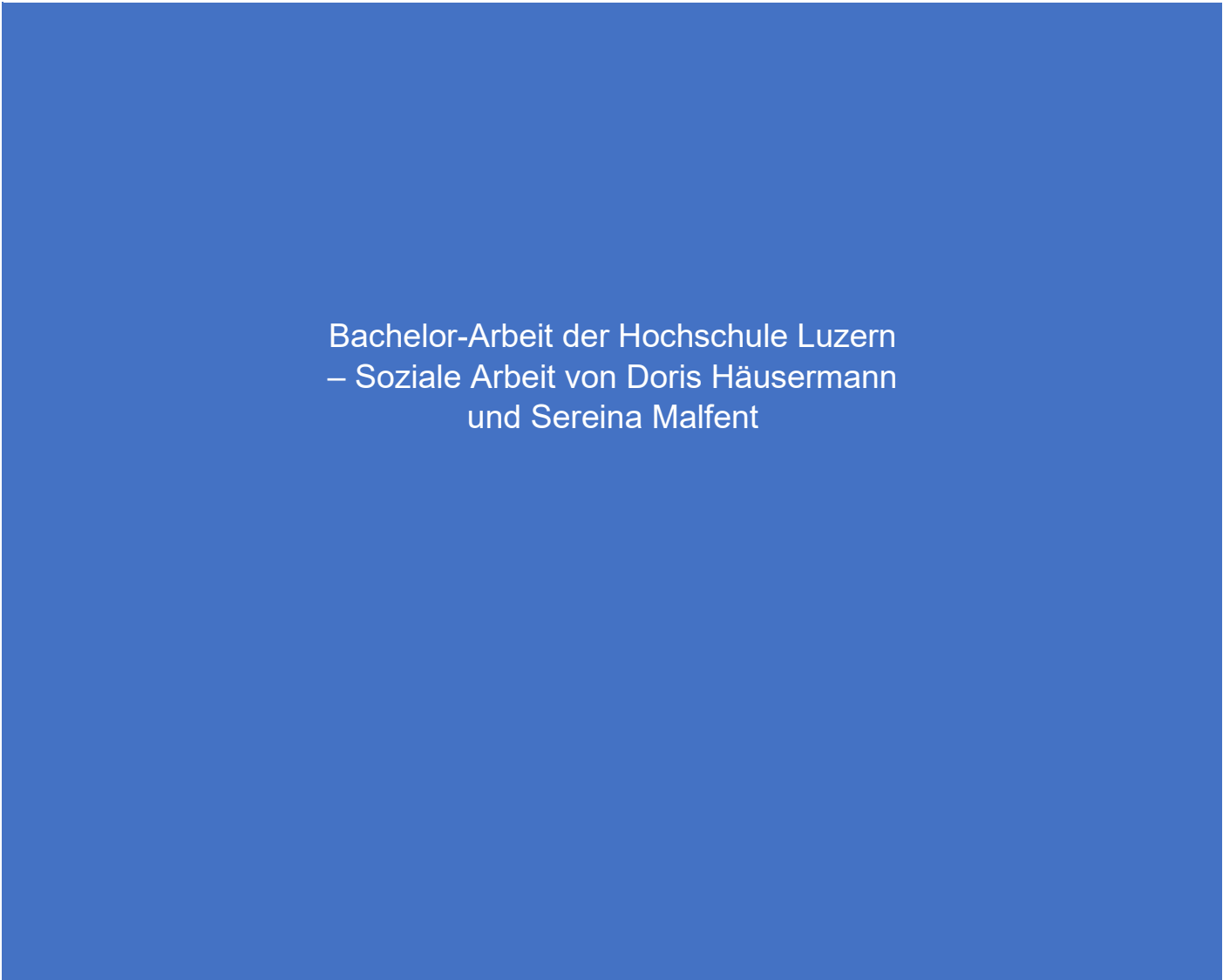


Und dann?! Möglichkeiten der Sozialpädagogik bei der
Begleitung von Übergängen im Arbeitsfeld Kinder- und
Jugendpsychiatrie



Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern
– Soziale Arbeit von Doris Häusermann
und Sereina Malfent

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialpädagogik**
Kurs **TZ/BB 2015-2019/2**

Doris Häusermann und Sereina Malfent

Und dann?!
**Möglichkeiten der Sozialpädagogik bei der Begleitung von Übergängen im Arbeitsfeld
Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2019 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialpädagogik**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2019

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

Abstract

In der vorliegenden Forschungsarbeit befassen sich die Autorinnen Doris Häusermann und Sereina Malfent mit dem Thema Übergänge in eine Anschlusslösung nach einem stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie stellen sich dabei die Frage, welchen Beitrag die Sozialpädagogik im Alltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie leisten kann, damit solche Übergänge in Anschlusslösungen gelingen können. Die Ergebnisse einer qualitativen Forschung mittels Gruppeninterviews mit interdisziplinären Teams sowie Einzelinterviews mit sozialpädagogischen Fachpersonen zeigen auf, dass das Suchen und Finden von Anschlusslösungen für Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie herausfordernde Aufgaben sind. Der jeweilige individuelle Bedarf, das Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten sowie auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie geeignete Angebote und vorhandene Plätze spielen dabei eine Rolle. Ebenfalls konnte festgestellt werden, dass die Sozialpädagogik Potenzial birgt für die Gestaltung und Begleitung von Übergängen in Anschlusslösungen. Damit das Potenzial von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie anderen Fachpersonen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollständig ausgenutzt werden kann, braucht es eine klare Strukturierung der Austrittsprozesse sowie eine funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit. Durch das Aufzeigen von Optimierungsmöglichkeiten für den Behandlungsalltag, einer sozialpädagogischen Sichtweise auf psychische Erkrankungen und die Diskussion von gesellschaftspolitischen Herausforderungen möchte die Arbeit einen konstruktiven Beitrag für das Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie leisten.

