den unterschiedlichsten Gründen entstehen und manchmal reicht schon ein kleiner Auslöser, um Kinder und Jugendliche aus der Bahn zu werfen. SozialpädagogInnen sind in ihrer Arbeit dazu angehalten ruhig in jeweilige Situation zu gehen, beruhigend zu agieren sowie Schritte der Deeskalation einzuleiten.

Wird in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen von Konflikten und Krisen gesprochen, können sich diese in ihrer Ausprägung und Intensität unterscheiden. In manchen Fällen kommt es zu Streitigkeiten mit anderen Kindern oder Jugendlichen, zu Meinungsverschiedenheiten mit dem Betreuungspersonal und in anderen kommt eine tiefsitzende Enttäuschung oder Kränkung zum Vorschein, die durch erhöhtes Aggressionspotential Ausdruck bekommt. Wieder andere Situationen bzw. Ereignisse sind in ihrer Intensität erhöht und bedürfen mehr Beachtung. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Suizidankündigungen:

„Von Aggression gegenüber anderen Kinder, gegenüber mir, gegenüber sich selbst – also, Autoaggression – Suizidandrohungen, Essensverweigerung, ja. Weglaufen, ritzen ist sehr oft Thema, vor allem bei den Mädchen. Auch so unsichere Bindungen. Kinder, die stundenlang weinen und sich nicht mehr beruhigen lassen können, toben, generelles selbst- und fremdgefährdendes Verhalten“ (I. 5, Z. 150).

Sobald sich Kinder oder Jugendliche in der Krise befinden, sind SozialpädagogInnen mitunter die ersten, die Unstimmigkeiten mitbekommen, da sie Teil des Alltages der Kinder und Jugendlichen sind. In die Situation hineinzugehen verlangt von den Professionellen Ruhe, Geduld, Verständnis und ein gewisses Maß an Selbstkontrolle. In den Interviews wurde deutlich, dass sich einige SozialpädagogInnen in den Einrichtungen spezifischen Trainings bzw. Schulungen unterzogen haben, um richtig zu deeskalieren, sich selbst zu regulieren und dadurch positiv und gestärkt die Krise gemeinsam mit den Betroffenen durchstehen und aushalten können:

„In der Krise habe ich diese Selbstkontrollschritte, eben aus diesem Partraining, dass ich eben viel auf Selbstdeeskalation schaue und meine drei Punkte habe, wie ich mich halt selbst kontrolliere, weil sonst kann ich gar nicht zum Kind gehen. Was ist wichtig, damit ich diesen Ruhe – ja, sicher, dass es mit gut geht, dass ich diese Situation deeskalieren und danach indem ich mir etwas Gutes tu“ (I. 5, Z. 157).

Vor allem Suizidandrohungen werden sehr ernst genommen. Auch die kleinste Aussage oder Ankündigung wird aufgegriffen und besprochen. Zusätzlich wird der/die fallführende Arzt/Ärztin oder Psychologe/-in hinzugezogen, welche die Suizidalität abklärt und weitere Schritte einleitet. Durch diese Zusammenarbeit, Weiterleitung der Informationen und gewisser Abgabe an Verantwortung, werden die SozialpädagogInnen entlastet:

„Wo wir eigentlich dann in unserem Beruf, dass dann gut weitergeben können, wo dann einfach immer der Arzt der zuständige ist, der die Suizidalität abklären muss. Das finde ich oft sehr erleichtern, dass man da von der Verantwortung viel abgeben kann. Und einfach sobald ein Patient suizidale Äußerungen tätigt, dann einfach sofort der Arzt da ist und das dann weitergegeben wird“ (I. 3, Z. 135).

Ein Beispiel konnte in den Befragungen aufgenommen werden, wie sich eine Krise darstellt und in wie weit SozialpädagogInnen in die Situation einbezogen werden:

„Ein Beispiel ist: Ich war mir einer Gruppe Kindern im Wald, gemeinsam mit dem Motopädagogen und ein Kind war dann in der Krise und ich habe sie dann vorgeschickt. Ja, der ist dann zum Beispiel, der wollte mich dann mit einem Ast erschlagen. Das war dann mitten auf einer asphaltierten Straße, aber nicht sehr befahren aber doch. Ich habe ihn dann quasi in dieser Situation, der war außer sich, festhalten müssen, fixieren müssen. Das ist aber schon vor vielen Jahren gewesen. Das habe ich dann nur geschafft indem ich ihn am Boden fixiert habe, das wäre sonst nicht gegangen. Um mich selber zu schützen und das Kind auch zu schützen. Das war ein bisschen eine schwierige Situation“ (I. 5, Z. 152-153).

15.10 Dimension PSYCHOHYGIENE

Vorletzte Dimension bezieht sich, zum Teil, auf die Persönlichkeit der befragten Sozialpädagoginnen. Hierbei werden Fragestellungen behandelt, die auf Psychohygienemaßnahmen abzielen. Einbezogen werden gelingende Abgrenzungsmethoden, Möglichkeiten der Kraftschöpfung sowie Stellenwert von unterschiedlichen Supervisionsformen.

Kategorie	Indikatoren
Abgrenzung	
Persönliche Energiereserven	
Supervision	Einzel-supervision
	Gruppen-supervision
	Intervision

Um den spezifischen Aufgaben und Herausforderungen gerecht zu werden, die dem gesamten Personal täglich gestellt werden, gilt es eine gute Work-Life-Balance zu entwickeln und Möglichkeiten zu haben, persönliche Energiereserven aufzufüllen und sich persönlich gut abgrenzen zu können. Die befragten Sozialpädagoginnen, die in der täglichen Alltagsführung ungefiltert mit den Kindern und Jugendlichen zu tun haben, geben Supervisionsmöglichkeiten einen hohen Stellenwert.

Aus den Befragungen ergab sich, dass Supervisionen vermehrt in Gruppensettings angeboten werden und auch zum Teil verpflichtend sind. Einzelsupervisionen werden bei

Bedarf bereitgestellt und stehen jedem zur Verfügung der sie braucht. Ein weiterer wichtiger Part, der in das Thema der Supervision fällt, ist die Intervention. Das bedeutet, dass Rücksprache mit dem Kollegium gehalten wird und auch hier ein reger Austausch stattfindet. Wie in der direkten Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen, ist es auch im Team nötig transparent zu handeln und viel zu kommunizieren. Dies erleichtert die Zusammenarbeit erheblich und erlaubt es auch sich kurz zurückzuziehen oder nach einer konfliktreichen Situation durchzuatmen:

„Wenn man bei einem Patienten einfach ansteht und/oder man das Gefühl hat, da geht einem jetzt die Luft aus, man hat so viel investiert und man hat das Gefühl man macht einen Rückschritt, ja. Oder wie auch immer. Man hat zum Glück drei Pädagogen in der Gruppe und da kann man dann sagen, „du wunder dich nicht, ich kann momentan nicht, mir geht die Luft aus“. Einfach das dann auch so mitzuteilen. Der sagt dann eh, „du kein Problem übernehme ich das“, oder so irgendwie. Also, dass man sich auch mal zurückziehen kann, wenn einem danach ist“ (I. 2, Z. 139).