Dank

Die Autorinnen bedanken sich an dieser Stelle herzlich bei der Schweizerischen Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Unterstützung der Forschung und den Mitarbeitenden, welche sich freiwillig für die Interviews zur Verfügung gestellt haben. Ohne die Möglichkeit, viele verschiedene Berufsleute zu interviewen, wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

Ein weiterer Dank richtet sich an Prof. Dr. Sven Huber und Anita Glatt für die kompetente und aufschlussreiche Beratung im Rahmen der Fachpoolgespräche. Zudem bedanken sich die Autorinnen herzlich bei den Korrekturlesenden Davina Malfent, Carina Joos und Daniel Dubouloz. Zuletzt gebührt der Dank den Familien und Partner der Autorinnen für ihr Verständnis und die Unterstützung während des gesamten Studiums sowie des Zeitraumes der Erstellung der vorliegenden Bachelorarbeit.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
Dank	2
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	6
1 Einleitung	7
1.1 Ausgangslage	7
1.2 Fragestellungen	8
1.3 Motivation und Ziele	8
1.4 Berufsrelevanz und Adressatenschaft	9
1.5 Aufbau der Bachelorarbeit	9
2 Sozialpädagogik im Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie	10
2.1 Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie	10
2.1.1 Auftrag	10
2.1.2 Klientel	12
2.1.3 Aufgaben	13
2.1.4 Beteiligte Professionelle	15
2.1.5 Herausforderungen und Grenzen	16
2.1.6 Zusammenfassung	19
2.2 Positionierung der Sozialpädagogik im Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie	19
2.2.1 Sozialpädagogische Grundlagen und Arbeitsprinzipien	19
2.2.2 Sozialpädagogischer Auftrag und Ziele in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	23
2.2.3 Zusammenfassung	26
3 Sozialpädagogische Begleitung von Übergängen in Anschlusslösungen	28
3.1 Übergänge im Alter von 12 bis 18 Jahren	28
3.1.1 Definition von Übergängen	28
3.1.2 Entwicklungsaufgaben im Jugend- und jungen Erwachsenenalter	29
3.1.3 Resilienzkonzept: Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung	31
3.1.4 Übergänge im Stressmodell	33
3.1.5 Bewältigung von Übergängen	34
3.1.6 Zusammenfassung	37
3.2 Anschlusslösungen nach einem stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und deren Herausforderungen	38
3.2.1 Familiäre Anschlusslösungen	39
3.2.2 Ambulante Anschlusslösungen	41
3.2.3 Stationäre Anschlusslösungen	42
3.2.4 Zusammenfassung	43
3.3 Sozialpädagogik und Begleitung von Übergängen in eine Anschlusslösung	43
3.3.1 Aufgaben der Sozialpädagogik bei der Gestaltung von Übergängen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in eine Anschlusslösung	44
3.3.2 Haltung	45

3.3.3 Vorbereitung und Strukturierung	45
3.3.4 Handlungsansätze und Methodenrepertoire	46
3.3.5 Zusammenfassung	49
4 Methodisches Vorgehen	50
4.1 Forschungsthema und Forschungsfragen	50
4.2 Forschungsdesign	51
4.2.1 Qualitative Forschung.....	53
4.2.2 Sampling und Stichprobe	54
4.2.3 Methoden (Einzelinterview, Gruppeninterview).....	55
4.2.4 Durchführung / Datenerhebung	56
4.2.5 Datenaufbereitung und Datenauswertung.....	57
5 Forschungsergebnisse	58
5.1. Darstellung allgemeiner Ergebnisse	58
5.2 Ergebnisdarstellung erste Forschungsfrage.....	59
5.2.1 Individualität des Patienten / der Patientin	59
5.2.2 Umfeld des Patienten / der Patientin	61
5.2.3 Strukturelle Rahmenbedingungen	62
5.2.4 Fazit	64
5.3 Diskussion erste Forschungsfrage	64
5.3.1 Kriterium Individualität und Miteinbezug.....	64
5.3.2 Kriterium soziale Netzwerke und soziale Unterstützung	65
5.3.3 Grenzen	65
5.4 Ergebnisdarstellung zweite Forschungsfrage	66
5.4.1 Aufgaben der Sozialpädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	67
5.4.2 Aktuelle Position der Sozialpädagogik	68
5.4.3 Potenzial der Sozialpädagogik	69
5.4.4 Fazit	70
5.5 Diskussion zweite Fragestellung	70
5.5.1 Aufgaben und Rolle der Sozialpädagogik im Alltag der Kinder- und	70
5.5.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	71
5.6 Möglichkeiten für die Sozialpädagogik	73
5.7 Handlungsempfehlungen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie	75
6 Fazit.....	78
6.1 Zusammenfassung und Beantwortung der Fragestellung	78
6.2 Schlussfolgerungen und Ausblick	79
7 Literaturverzeichnis	82
8 Anhang.....	87

Hinweis: Alle Kapitel der vorliegenden Bachelor-Arbeit wurden von beiden Autorinnen gemeinsam verfasst.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beteiligte Personen in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie	17
Abbildung 2: Lebensweltorientierung	24
Abbildung 3: Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz nach Havighurst.....	32
Abbildung 4: Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung.....	34
Abbildung 5: Schutzfaktoren.....	35
Abbildung 6: Vulnerabilitäts-Stress-Modell.....	36
Abbildung 7: Ressourcen.....	38
Abbildung 8: Familiäre Anschlusslösungen.....	41
Abbildung 9: Ambulante Anschlusslösungen.....	43
Abbildung 10: Stationäre Anschlusslösungen.....	44
Abbildung 11: Sozialpädagogisches Handeln.....	47
Abbildung 12: Kategorien eines Forschungsdesigns.....	53
Abbildung 13: Basisdesigns qualitativer Forschung.....	56

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sozialpädagogische Ziele.....	27
Tabelle 2: Welches Forschungsparadigma?.....	55
Tabelle 3: Zusammensetzung Interviews.....	58
Tabelle 4: Allgemeine Ergebnisse.....	60

1 Einleitung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie als junges Arbeitsfeld der Sozialpädagogik und Übergänge als wichtiges Thema der Sozialpädagogik. Eine spannende Kombination zweier Themen, die in der folgenden Arbeit genauer betrachtet werden.

In diesem ersten Kapitel wird zuerst die Ausgangslage beschrieben, dabei wird die Forschungs- und Literaturlücke aufgezeigt und daraus die Motivation, die Ziele sowie die Forschungsfragen abgeleitet. Im Anschluss gehen die Autorinnen auf die Berufsrelevanz ein und die Erläuterungen zum Aufbau der Arbeit schliessen dieses Kapitel ab.

1.1 Ausgangslage

Die Zeit zwischen dem 12. und dem 18. Lebensjahr gilt bei jedem Menschen als besonders herausfordernd. Daher ist es nicht erstaunlich, dass weltweit über 20% der Kinder und Jugendlichen an einer psychischen Erkrankung leiden. Psychische Erkrankungen führen meist dazu, dass die Bewältigung der Lebensaufgaben beeinträchtigt und gefährdet wird (Sonja Kirchweger, 2010, S. 272-274).

Um psychische Erkrankungen zu behandeln, nehmen viele Kinder und Jugendliche das Angebot eines stationären psychiatrischen Aufenthaltes in Anspruch. Dabei gilt es, eine Diagnostik durchzuführen um anschliessend die notwendige Behandlung durchzuführen sowie eine Anschlusslösung zu finden (Christine M. Freitag, 2012, S. 26). Dabei werden die Fachpersonen laut Norbert Beck (2012) mit unterschiedlichen Menschen und somit auch Herausforderungen konfrontiert. Dies können in Form von verschiedensten Erkrankungen, Kulturkreisen, Sprachen, schwere Biografien und vieles mehr sein (S. 67).

Nicht alle Patientinnen und Patienten können nach einem stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zurück in ihr Zuhause respektive in ihre gewohnte Umgebung. Oftmals benötigt es eine anderweitige Anschlusslösung, was sich während des gesamten Prozesses in der Klinik zeigt (Stefan Blülle, 2013, S. 27). Solche Übergänge sind nicht die einzigen, welche Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung meistern müssen. Deshalb setzt sich die Sozialpädagogik insbesondere mit Übergängen auseinander und sollte sich im Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie darauf fokussieren, dass Übergänge für Betroffene gelingend gestaltet werden können (Inge Seiffge-Krenke, 2012, S. 247; Kathy Weinhold & Frank Nestmann, 2012, S. 53-54).

Da sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie als junges Arbeitsfeld der Sozialpädagogik zeigt, liegen im Bereich Anschlusslösungen noch kaum Forschungen vor. Daher gehen die Autorinnen davon aus, dass es keine expliziten Kriterien für Fachpersonen der Sozialen Arbeit sowie dem Gesundheitswesen gibt, nach welchen entschieden wird, wohin es für die Betroffenen nach einem Aufenthalt geht. Daher wird nachfolgend der Fokus auf die gelebte

Praxis und den damit einhergehenden Kriterien gelegt. Ebenso wird erforscht, welchen Beitrag die Sozialpädagogik dabei spielt.

1.2 Fragestellungen

Aufgrund der oben genannten Ausgangslage haben sich die Autorinnen intensiv mit konkreten Fragestellungen auseinandergesetzt. Um die Grundlagen der Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie den sozialpädagogischen Beitrag darin aufzuzeigen, haben sich die Autorinnen für folgende zwei Grundfragen entschieden:

1. Welchen Auftrag hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie und welchen Herausforderungen muss sie sich hinsichtlich des Übergangs in eine Anschlusslösung stellen?
2. Welchen Beitrag leistet die Sozialpädagogik im Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie bei der Gestaltung von Übergängen in eine Anschlusslösung?

Aufbauend auf den grundlegenden Fragestellungen, haben die Autorinnen den Forschungsbereich wie folgt eingegrenzt:

3. Forschungsfrage: Nach welchen Kriterien entscheiden die Professionellen, welche Anschlusslösung für die jeweilige Person in Frage kommt?
4. Forschungsfrage: Welche Position nimmt die Sozialpädagogik dabei ein und wie nimmt sie ihre Einflussmöglichkeit wahr?