„Auch hier, dass ich schaue kurz eine Pause zu machen. Also, Pausen haben wir zwar nicht, aber das ich nach einer Krise kurz sage, „mah, kannst du bitte kurz auf meine Kinder aufpassen, ich brauche jetzt schnell ein Glas Wasser alleine“. Auf das muss man halt selber schauen. Auf sich gut schauen, also, das ist sowieso das wichtigste“ (I. 5, Z. 159).

Psychohygiene wird im befragten Arbeitsfeld sehr groß geschrieben. Die befragten Sozialpädagoginnen wiesen in den Interviews darauf hin, wie wichtig eine gesunde Selbstfürsorge und die Fähigkeit sich gut abzugrenzen ist.

In kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen sind krisenreiche Situationen keine Seltenheit, es kommt immer wieder zu Aushandlungen, man muss viel kommunizieren, strapazierfähig sein und sich jeden Tag auf neue Herausforderungen und Abläufe einstellen. Abgrenzung ist daher das Um und Auf, um eine gute Arbeit und vollste Aufmerksamkeit zu gewährleisten. Die Sozialpädagoginnen, die im Rahmen dieser Arbeit befragt wurden, gaben an, sich sehr gut abgrenzen zu können und im Laufe ihrer Tätigkeit gelernt zu haben gut auf sich selbst zu achten und ihre Freizeit für sich selbst auszuliegen, ihren Leidenschaften nachzugehen und sich in ihrem sozialen Umfeld gut erholen zu können:

„Manchmal muss man auch einen Schritt zurückgehen, klar. Es geht nicht immer Vollgas, das ist eh ganz klar. Und dass man dann auch – also in der Traumapädagogik heißt das Selbstfürsorge. Und diese Selbstfürsorge habe ich gut gelernt“ (I. 2, Z. 140).

„Abgrenzung ist glaube ich, das wichtigste und schwierigste. Aber natürlich, ich muss sagen, wenn da Extremsituationen sind, belastende Situationen mit großen Krisen, dann nimmt man das mit heim. Also, das gelingt dann nicht, dass man da komplett abschaltet. Aber da muss man dann halt die Phase dann auch durchtauchen. Und das geht dann auch irgendwie – also, mir gelingt es“ (I. 4, Z. 151).

Neben der Kunst der Abgrenzung ist es auch besonders wichtig, persönliche Energiereserven aufzufüllen und bewusst darauf zu achten, positive Erlebnisse zu gestalten. In den Befragungen zeigten sich diese in unterschiedlichen Charakteristika. Um gut abschalten zu können und für den nächsten Arbeitstag gut gewappnet zu sein, wird oftmals auf die positive Wirkung von Sport oder Vernetzungsgesprächen mit KollegInnen aber auch Musik oder ähnlichem verwiesen. Zu einem gewissen Teil sind SozialpädagogInnen in ihrer Tätigkeit in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen mit sehr schwerwiegenden Problemkonstellationen konfrontiert, in denen es umso mehr gilt, gut abzuschalten:

„Man muss zwar schon auch bewusst mal was machen. Also, ich muss schon schauen, wenn ich mit recht viel argen Sachen arbeite – gerade so Kinderpornographie, Pädophilie, Missbrauch und schwere Depressionen – das zieht schon runter, da muss ich schon bewusst die positiven Dinge, die Plus' in meinem Gehirn aktivieren. Ganz bewusst, ja. Das negative nimmt eh so schnell Überhand bei uns Menschen. Ich muss dann bewusst positive Akzente in der Freizeit setzen“ (I. 5, Z. 162).

„Durch meine Traumapädagogik-Ausbildung hat sich halt die Sichtweise, oder mein Umgang damit schon verändert, weil ich jetzt einfach auch gelassener bin und ich bin ehrlicher den Kindern gegenüber und ich bin auch ehrlicher mir gegenüber. Also, es hat einfach irgendwie etwas an diesem angespannt-in-die-Arbeit-Gehen und dem was-erwartet-mich-heute geändert. Also, ich gehe entspannt in die Arbeit. Also, das macht so eine Ausbildung schon auch aus“ (I. 2, Z. 137).

15.11 Dimension NACHBETREUUNG

Abschließende Dimension behandelt die Nachbetreuung der Kinder und Jugendlichen sobald sie aus dem stationären Kontext entlassen werden. Die Übergänge unterscheiden sich oftmals und werden an die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen angepasst. Weiters gilt es Formen des Abschlusses herauszufiltern und Nachbetreuungsmöglichkeiten in Erfahrung zu bringen.

Kategorie	Indikatoren
Abschluss	Auf der Station
	Persönlich
	Beispiele
Vernetzung	
Ambulante Nachsorge	

Kinder und Jugendliche aus dem stationären Kontext zu entlassen erfordert nicht immer eines organisierten Abschlusses. Dies hängt zumeist mit der Aufenthaltsform in Verbindung und gestaltet sich dementsprechend. Die Vernetzung zu anderen Einrichtungen, die Vermittlung zu Wohneinrichtungen, Verschaffung etwaiger Betreuungsmodalitäten oder Verweisung zu (sozial-) psychiatrischen Diensten unterliegt ebenfalls den individuellen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen als auch in weiterer Form deren Eltern bzw. Bezugspersonen. Oftmals werden Kontrolltermine im ambulanten Setting forciert, um den weiteren Genesungsverlauf zu beobachten und eine gelingende und positive Weiterentwicklung anzustreben.