Um die sozialpädagogischen Möglichkeiten explizit zu erwähnen, entschieden sich die Autorinnen dazu, eine gesonderte Frage zu konzipieren. Dies soll vor allem auch zukünftigen Berufsleuten dienen, sich mit ihrer Aufgabe und Rolle auseinander zu setzen und sich für den Beruf der Sozialpädagogik stark zu machen.

5. Welche Möglichkeiten ergeben sich für die Sozialpädagogik bei der Begleitung von Übergängen im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

1.3 Motivation und Ziele

Wie sich in der Ausgangslage herausstellte, ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein junges Fachgebiet, was für die Autorinnen eine besonders grosse Motivation ist, sich explizit mit dieser Disziplin auseinander zu setzen. Konfrontiert mit dem Thema Übergänge während des gesamten Studiums der Sozialpädagogik sowie der Erfahrung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, vereinen die Autorinnen somit zwei wichtige Themen. Dies führt zu den Zielen, welche sich die Autorinnen für die Arbeit vorgenommen haben:

- Das Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bereich Sozialpädagogik aufzuzeigen und erläutern.

- Den Beitrag der Sozialpädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, mit Fokus Übergänge in eine Anschlusslösung, zu eruieren und aufzeigen, weshalb es die Sozialpädagogik benötigt.
- Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu forschen, wie entschieden wird wohin es nach einem Aufenthalt geht und wer welche Einflussnahme hat.
- Möglichkeiten für die Sozialpädagogik zu erarbeiten, den Wissensstand auffüllen und aufzeigen, was zukünftig möglich ist für die Sozialpädagogik

1.4 Berufsrelevanz und Adressatenschaft

Die Berufsrelevanz wird durch die Ziele sowie Fragestellungen bereits aufgezeigt: Es gilt laut Berufskodex der Sozialen Arbeit (2010), dass sich die berufliche Praxis auf wissenschaftlich fundierte Grundlagen stützt (S. 6). Dies führt dazu, dass die Autorinnen mit ihrer Arbeit einen Teil zur Wissenschaft beitragen können und auf weitere Lücken in der Forschung aufmerksam machen. Ausserdem wollen die Autorinnen sich für die Sozialpädagogik einsetzen und somit erreichen, dass sie ihren Teil zur interdisziplinären Arbeit beitragen.

Daraus entsteht die Adressatenschaft für die vorliegende Arbeit:

- Angehende Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen
- Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter
- Pflegefachpersonen
- Fachpersonen der Medizin und Psychologie
- Mitarbeitende der Kinder- und Jugendpsychiatrie

1.5 Aufbau der Bachelorarbeit

Zu Beginn des ersten Kapitels steht das Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Fokus, in welchem die Klientel sowie Beteiligte erläutert werden. Ebenfalls geht es darum, auf Herausforderungen und Grenzen einzugehen und am Schluss auf die Positionierung der Sozialpädagogik im Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie einzugehen. Im zweiten Kapitel wird die sozialpädagogische Begleitung in eine Anschlusslösung anhand verschiedener Modelle aufgezeigt. Dabei geht es zu Beginn um die Definition von Übergängen, nachfolgend um die verschiedenen Entwicklungsaufgaben, um abschliessend auf die Bewältigungskonzepte und -möglichkeiten von Kindern und Jugendlichen einzugehen. In Anschluss daran werden die verschiedensten Anschlusslösungen nach einem stationären Aufenthalt aufgezeigt, um den Lesenden einen Einblick in die Vielfalt der Lösungen zu ermöglichen. Zum Abschluss behandeln die Autorinnen die Aufgaben der Sozialpädagogik bei der Gestaltung von Übergängen, in welchem Teil auch auf die sozialpädagogischen Handlungsansätze eingegangen wird.

Darauf folgt der Einblick in das methodische Vorgehen, welches aufzeigt, wie die Autorinnen die Forschung erarbeiten und welche Instrumente dafür genutzt werden. Anschliessend werden in einer umfassenden Darstellung die Forschungsergebnisse präsentiert sowie anhand der Grundlagen diskutiert. Dabei wird auf die verschiedenen Themen wie Individualität, Umfeld und strukturelle Rahmenbedingungen eingegangen. Abgerundet wird der letzte Teil mit den Möglichkeiten sowie Handlungsempfehlungen für die Sozialpädagogik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie.

2 Sozialpädagogik im Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie

2.1 Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie

Weltweit leiden über 20% der Kinder und Jugendlichen an einer psychischen Erkrankung, schreibt Kirchwegger (2010), welche sich in ihren Aussagen auf Angaben der WHO stützt. Besonders in der Zeit zwischen dem 5. und 12. Lebensjahr gilt es, die Balance zwischen Disziplin und Pflichtgefühl sowie Entfaltung und Freiheit zu lernen. In der Zeit zwischen dem 12. und dem 18. Lebensjahr steht die eigene Identitätsfindung, eine herausfordernde Aufgabe, im Fokus. Um all diese Entwicklungsaufgaben zu meistern, ist es wesentlich, dass die Kinder und Jugendlichen ernst genommen und beachtet werden. Die Bewältigung von Herausforderungen kann durch eine psychische Erkrankung gefährdet werden oder es können äussere Umstände zu einer psychischen Erkrankung führen (S. 272-274).

Das Fach Kinder - und Jugendpsychiatrie ist ein noch relativ junges Gebiet. Erst seit Ende der sechziger Jahre ist es als eigenständiges Fach mit eigener Facharztausbildung etabliert (Freitag, 2012, S. 26). Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat ihre Wurzeln u.a. in der Heilpädagogik (Heinrich Hölzl, Eckhart Knab, Heribert Mörsberger, Helmut Remschmidt & Hans Scholten, 2011, S. 181).

2.1.1 Auftrag

Kinder- und Jugendpsychiatrie als medizinisches Fachgebiet wird nach Freitag (2012) folgendermassen definiert: Erkennung, Behandlung, Prävention, und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensfeld. Ziel ist es also, den von Erkrankungen oder Störungen betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie ihrem psychosozialen Umfeld eine möglichst individuelle und störungsspezifische Behandlung zu ermöglichen, die eine Heilung oder zumindest Linderung der Krankheitssymptome bewirkt (S. 17). Damit kommt dem Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine umfassende, intensive und anspruchsvolle Aufgabe zu.

Die Problemlagen von Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind selten eindeutig, so Martin Schröder und Ernst Colla (2012). Viele Kinder und Jugendliche sind durch ihre Biografie massiv belastet und beeinträchtigt. Für die Behandlung benötigt es medizinisch-somatische und/oder kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen. Weiter bedarf es einer differenzierten Analyse des Alltags der Herkunftsfamilie. So können trauma- und beziehungssensible Interventionen sowie angstfreie Räume für die Patientinnen und Patienten gestaltet werden (S. 21).

Um dem Auftrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie gerecht zu werden, sind folgende Aspekte zu beachten:

Entwicklungsaspekt

Um Verhalten und Fähigkeiten adäquat interpretieren zu können, ist ein umfassendes Wissen über die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen notwendig, so Freitag (2012). Je nach Alter und kulturellen Anforderungen an das Kind kann dasselbe Verhalten als gesundes Verhalten, oder aber als Hinweis auf eine psychische Erkrankung gesehen werden. Zum Beispiel ist das «Fremdeln» bei Säuglingen Bestandteil eines kognitiven Entwicklungsschrittes, dasselbe Verhalten hingegen bei älteren Kindern kann Ausdruck von Trennungsängsten, sozialer Ängstlichkeit oder gar einer sozialen Phobie sein. Je nach Alter und Entwicklung zeigen Kinder und Jugendliche auch unterschiedliche Ausprägungen der Symptome bei vorhandener psychischer Störung, deshalb muss hier ebenfalls der Entwicklungsaspekt berücksichtigt werden. Dies gerade auch, damit solche Symptome nicht übersehen werden. Der Entwicklungsaspekt ist auch relevant in Bezug auf Ursachen und Prognose einer psychischen Störung oder Verhaltensauffälligkeit. So haben etwa depressive Episoden im Grundschulalter häufig andere Ursachen als depressive Episoden im Jugendalter. Im Grundschulalter sind oft psychosoziale Umstände die Ursache, im Jugendalter haben genetisch-biologische Faktoren stärkere Bedeutung (S. 18-19).

Begriff psychische Störung

Um zu definieren, was angemessenes „normales“ Denken, Handeln und Fühlen ist und wo die Grenze zu einer psychischen Störung liegt, bedarf es nach Freitag (2012) möglichst objektiver Kriterien. Dabei ist jedoch zu beachten, dass solche Kriterien immer auch kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen unterworfen sind und sich demzufolge stetig ändern. Für den Kinder- und Jugendbereich haben sich klinisch folgende Kriterien bewährt: Statistische Seltenheit, persönliches Leid der betroffenen Person oder der direkten Angehörigen, chronisch dysfunktionales Verhalten, welches die Bewältigung entwicklungsangemessener Aufgaben verhindert, Beeinträchtigung der Lebensführung (v.a. in Bezug auf soziale Beziehungen, Schule, Beruf), dauerhafte und schwerwiegende

Verletzung sozialer Normen, Fremd- und Selbstgefährdung (S. 19-20). Kinder- und Jugendpsychiatrien in der Schweiz orientieren sich beim Stellen einer Diagnose an den Klassifikationssystemen DSM4 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) und ICD10-GM (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, German Modification*) (DocCheckFlexikon, ohne Datum, Bundesamt für Statistik, ohne Datum). Diagnosen für psychische Störungen bereits im Kindes- und Jugendalter werden jedoch mit Vorsicht vorgenommen sowie wird das Stellen von Diagnosen kontrovers diskutiert, so Klaus Schmeck und Susanne Schlüter-Müller (2012). Häufiger wird von Verdachtsdiagnosen gesprochen oder allgemein der Begriff Adoleszenzkrise verwendet (S. 83).

Interdisziplinarität

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie treffen Fachpersonen aus den Disziplinen der Pflege, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Psychologie, verschiedenen Therapieformen, Schule und Medizin aufeinander. Das bedeutet, dass die interdisziplinäre Arbeit zum Alltag gehört und gelebt wird (Winfried Wamb und Herbert Ernst Colla, 2012, S. 194). In Kapitel 2.1.4 wird das Thema Interdisziplinarität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausführlicher beleuchtet.