Folglich gestaltet sich auch der Abschluss in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen sehr individuell. In den Befragungssituationen wurde deutlich, dass in den jeweiligen Einrichtungen Rituale entstanden sind, die sich auch bewährt haben. Nicht immer können Abschlussrituale durchgeführt werden, dies hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie beispielsweise der Aufenthaltsdauer oder gewissen Krankheitsbildern. In den Fällen, in denen Rituale durchgeführt werden, können diese unterschiedlich gestaltet sein:

„Wir haben da eine Abschlussfeier. Wo man sich mit allen Beteiligten, also, mit Patienten, Betreuer und wer da ist zusammensitzt, wo man das einfach noch kurz feiert, wo es eine Kleinigkeit zum Essen gibt und ein kleines Geschenk. Und man dann einfach so eine Runde macht was hat man gemeinsam erlebt, was war lustig, was wünscht man dem usw. Und wo man einfach auch wieder ressourcenorientiert auf das Positive schaut, was ist gut gelungen und was war einfach schön und ja. Und wo dann der Patient auch noch sagen kann was er so mitgenommen hat“ (I. 3, Z. 149).

„Das ist meistens so ein Zusammensitzen, es gibt was Gutes zum Essen, was derjenigen voll taugt und für die ganze Gruppe und dann werden einfach so Wünsche auch, was wünscht ihr demjenigen, der entlassen wird und ja. So eine Art Stärkungsrunde. Ja, das ist so unser Ritual. Da versuchen wir aber auch im Vorfeld zu besprechen, wie kannst du dir das vorstellen, wie würdest du das wollen, was soll es zum Essen geben, was möchtest du eher nicht haben, do damit es halt für alle irgendwie angenehm ist“ (I. 2, Z. 150-151).

„Dann gibt es noch ein T-Shirt von der Einrichtung und da unterschreiben dann auch alle und wenn sie dann irgendwas gibt, was dem Kind total gut gefällt wie jetzt zum Beispiel eine Comicfigur oder so, dann zeichnet man das da drauf. Also, so ein T-Shirt zur Erinnerung, Gruppenkreis, Ausflug und dann noch eine Photomappe. Wir machen halt Photos während dem Aufenthalt und einer im Team gestaltet dann so eine Mappe, dass ist dann meistens eh viel Arbeit. Das bekommen sie dann auch noch“ (I. 5, Z. 170).

Zusätzlich zum Abschlussritual haben SozialpädagogInnen die Möglichkeit, sich auch ganz individuell vom Kind oder Jugendlichen zu verabschieden. Dieser persönliche Abschluss ist nicht verpflichtend und kann demnach sehr individuell und einzigartig gestaltet werden:

„Habe ich noch nie gemacht, aber habe ich jetzt vor, dass ich – wenn der Jugendliche halt will – mich in unser Café hau. Das wir da zu zweit gemütlich Kaffee trinken oder so und dann so ein Feedback-Gespräch machen in Bezug auf kannst du dich noch erinnern wie es am Anfang war, welche Wege wir geschafft haben, was da alles war. Also, da auch ein bisschen anzuknüpfen und so zum Schauen, was du alles geschafft hast und ja, so zu einem guten Abschluss zu finden, ja“ (I. 2, Z. 158).

In einigen Fällen reicht die Abschlussfeier und ein persönliches Verabschieden aus und dadurch kann auch persönlich gut abgeschlossen werden. Sobald das Kind oder die/der Jugendliche entlassen wurde, können auch die Nachbereitungen zum positiven Abschluss beitragen. Der Auftrag der SozialpädagogInnen ist nicht beendet sobald PatientInnen die Einrichtung verlassen, nachstehende Tätigkeiten gilt es zu erledigen und diese tragen ihren Teil zur Beendigung des Aktes bei:

„Für mich war es immer so, ich gebe das Photo vom Kind raus aus dieser Aufhängung. Manchmal zerreiße ich es gleich und haue es weg, manchmal muss ich es noch ein bisschen liegen lassen, weil ich es nicht weg hauen will, dann haue ich es aber auch irgendwann weg. Dann das Bett abziehen, Bettzeug waschen, Fenster aufmachen. Im Team nochmal darüber reden und reflektieren, den Abschlussbericht schreiben, dann ist es, finde ich, auch ein bisschen weg. Das ist nichts Bewusstes, aber das gehört dazu, dann den Akt runterzubringen zur Sekretärin. Dann ist es auch weg, ja“ (I. 5, Z. 179).

Die Entlassung aus kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen ist oftmals mit weiterer Vernetzungsarbeit, bereits im Vorfeld, verbunden. Im Laufe der Betreuung und Behandlung kann deutlich werden, dass eine Rückführung in die Herkunftsfamilie bzw. in das Bezugssystem für die weitere Entwicklung nicht förderlich ist. In diesem Fall werden Vernetzungen mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe in Form von unterschiedlich konzipierten Wohngemeinschaften arrangiert bzw. die Fremdunterbringung thematisiert. Grundlegend ist diese Form der Vernetzung und des Informationsaustausches Aufgabengebiet der Fallführenden, jedoch tragen SozialpädagogInnen zu der gelingenden Weitervermittlung und Vernetzungsarbeit bei:

„Nach der Entlassung bekommen sie eben von uns den Abschlussbericht. Dann telefonieren wir auch manchmal mit den Betreuern von WG's. Jetzt war es auch häufig der Fall, dass wir zu denen gefahren sind, gerade wenn wir uns die WG angeschaut haben und da ist wer von uns auch gleich mitgefahren und hat geredet. Oder die sind zu uns hergekommen, das war jetzt auch schon ein paar Mal so. Also, treffen, telefonieren, mailen. Manchmal noch zum Kennenlernen und manchmal schon zur Übergabe“ (I. 5, Z. 172-173).

In manchen Fällen ist es sogar so, „dass man da vielleicht vorher auch schon mal schlafen kann oder einen Tag verbringt. Aber das kommt eher auf die WG an, wie die das haben wollen. Aber da gibt es schon andere Vorgespräche, dass das Kind halt schon weiß wo es hin kommt, wie es dort ausschaut und so weiter halt“ (I. 4, Z. 167), doch das erweist sich immer als sehr individuell und wird von Fall zu Fall entschieden.

Kinder und Jugendliche werden nach ihrer Entlassung aus dem stationären Setting teilweise zu ambulanten Nachsorgeterminen eingeladen. Dies hängt ebenfalls vom System ab, dem Krankheitsverlauf, der Störung per se aber auch der getroffenen Unterbringungsmaßnahmen:

„Wenn es jetzt zum Beispiel um eine Essstörung geht muss man auch in regelmäßigen Abständen kommen und ambulant schauen wie ist es mit dem Gewichtsverlauf, dass man den einfach gut im Auge hat, weil es halt dann oft schnell wieder kippt, dass die Patienten wieder abnehmen“ (I. 3, Z. 154).

Werden Kinder und Jugendliche zur ambulanten Nachsorge geladen, besuchen sie oftmals ihre Gruppe und tauschen sich mit ihren damaligen BetreuerInnen aus und besprechen den bisherigen Verlauf und wie es ihnen geht.

In Fällen der Fremdunterbringungen ist es weiters so, dass die Möglichkeit einer weiterlaufenden Vernetzung besteht und die BetreuerInnen der Wohngemeinschaften Kontakt aufnehmen können, sollte es Schwierigkeiten geben und ein gemeinsames Handeln erforderlich sein.

16 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Nach der vorangegangenen Aufstellung und Auswertung der Ergebnisse, folgen nun Rückschlüsse auf die, der Forschung zu Grunde liegende, Forschungsfrage. Im weiteren Verlauf werden qualitative Teile der Ergebnisse zusammengefasst und mit theoretischen Ansätzen in Verbindung gebracht.

Eingangs kann gesagt werden, dass die gewonnen qualitativen Ergebnisse vorliegender Forschungsarbeit viele Gemeinsamkeiten und Ähnlichkeiten zu der verwendeten Fachliteratur aufweisen. Wie bereits erwähnt, verfolgt die Forschungsfrage das Ziel, Methoden zur Aktivierung, Förderung und Stärkung von Ressourcen zu veranschaulichen, die Vorteile und den Bedarf der Vernetzungsarbeit zu diskutieren als auch eine Strukturierung des Alltags zu gewährleisten. Daher wurde die Forschungsfrage wie folgt formuliert:

Wie kann der Aufenthalt in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen durch sozialpädagogische Methoden und Herangehensweisen gefördert werden?

Ressourcenarbeit, Vernetzung und Lebenswelt- bzw. Alltagsorientierung gelten als die drei Säulen und stützen die Forschungsarbeit und waren auch Grundlage zur theoretischen Erarbeitung. Um eine spezifische Darstellung der Fragestellung zu forcieren, werden im Folgenden jene drei Bereiche theoretischer und empirischer Betrachtung unterzogen.

16.1 Ressourcenarbeit

Als in der Interviewsituation die Frage aufkam sich mit ressourcenorientierten Arbeiten auseinanderzusetzen und grundlegende Einstellung kund zu geben, waren sich die befragten Sozialpädagoginnen einig, zunächst zu erfassen, welche Fertigkeiten und Fähigkeiten Kinder und Jugendliche bereits erworben haben, wo ihre Stärken liegen, welche Interessen sie verfolgen und was Kinder und Jugendliche brauchen, um einen positiven Verlauf zu ermöglichen.

Die Ressourcenorientierung versteht sich als lösungsorientierte Herangehensweise und richtet ihren Schwerpunkt darauf, welche Potentiale bereits vorhanden sind und wie diese gefördert, ausgebaut und gestärkt werden können. Unter diesem Gesichtspunkt kann die Medizin insofern als Gegenstück verstanden werden, als dass Methoden und Herangehensweisen unter Ausrichtung der Defizitorientierung Verwendung finden (vgl. Möstl, 2009, S. 68).

Auch Galuske (2013, S. 218f) betont in seinen Ausführungen, dass der Blick auf die Ressourcen, Lebenssituationen sowie persönliche Stressfaktoren einen großen Beitrag zur ganzheitlichen Diagnostik leisten. Um ein einheitliches Bild in der Diagnostik zu erhalten, kommen den sozialpädagogischen Beobachtungen erhebliche Bedeutung zu. Auch in den Befragungen konnten die Sozialpädagoginnen von ihrem Beitrag durch das Beobachten berichten. SozialpädagogInnen arbeiten sehr nah an den Kindern und Jugendlichen und gelten meist als engste bzw. nächste Bezugsperson im stationären Setting. SozialpädagogInnen begleiten die Kinder und Jugendlichen durch den Alltag, sind vom Aufstehen bis zum Schlafengehen präsent und arbeiten gemeinsam mit den PatientInnen an Struktur, Regeln und Angeboten bzw. verbringen gemeinsam Zeit. In diesem Kontext ist es den SozialpädagogInnen möglich eine Vielzahl an Informationen bezüglich unterschiedlichster Bereiche bzw. Fragestellungen einzuholen, Differenzierungsphänomene zu entdecken, Präferenzen, Vorlieben und Talente zu erkennen und zu fördern als auch individuelle Strategien und Herangehensweisen festzustellen (vgl. ebd., S. 154f).

Die befragten Sozialpädagoginnen konnten in ihren Ausführungen auf einige Methoden verweisen, die angewendet werden um Kinder und Jugendliche während des Aufenthaltes zu fördern. Diese gehen teils mit den Beschreibungen von Methoden im theoretischen Teil der Arbeit konform. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen ressourcenaktivierende Methoden angewandt werden und Angebote demnach ausgerichtet werden. Kinder und Jugendliche erhalten teilweise die Möglichkeit der Mitbestimmung und Partizipation an der Auslegung der Angebote. Dies findet durch Gespräche, Nachfragen, gezielte Wunschäußerung oder durch Kinderkonferenzen statt. Die Angebotsspanne ist sehr breit aufgefächert und liefert für jedes Kind bzw. jede/n Jugendliche/n Chancen zur Entfaltung. Jene Spanne kann sich von sportlichen, kreativen Angeboten über die gemeinsame Gestaltung der Freizeit bis hin zu Trainingseinheiten sozialer Kompetenz, Sinnesschulungen oder gemeinsames Kochen, Backen usw. ziehen.

Methoden und Herangehensweisen, die mit den Auffassungen von Adam & Breithaupt-Peters (2010, S. 145ff) konform gehen, wären beispielsweise die Anwendung von der Schaffung sicherer Orte, Schatzkarten bzw. Notfallkoffern, Stressbarometern oder auch die Schaffung einer tragenden und vertrauensvollen Beziehungsstruktur der Kinder und Jugendlichen zu den SozialpädagogInnen.

Durch die Erstellung von Hausübungen und Anleitungen kann positiv zur Umsetzung im häuslichen Umfeld beigetragen werden. Ziel der ressourcenorientierten Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im stationären Kontext ist es, Selbstbestimmung und individuelle

Ressourcen und Kompetenzen zu stärken. Nach der Entlassung sollte es Kindern und Jugendlichen möglich sein, ihre eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vertrauen und diese gut in ihre individuelle Lebenswelt zu übertragen (vgl. Remschmidt, 2000, S. 452f).