2.1.2 Klientel

Trotz sinkender Kinderzahlen stieg in den letzten Jahren der Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung, schreibt Renate Schepker (2012, S. 35). Bei der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen werden eine Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten und eine Verschiebung von somatischen zu psychischen Störungen festgestellt. Die Zahl der Fälle von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ist rapide angestiegen. Im Versorgungssystem der Kinder- und Jugendpsychiatrie Deutschland sind vom Jahr 2000 zum Jahr 2009 knapp 37 Prozent mehr Kinder und Jugendliche stationär in einer psychiatrischen Einrichtung behandelt worden, berichtet Norbert Beck (2012, S. 67). Nach einer grossangelegten Studie von 2007 in Deutschland weisen zwölf Prozent der Kinder und Jugendlichen eine psychische Belastung und knapp jedes zehnte Kind eine psychische Störung auf (Manfred Hölzlein, 2012, S. 11).

Als Gründe für diesen starken Anstieg nennt Matthias von Aster (2012) unter anderem die gesellschaftlichen Veränderungen in den letzten Jahrzehnten. Die Veränderung im Rollenverständnis der Geschlechter, die gewachsenen zahlreichen individuellen Möglichkeiten zur Selbstbestimmung in einer offenen, beschleunigten Gesellschaft fordern und überfordern oft junge Menschen, die versuchen, ihren Weg ins Leben zu finden (S. 85).

Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfemassnahmen gelten laut Tarren Sweeny (2008) als eine der vulnerabelsten Gruppen der westlichen Welt (zit. in Gunter Groen & Astrid

Joerns-Presentati, 2017, S.23). Im Leben dieser Kinder und Jugendlichen zeigt sich eine Häufung möglicher psychosozialer Risiken: Vernachlässigung, Armut, körperliche oder sexuelle Gewalt, Beziehungsabbrüche, psychisch erkrankte Elternteile. Auch Stefan Raueiser und Michele Noterdaeme (2012) schreiben, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status, Migrationshintergrund oder psychisch kranken Eltern häufiger von psychischen Problemen betroffen sind und deshalb eine Risikogruppe bilden (S. 7). Freitag (2012) erwähnt zudem, dass viele Kinder und Jugendliche an mehreren psychischen Störungen gleichzeitig leiden. Diese sind in der Regel die am stärksten betroffenen Patientinnen und Patienten und sie weisen deshalb einen besonderen Hilfebedarf auf (S. 26).

Häufig, verglichen mit der Erwachsenenpsychiatrie deutlich mehr, finden sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Patientinnen und Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens. Ein kleiner Prozentsatz davon entwickelt im Erwachsenenalter soziopathische Störungen. In vielen Fällen hingegen liegen die Ursachen einer Störung des Sozialverhaltens in einer emotionalen, meist depressiven Störung oder Angststörung. Weiter findet sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Gruppe, die Substanzmittelmissbrauch aufweist, sehr oft in Kombination mit einer jugendpsychiatrischen Grundstörung. Posttraumatische Belastungsstörungen treten im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie ebenfalls sehr häufig auf. Des Weiteren finden sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oftmals Patientinnen und Patienten, welche gar keine eigene Diagnose aufweisen, sondern Auffälligkeiten im Rahmen einer kommunikationsschwachen oder auffälligen Familie entwickelt haben (Schepker, 2012, S. 46).

Es besteht also ein grosser Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Die Zahlen aus Deutschland sehen in der Schweiz ähnlich aus. Laut medizinischer Statistik des BFS (2009) wurden 8.4% der 10- bis 14-Jährigen in einer psychiatrischen, stationären Einrichtung behandelt (S. 2). Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner der vorliegenden Forschungsarbeit bestätigten einen Anstieg der Zahlen der zu behandelnden Kinder und Jugendlichen mit Erfahrungen aus der Praxis. Sie berichten von komplett ausgelasteten Stationen und langen Wartelisten für Anschlussangebote. Signifikant ist auch die Komplexität der zu behandelnden Krankheiten und Probleme. Viele Kinder und Jugendlichen leiden an komorbiden Störungen. Typisch ist eine Vermischung von psychischen und sozialen Problemen, welche sich gegenseitig bedingen und beeinflussen. Kinder und Jugendliche mit solchen Diagnosen und Voraussetzungen sind eine äusserst verletzte Gruppe unserer Gesellschaft und weisen besonderen Hilfebedarf auf.

2.1.3 Aufgaben

Gemäss Kirchwegger (2010) besteht der Auftrag der Kinder - und Jugendpsychiatrie unter anderem darin, eine individuelle Betreuung und Behandlung zu ermöglichen (S. 275-276),

wodurch eine Heilung oder zumindest Linderung der Krankheitssymptome erreicht werden kann (Freitag, 2012, S. 17). Kirchweger (2010) betont, dass dabei die Lebenswelt der Betroffenen im Zentrum stehen soll. Auch das soziale Umfeld soll in den Behandlungsprozess miteinbezogen werden (S. 275-276). Die verschiedenen beteiligten Professionellen übernehmen dabei im Alltag unterschiedliche Aufgaben. Der sozialpädagogische Auftrag sowie die Aufgaben von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen im Alltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in Kapitel 2.2.2 ausführlicher erläutert.

Allgemeine Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Diagnostik und Behandlung.

Diagnostik

In der Diagnostik geht es nach Andreas Warnke (2015) um eine ganzheitliche Sichtweise, bei der die individuelle psychische, geistige und körperliche Befindlichkeit der Patientin / des Patienten im Zusammenhang mit der Lebens- und Familiengeschichte und den alltagsbestimmenden psychosozialen und milieugegebenen Schutzfaktoren und Risikofaktoren in Familie, Freizeit, Schule etc. Einflüssen gesehen wird (S. 244-245). Die Sozialdiagnostik kann hierbei helfen, dass vorhandene Bezugspersonen gefunden werden können und somit der Bezug zum Alltag hergestellt wird, indem sie auf vorhandene Ressourcen aufmerksam macht und diese miteinbezogen werden. Gegebenenfalls ergibt die Diagnostik respektive die Behandlung eine Indikation für eine Fremdplatzierung. Auch dann ist es wichtig, dass Bezugspersonen des neuen Ortes geschaffen werden und diese den Übergang behutsam mitgestalten (Kirchweger, 2010, S. 277).

Behandlung

Warnke (2015) beschreibt die Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als mehrdimensional. Sie beinhaltet Psychotherapie, dazu gehört Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische und Gesprächspsychotherapie sowie systemische Therapie. Weiter beinhaltet die Behandlung Heilpädagogik, Psychopharmaka-Therapie und andere körperbezogene Methoden wie zum Beispiel Motopädie oder Biofeedback. Indirekte Verfahren im Behandlungsprozess sind die Psychoedukation, welche zum Beispiel über Erkrankungen aufklärt oder Möglichkeiten zur Selbsthilfe aufzeigt, sozio- und milieutherapeutische Massnahmen (z.B. Frühförderung), Familienarbeit (z.B. Elternteraining) und systemische Vorgehensweisen (z.B. Kooperation mit der Jugendhilfe). Die verschiedenen Massnahmen werden an den individuellen Zielen, Problemstellungen und Ressourcen der Patientin / des Patienten orientiert, in ein Behandlungskonzept integriert und im Verlauf immer wieder überprüft und angepasst (S. 245).

2.1.4 Beteiligte Professionelle

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein sehr interdisziplinäres Fach. In einer stationären Klinik wirken, wie Warnke (2015) beschreibt, folgende verschiedene Berufsgruppen: Ärzte und Ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, klinische Psychologen und Psychologinnen, Kinder- und Jugendtherapeuten und Therapeutinnen, Heil- und Sozialpädagogen und -pädagoginnen, Lehrer und Lehrerinnen der Klinikschule, Pflegefachfrauen und -fachmänner, Logopäden und Logopädinnen, Physiotherapeuten und -therapeutinnen, Ergotherapeuten und -therapeutinnen, Musik- und Kunsttherapeuten und -therapeutinnen sowie Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen (S. 244). Weiter besteht ein intensiver Austausch zum einen mit anderen medizinischen Fachrichtungen (z.B. Pädiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatik, Kinderurologie, Gynäkologie, Dermatologie) sowie auch mit den Förder- und Hilfesystemen wie zum Beispiel Frühförderung, Ergotherapie, Logopädietherapie, Psychotherapie und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (Freitag, 2012, S. 21).

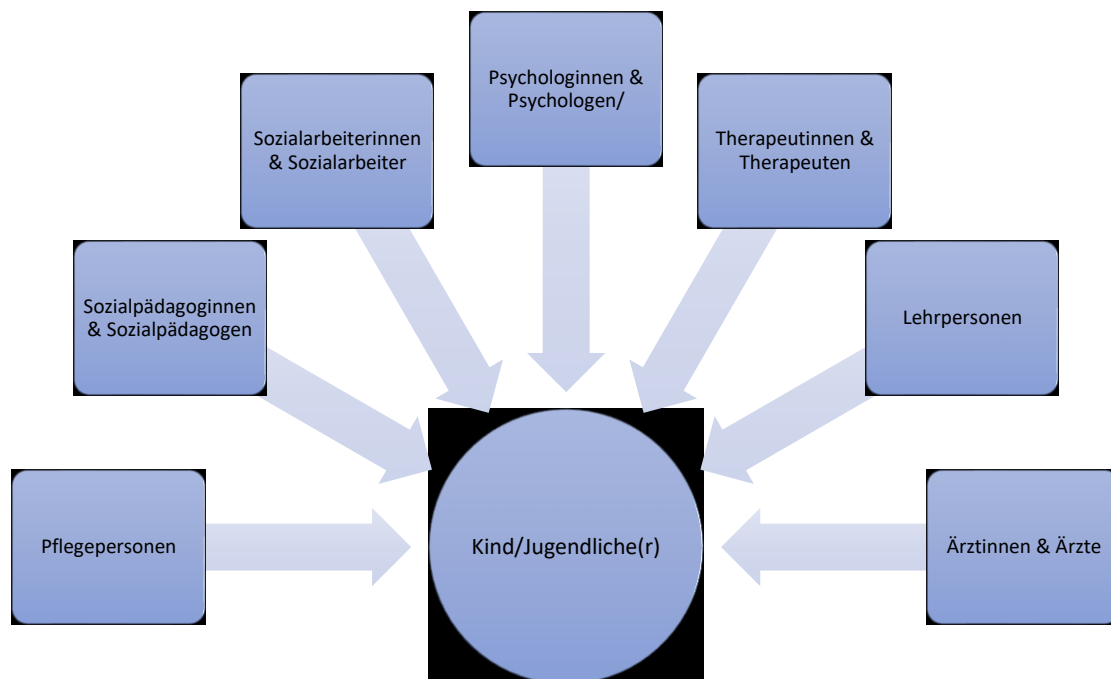


Abbildung 1: Beteiligte Personen in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie (eigene Darstellung nach Winfried Wamb & Herbert Ernst Colla, 2012, S. 194)