16.2 Vernetzung

Um eine nachhaltige Förderung für Kinder und Jugendliche, die stationär untergebracht sind, zu forcieren ist es bedeutsam einen Blick auf die Vernetzungsarbeit zu werfen. Hierzu zählt neben der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und/oder Behörden auch die Arbeit mit den Eltern bzw. den Bezugspersonen. Die Vernetzungsarbeit per se wird zum Großteil durch das ärztliche Personal geleistet und fällt mit ihrem Gesamtausmaß nicht in das Aufgabengebiet der SozialpädagogInnen.

Die Vernetzungsarbeit mit Wohneinrichtungen, dem Jugendamt oder weiterführenden stationären Behandlungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche, die nach Entlassung fremduntergebracht werden, unterliegt einem guten Informationsaustausch. Hierfür sind alle Berufsgruppen gefordert, um einen einheitlichen und ganzheitlichen Abschlussbericht zu verfassen, der den Verlauf, Besonderheiten und Empfehlungen beinhaltet. Dieser wird dann an nachsorgende Einrichtungen übermittelt. Kinder und Jugendliche werden im Vorhinein gut auf die Übergabesituation vorbereitet und haben in einigen befragten Einrichtungen auch die Möglichkeit zunächst die Einrichtung kennenzulernen, dort eine Nacht zu verbringen und sich schrittweise an das neue Umfeld zu gewöhnen.

Im Zuge der Vernetzungsarbeit vor, während und teils auch nach dem stationären Aufenthalt ist es besonders wichtig mit den Eltern bzw. dem Bezugssystem in Kontakt zu treten. Neben der Verbindung zur Lebenswelt und der Umsetzung von ressourcenorientierten Methoden im häuslichen Umfeld ist für das nachhaltige Gelingen eines positiven Genesungsprozesses auch die Schaffung von Verständnis und Aufklärung seitens der Eltern bzw. Bezugspersonen besonders wichtig. In den Interviews wurde deutlich, dass der Elternarbeit bzw. der Arbeit mit dem Bezugssystem erheblicher Beitrag zugesprochen wird, jedoch für die sozialpädagogische Einbeziehung kaum Ressourcen vorhanden sind. Auch hier findet die primäre Vernetzung durch die Fallführenden statt. Jedoch kommt es immer wieder zu Berührungspunkten und zu Gesprächen mit den Eltern bzw. den Bezugspersonen. Die befragten Sozialpädagoginnen plädieren ähnlich wie Hurrelmann (2003, S. 9) darauf, Eltern bzw. Bezugspersonen einzubeziehen und gut aufzuklären. Oftmals herrscht große Überforderung im häuslichen Kontext, es kommt zu Überreaktionen, Gewalt, Rückzug und Vermeidung auf Seiten des Bezugssystems. Um Kindern und Jugendlichen eine Umgebung zu schaffen, die verständnisvoll auf ihr

Krankheitsbild eingehen kann, in Konfliktsituationen selbstregulierend auftreten kann und zeitgleich Liebe und Zuneigung zu signalisieren, bedarf es Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern und Bezugspersonen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für eine nachhaltige Förderung von Kindern und Jugendlichen auch das System eine tragende Rolle einnimmt. Oftmals sind Kinder und Jugendliche nur Symptomträger und es bedarf einer guten Zusammenarbeit mit dem häuslichen System. Die Vernetzung zwischen Bezugssystem und SozialpädagogInnen sollte noch ausgebaut werden, da hier wichtige Informationen weitergegeben werden können. Wie bereits erwähnt, verbringen SozialpädagogInnen den Alltag mit den PatientInnen und erhalten so Einblick in die Gefühlswelt, Lebenswelt und in das gesamte Innere der Kinder und Jugendlichen. Diese Informationen können auch den Bezugspersonen in ihrem Umgang weiterhelfen. Weiters wurde deutlich, dass eine gelingende Arbeit ohne Mitarbeit der Eltern bzw. der Bezugspersonen nicht möglich ist, da das Kind oder die/der Jugendliche im häuslichen Umfeld nicht weiter gefördert wird. Hier gilt es nach den befragten Sozialpädagoginnen noch einiges an weiterführender Arbeit zu leisten.

16.3 Alltags- und Lebensweltorientierung

Wie bereits in der theoretischen Ausführung behandelt, stellt die Alltagsorientierung und die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen einen Schwerpunkt dar. Diese Konzepte beziehen ressourcenorientiertes Vorgehen mit ein und versuchen, Menschen in ihrer aktuellen Lebenssituation wahrzunehmen und mit ihren individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Selbstständigkeit, Selbstbemächtigung und eigenständiger Alltagsführung zu ermächtigen (vgl. Grunwald & Thiersch, 2001, S. 1136).

Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen legen großen Wert darauf, Kinder und Jugendliche im Alltag zu unterstützen, Ressourcen zu aktivieren und in ihrer Selbstbemächtigung zu bestärken. Angebote sollen so ausgerichtet sein, dass sich diese mit der Lebenswelt verbinden lassen und so brauchbare Verbindungen hergestellt werden können, die in weiterer Folge auf die Sinnhaftigkeit des Erlernens neuer Kompetenzen hinweisen. Für Kinder und Jugendliche, die sich im stationären Kontext befinden, erweist sich dieser während dieser Zeit oftmals als Lebenswelt. Hierbei ist es bedeutsam, Kinder und Jugendliche in dieser Lebenswelt zu sehen, aber nicht zu vergessen aus welcher sie kommen und in welche sie auch wieder entlassen werden (vgl. Möstl, 2009, S. 69f). Galuske (2013, S. 147f) betont ebenfalls die Wichtigkeit der Lebensweltverbindung. Um ein symptomfreies Leben zu ermöglichen, bedarf es bereits in den Zielbeschreibungen individuelle Lebensumstände zu berücksichtigen und jene Ziele danach auszurichten.

In den durchgeführten Interviews konnte festgestellt werden, dass jeder Fall sehr individuell zu betrachten ist, Kinder und Jugendliche sehr persönliche Lebensgeschichten aufweisen und mitbringen und die Entscheidung für spezifische Herangehensweisen sehr individuell getroffen wird und auch getroffen werden muss. Es wurde darauf hingewiesen, dass es kein Patentrezept gibt und jeder Fall mit seinen Besonderheiten und Einflüssen individuell betrachtet werden muss. Es gilt die Geschichte der Kinder und Jugendlichen zu verstehen, Interesse für ihre Lage zu signalisieren und herauszufinden, welche Alltagsstruktur angenommen und weitergeführt werden kann. SozialpädagogInnen legen auch hier den Fokus auf Vernetzungsarbeit mit dem häuslichen Umfeld um spezifische Systeme zu erkennen und aufzuzeigen. Dadurch kann eine Neuorientierung entstehen, die wiederum dazu beitragen kann alte Muster zu durchbrechen, um somit einen gelingenden Alltag anzustreben.

Zusammenfassend kann demnach davon ausgegangen werden, dass die Lebenswelt einen erheblichen Beitrag zum Genesungsprozess leistet. Es gilt darauf zu achten, dass im stationären Kontext erlernte Methoden und Herangehensweisen auch in der normalen Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen umgesetzt werden können und Ressourcen weiterhin aktiv gestärkt und gefördert werden.

17 Ausblick und Fazit

Das Hauptaugenmerk der vorliegenden Masterarbeit liegt auf dem Zusammenspiel zwischen Sozialpädagogik und kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen. In der theoretischen Auseinandersetzung mit der Literatur als auch in der Durchführung der empirischen Studie wurde deutlich, dass die Disziplin der Sozialpädagogik in solchen Einrichtungen vergleichsweise jung ist und sich stetig neu organisiert und nach Verbesserungen strebt.

Wie durch die Darstellung der Ergebnisse ersichtlich wurde, wäre es für Kinder und Jugendliche förderlich, wenn die Weiterentwicklung bzw. Verbesserung auch weiterhin angestrebt wird.

Die Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten betreut werden, sind sehr rar und weisen oftmals eine lange Warteliste auf. Weiters verbringen die Kinder und Jugendlichen auch sehr viel Zeit in den Einrichtungen und verlassen dadurch ihre gewohnte Lebenswelt. Im Zuge der Behandlung als auch Betreuung wäre es wünschenswert und auch von Vorteil für die Kinder und Jugendlichen, wenn Vernetzungsarbeiten durch SozialpädagogInnen mehr beeinflusst werden könnten.

Das multiprofessionelle Team sieht die Sozialpädagogik als einen wichtigen Bestandteil in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen und diese wird in ihren Methoden auch sehr geschätzt. Der Stellenwert und die Anerkennung der sozialpädagogischen Arbeit in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen war nicht immer gegeben und musste erst hart erarbeitet werden. Diese Beständigkeit spricht für die Sozialpädagogik und so schaffen deren Professionellen stetig mehr Bewusstsein für die Wichtigkeit und Besonderheit des sozialpädagogischen Aufgabengebietes. Sozialpädagogik kann als eine tragende Säule fungieren, die es Kindern und Jugendlichen ermöglicht Vertrauen aufzubauen, Unsicherheiten abzubauen, Ressourcen zu stärken und ihren Selbstwert zu steigern. Diese Grundkompetenzen und viele mehr bilden eine tragende Grundlage für alle weiteren Behandlungen, Therapien sowie für die weitere individuelle Lebensgestaltung. Der Sozialpädagogik obliegt es auch genannte Vorurteile gegenüber dem Begriff der Psychiatrie abzubauen und Chancen aufzuzeigen, welche Kindern und Jugendlichen durch die Behandlung zu Teil werden. Hierfür ist eine gute Aufklärungsarbeit von Nöten sowie empathisches Vorgehen und der Aufbau einer tragfähigen Beziehungsstruktur.

Sozialpädagogik in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen bedeutet, in enger Verbindung zu den Kindern und Jugendlichen zu stehen, eine Alltagsstruktur vorzugeben, auf Individualität zu achten, verständnisvoll auf alle Gefühlslagen und Ausdrücke

einzugehen, Sicherheit zu schaffen, zu begleiten und noch vieles mehr. Zusammenfassend kann aus den geführten Interviews gesagt werden, dass SozialpädagogInnen versuchen all das zu machen/bieten/offerieren, was in einer gesunden Familie gemacht wird mit zusätzlichen sozialpädagogischen Methoden und Strategien. Dies stellt die Sozialpädagogik vor ein enorm großes Arbeitsgebiet mit ebenso vielen Möglichkeiten der Umsetzung und Förderung der Kinder und Jugendlichen.

Um den gesellschaftlichen Stellenwert der Sozialpädagogik in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen zu stärken, bedarf es weiterhin einer Sensibilisierung und guter Aufklärungsarbeit. Es sollte aufgezeigt werden, welche positiven Effekte durch gezielte Förderung und Betreuung hinsichtlich der Kompetenzen und Fähigkeiten seitens der Kinder und Jugendlichen entstehen können. Im Zuge der Arbeit mit den Eltern bzw. den Bezugspersonen wäre es wertvoll, wären für SozialpädagogInnen mehr Ressourcen vorhanden, um dieser Arbeit vermehrt nachzugehen und eine gelingende Rückführung zu forcieren. Es braucht gezielte Beratungsangebote und verstärkte Vernetzungsarbeit, um einen funktionierenden Alltag zu gewährleisten.

Diesbezüglich könnte diese Forschung weitergeführt werden. Um die Bedeutung der Sozialpädagogik in jenen Einrichtungen zu untermauern, könnten Kinder und Jugendliche befragt werden, die stationär betreut wurden. Weiters könnte das Augenmerk auf Eltern bzw. Bezugspersonen und deren Wünsche, Ängste, Sorgen usw. gelegt werden, um diesem Feld mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Eine weitere Idee wäre, der Ausbau solcher Einrichtungen um mehr Verfügbarkeit zu erreichen und schneller und effektiver einzugreifen, um die Aufenthalte eventuell zeitlich zu reduzieren.

Wünschenswert wäre es, wenn diese Masterarbeit dazu beitragen könnte, die Besonderheit der Sozialpädagogik in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen aufzuzeigen. Ebenfalls wäre es erstrebenswert darzustellen, welchen enormen Beitrag die Stärkung von Ressourcen im Kindes- bzw. Jugendalter hinsichtlich der weiteren Entwicklung und der Selbstentfaltung leisten kann.

18 Literaturverzeichnis

Adam, A. & Breithaupt-Peters, M. (2010). Persönlichkeitsentwicklungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Ein integrativer Ansatz für die psychotherapeutische und sozialpädagogische Praxis (2., überarbeitete Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

Adl-Amini, B. (2002). Krisenpädagogik. Band 1: Veränderung und Sinn. Darmstadt: Syllabus.

Adl-Amini, B. (2010). Das Konzept der Ausbildung in Krisenpädagogik. In: <http://www.krisenpaedagogik.de> [16.02.2017].

Ärztegesetz. (1998). Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztegesetz. Fassung vom 10.01.2017. In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138> [10.01.2017]

Bamberger, G. (2010). Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch. Weinheim: Beltz.

Berking, M. (2012). Was ist Klinische Psychologie? In: Berking, M. & Rief, W. (Hrsg.). Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor Band I: Grundlagen und Störungswissen Lesen, Hören, Lernen im Web (S. 1-8). Berlin Heidelberg: Springer.

Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz. (2013). Gesamte Rechtsvorschrift für Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz. Fassung vom 21.02.2017. In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008375&ShowPrintPreview=True> [21.02.2017].

Bundesministerium für Familien und Jugend. (2017). Kinderrechtekonvention. Leitidee zu den Kinderrechten. In: <http://www.kinderrechte.gv.at/kinderrechtekonvention/> [15.02.2017].

- Bundesministerium für Gesundheit.** (2010). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010. In:
http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/oesg_2010_-_gesamt__stand_26.11.2010.pdf [31.12.2016].
- Bundesministerium für Gesundheit.** (2013). Außerstationäre psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Bundesministerium für Gesundheit.** (2015). Integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Arbeitsfortschrittsbericht. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Bundesministerium für Gesundheit.** (2016). Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Ergebnisbericht. In:
<http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/9/7/CH1357/CMS1453376559886/kinderjugendgesundheitsbericht.pdf> [10.01.2017].
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Abteilung I/5c – Sonderpädagogik.** (2010). Unterricht für Kinder und Jugendliche im medizinisch-therapeutischen Umfeld. Heilstättenschulen in Österreich. Wien: Eduard Hölzl GesmbH.
- Bundesärztekammer.** (1992). Richtlinien der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In:
http://www.bundes_aerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO_1992/11MWBO1.pdf [30.12.2016].
- Borchard-Tuch, C.** (2008). Wenn Kindern nichts mehr Freude macht. In:
<http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=5490> [30.01.2017].
- Ciampi, L.** (2010). Sozialpsychiatrie Gestern, Heute und Morgen. Auf dem Weg zu einer modernen Neuro-Soziopsychiatrie. In:
http://www.ciampi.com/pdf/Sozialpsychiatrie_gestern_heute_morgen.pdf [30.12.2016].

- Clausen, J. & Eichenbrenner, I.** (2016). Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Denner, S.** (2008). Darstellung der zentralen Begrifflichkeiten. In: Denner, S. (Hrsg.). Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (S. 13-22). Stuttgart: Kohlhammer.
- Denner, S.** (2008). Zur Bedeutung von Neurobiologie, Psychodynamik sowie Medikation für sozialpädagogisches Fallverstehen und adäquate Hilfeprozesse. In: Denner, S. (Hrsg.). Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (S. 23-56). Stuttgart: Kohlhammer.
- Denner, S.** (2008). Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit mit psychisch kranken und seelische behinderten Kindern und Jugendlichen – ein Überblick. In: Denner, S. (Hrsg.). Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (S. 57-67). Stuttgart: Kohlhammer.
- Denner, S.** (2008). Das System der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Denner, S. (Hrsg.). Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (S. 71-84). Stuttgart: Kohlhammer.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).** (2016). ICD-10-WHO. <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/index.htm> [27.12.2016].
- EACH.** (2006). Die EACH Charta & Erläuterungen. In: http://www.kib.or.at/fileadmin/user_upload/EACH_Web.pdf [15.02.17].
- Fegert, J. & Kölch, M.** (Hrsg.) (2013). Klinikmanual. Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (2., überarbeitet und erweiterte Auflage). Berlin und Heidelberg: Springer.
- Flick, U.** (2002). Qualitative Sozialforschung – eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.

- Friebertshäuser, B. & Langer, A.** (2013). Interviewformen und Interviewpraxis. In: Friebertshäuser, B. & Langer, A. & Prengel, A. (Hrsg.). Handbuch. Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München: Beltz Verlag. S. 437-457.
- Friedmann, A. & Thau, K.** (1992). Leitfaden der Psychiatrie (4., überarbeitete Auflage). Wien München Bern: Wilhelm Maudrich.
- Gahleitner, S. & Pauls, H.** (2013). Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In: Gahleitner, S. & Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.): Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 5 (S. 61-79). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Galuske, M.** (2013). Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Gammer, C.** (2007). Die Stimme des Kindes in der Familientherapie. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Generalversammlung HOPE.** (2000). Die Charta der Schulrechte des kranken Kindes. In: http://www.hospitalteachers.eu/wp-content/uploads/hopecharter_de.pdf [10.02.2017].
- Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit.** (2017). Tagesstrukturen. In: <http://gfsg.at/tagesstrukturen> [18.02.2017].
- Grunwald, K. & Thiersch, H.** (2001). Zur Entwicklung des Konzepts Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Otto, H.-U. & Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik (S. 1136-1159). Neuwied: Luchterhand.
- Hauschild, J.** (2012). Katalog der Störungen. In: <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/dsm-5-das-neue-handbuch-fuer-psychische-stoerungen-und-diagnosen-a-838447.html> [04.12.2016].

- Hermer, M.** (2014). Wochenreflexion. In: Fliegel, S. & Kämmerer, A. (Hrsg.). Psychotherapeutische Schätze. 101 bewährte Methoden für die Praxis (S. 215-217). Tübingen: dgvt.
- Hiebl, J.** (2009). Kinderrechte. Sozialpädagogische Impulse, 4, S.40
- Hiebl, J.** (2013). Zeitgemäße Kinder- und Jugendhilfe. Sozialpädagogische Impulse, 2, S. 44
- Höwler, E.** (2016). Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen. Berlin Heidelberg: Springer.
- HPZ: Heilpädagogisches Zentrum des Landes Steiermark.** (2017). Stationärer Bereich. In: <http://www.soziales.steiermark.at/cms/ziel/4819501/DE/#tb8> [10.02.2017].
- Hurrelmann, K.** (2003). Vorwort. In: Tschöpe- Scheffler, S.: Elternkurse auf dem Prüfstand. Wie Erziehung wieder Freude macht (S. 9-10). Opladen: Leske und Budrich.
- Hussy, W. & Schreiner, M. & Echterhoff, G.** (2010). Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. Berlin: Springer.
- Jaeggi, E.** (2011). Zu heilen die zerstoßenen Herzen. Die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschenbilder. Köln: Anaconda.
- Kaiser, R.** (2014). Qualitative Experteninterviews – Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Wiesbaden: Springer VS Fachmedien.
- KAKuG.** (1957). Gesamte Rechtsvorschrift für Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz. Fassung vom 10.01.2017. In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285> [10.01.2017].

KALG. (1998). Gesamte Rechtsvorschrift für Landes-Krankenanstaltenplan. Fassung vom 10.01.2017. In:
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20000796> [10.01.2017].

Kapp, F. (2014). Die Ressourcen-Waage. In: Fliegel, S. & Kämmerer, A. (Hrsg.). Psychotherapeutische Schätze. 101 bewährte Methoden für die Praxis (S. 151). Tübingen: dgvt.

Klemenz, B. (2003). Ressourcenorientierte Kindertherapie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 52 (5), 297-315. Saarland: Vandenhoeck & Ruprecht.

Klicpera, C. & Gasteiger-Klicpera, B. (2007). Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Wien: Facultas.

Kölch, M. & Allroggen, M. & Fegert, J. (2013). Kontakt mit der Jugendhilfe – Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, J. & Kölch, M. (Hrsg.). Klinikmanual. Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (2., überarbeitet und erweiterte Auflage) (S. 514-521). Berlin und Heidelberg: Springer.

Kölch, M. & Allroggen, M. & Fegert, J. (2013). Rechtliche Aspekte und ethische Fragen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, J. & Kölch, M. (Hrsg.). Klinikmanual. Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (2., überarbeitet und erweiterte Auflage) (S. 468-476). Berlin und Heidelberg: Springer.

Kölch, M. & Plener, P. & Kranzeder, A. & Fegert, J. (2013). Pharmakotherapie – Psychopharmaka in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, J. & Kölch, M. (Hrsg.). Klinikmanual. Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (2., überarbeitet und erweiterte Auflage) (S. 439-467). Berlin und Heidelberg: Springer.

Kreisman, J. J. & Straus, H. (2014). Ich hasse dich - verlass mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. München: Kösel.

Kruse, J. (2015). Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz (2. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

- Lamnek, S.** (2010). Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz Juventa.
- LKH Graz Süd-West.** (2017). Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie. In: <http://www.lkh-graz-sw.at/cms/beitrag/10005858/2171282> [10.02.2017].
- LKH Hochsteiermark.** (2017). Dislozierte Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. In: <http://www.lkh-hochsteiermark.at/cms/beitrag/10316246/9346434/?qu=> [10.02.2017].
- Mayring, P.** (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz Juventa.
- Mayring, P.** (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (11. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Möstl, S.** (2009). Erziehungsbedürftig oder krank? Grenzfälle und Kooperationen zwischen stationären Einrichtungen der Jugendwohlfahrt und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Steiermark. Dissertation, Karl-Franzens-Universität, Graz.
- Müller, B.** (2006). Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit (4., vollständig überarbeitete Auflage). Freiburg: Lambertus.
- Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.** (2016). ÖGKJP Vorstand und Versorgung. In: <http://www.oegkjp.at> [30.12.2016].
- Pankoke, U.** (2008). Soziale Arbeit mit minderjährigen Sexualtätern in der Jugendhilfe. In: Denner, S. (Hrsg.). Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (S. 206-217). Stuttgart: Kohlhammer.
- Pantucek, P.** (2012). Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Wien: Böhlau.

- Pauls, H.** (2013). Klinisch Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung (3. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Petermann, F. & Schmidt, M. H.** (2006). Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? Kindheit und Entwicklung, 15 (2), 118-127. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F.** (2013). Psychologie des Vertrauens (4., überarbeitete Auflage). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Rief, W. & Stenzel N.** (2012). Diagnostik und Klassifikation. In: Berking, M. & Rief, W. (Hrsg.). Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor Band I: Grundlagen und Störungswissen Lesen, Hören, Lernen im Web (S. 9-17). Berlin Heidelberg: Springer.
- Rießland-Seifert, A. & Wrobel, M.** (2009): Kooperation im multiprofessionellen Team in der Psychiatrie. In:
http://www.oegpp.at/dokumente/Multiprofessionelle_Teams.doc. [02.01.2017].
- Reimann-Merse, M.** (2008). Soziale Arbeit in einer stationären pädagogisch-therapeutischen Nachsorgeeinrichtung für psychisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene. In: Denner, S. (Hrsg.). Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (S. 177-189). Stuttgart: Kohlhammer.
- Remschmidt, H.** (2000). Klassifikation psychischer Störungen. In: Remschmidt, H.(Hrsg.). Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung (3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage) (S. 95-97). Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H.** (2000). Organisations- und Strukturfragen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. In: Remschmidt, H.(Hrsg.). Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung (3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage) (S. 430-456). Stuttgart: Thieme.
- Reinker, J. & Müller, H.** (2008). Pädagogischer Dienst auf einer allgemeinpsychiatrischen Station einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Denner, S. (Hrsg.). Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (S. 85-99). Stuttgart: Kohlhammer.

- Retzlaff, R.** (2013). Einführung in die systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Carl-Auer.
- Rossmann, P.** (2010). Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Bern: Hans Huber.
- Schulz, E. & Fleischhaker, C. & Wehmeier, P.** (2000). Medikamentöse Behandlung. In: Remschmidt, H.(Hrsg.). Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung (3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage) (S. 391-400). Stuttgart: Thieme.
- Schmidt, M.** (1999). Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kompendium für Ärzte, Psychologen, Sozial- und Sonderpädagogen (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Schöny, W. & Sulzbacher, A.** (2001). Geschichte der Sozialpsychiatrie. Spectrum Psychiatrie. Linz: MedMedia.
- Staudinger, R.** (2005/2008). Kinder haben Rechte. In:
http://www.kinderkrankenpflege.at/media/file/67_FBA_Staudinger_-_Kinder_haben_Rechte.pdf [10.02.2017].
- Thiersch, H.** (1992). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim: Beltz Juventa.
- Tomke, M.** (2008). Pädagogischer Dienst auf einer Station zur Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Denner, S. (Hrsg.). Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (S. 100-112). Stuttgart: Kohlhammer.
- UbG.** (1990). Gesamte Rechtsvorschrift für Unterbringungsgesetz. Fassung vom 07.01.2017. In:
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936#header> [10.01.2017].

- UN-Kinderrechtskonvention.** (1990). Un-Konvention über die Rechte des Kindes. Präambel. In: <https://www.unicef.at/fileadmin/media/Kinderrechte/crcger.pdf> [10.01.2017].
- Vetter, B.** (2007). Psychiatrie. Ein systematisches Lehrbuch (7. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- WHO.** (2016). Classifikations. In: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> [27.12.2016].
- Will, W.** (2008). Schulische Bildung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher an der Schule für Kranke. In: Denner, S. (Hrsg.). Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (S. 237-247). Stuttgart: Kohlhammer.