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in dieser hohen Masse ist nicht immer einfach und birgt einige Herausforderungen und Stolpersteine. Gunter Groen & Astrid Joerns-Presentati (2017) nennen etwa unterschiedliche Ausbildungshintergründe, fachliche Auffassungen und Wissensgrundlagen oder unterschiedliche, teils nicht eindeutig und sich überschneidende sozialrechtliche Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie allgemein begrenzte personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen und eine hohe Arbeitsbelastung als hindernde Faktoren für eine gelingende Zusammenarbeit. Ebenfalls genannt werden die verschiedenen

vorherrschenden Menschenbilder sowie Unterschiede im professionellen Selbstverständnis, die zu Konflikten führen können. Beispielsweise wird eine gewisse Skepsis seitens Sozialpädagogik gegenüber einer biologistischen, defizitorientierten und stigmatisierend wahrgenommenen Krankheitslehre mit begrenzter Lebensweltorientierung geäußert (S. 31).

Gerade deshalb ist es wichtig, Bedingungen für eine gelingende Zusammenarbeit zu kennen und herzustellen. Nach Hölzl et al. (2011) sind dies zum Beispiel, dass (S. 428):

- gemeinsame Modelle zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Entwicklung von abweichendem Verhalten und psychischen Störungen für den Gesamthilfeprozess zur Verfügung stehen müssen.
- personelle Ressourcen mit multiprofessionellen Teams, die Erkenntnisse der Forschung (z.B. Bindungstheorie, Traumapädagogik) in heilpädagogisch-therapeutisches Handeln umsetzen, vorhanden sind.
- Kenntnisse des jeweils anderen Systems vorhanden sind und ebenfalls in den Ausbildungen zu Trage kommen.
- Kooperationsmodelle evaluiert werden.
- gemeinsame Finanzierungsmodelle mit Beteiligung des Gesundheitswesens an den Kosten entwickelt werden.
- Kooperation jedoch nicht zu einer Verwässerung der Kompetenzprofile führt, sondern zur Schärfung der methodischen Möglichkeiten.

Wichtig in der Zusammenarbeit sind vor allem auch gemeinsame Zielvorstellungen in Bezug auf die Patientin / den Patienten. Nur wenn die Zielfindung in einem solchen Prozess gemeinsam entwickelt wird und gegebenenfalls eine notwendige Priorisierung verschiedener Ziele vorgenommen wird, können die gewünschten Synergieeffekte greifen (ebd.).

2.1.5 Herausforderungen und Grenzen

Während eine grössere Gruppe so gut versorgt wie noch nie aufwächst, stellt eine kleinere Gruppe Kinder und Jugendliche die Systeme der psychosozialen Versorgung vor Herausforderungen, schreibt Beck (2012). In dieser kleineren, aber in ihrer Zahl beachtlichen Gruppe, befinden sich Kinder und Jugendliche mit multiplen sozioökonomischen Problemlagen. Durch die Akkumulation von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren und ein Mangel an Ressourcen und Bewältigungsstrategien weisen sie ein hochgradiges Entwicklungsrisiko auf. Diese Kinder und Jugendlichen werden oft auch als Grenzgänger zwischen den Systemen bezeichnet. Sie haben sowohl einen jugendpsychiatrischen als auch pädagogisch-therapeutischen Behandlungs- und Betreuungsbedarf. Die Herausforderung liegt in der Kooperation zwischen den Systemen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe sowie auch in der Begleitung von Übergängen vom Jugend- ins

Erwachsenenalter (S. 67). Die beiden Gruppen der Grenzgänger oder Systemsprenger und die Care Leaver fordern die Hilfesysteme besonders heraus und werden im Folgenden kurz charakterisiert.

Grenzgänger, Systemsprenger

Groen und Joerns-Presentati (2017) beschreiben diese Gruppe als junge Menschen, deren individuellen Lebensläufe als auch Hilfekarrieren durch Verluste, Brüche und Bezugspersonenwechsel gekennzeichnet sind. Bisherige Hilfen sind oft wiederholt gescheitert oder waren nur wenig bis gar nicht erfolgreich. Aufgrund ihrer belasteten Biografie sorgen die jungen Menschen in einer negativen Interaktionsspirale oft selbst dafür, dass auch weitere Hilfeversuche erneut scheitern. Ihr Problemverhalten geht oft einher mit mehreren komorbiden psychiatrischen Diagnosen und komplexen Störungen. Im Alltag zeigt sich dies in ausgeprägten selbst- und fremdverletzenden Verhaltensweisen sowie massiver Verweigerung wie aggressives Verhalten, auch gegenüber Mitarbeitenden, sexuell grenzverletzendes Verhalten, Schulverweigerung, Missbrauch von Alkohol und Drogen, sowie suizidale Tendenzen. Sie gelten als Hochrisikoklientel und werden in der Literatur als Grenzgänger oder Systemsprenger bezeichnet (S. 25). „Oft sind solche Fälle auch Ausdruck einer gewissen Ohnmacht, da meist keiner mehr weiter weiss und einfache Lösungen in solchen Fällen nicht verfügbar sind.“ (Kölch et al., 2015, zit. in Groen & Joerns-Presentati, S. 25).

Care Leaver

Als Care Leaver werden junge Menschen bezeichnet, welche sich in öffentlichen stationären Einrichtungen befinden und denen nun ein Übergang in ein eigenständiges Leben unmittelbar bevorsteht oder Jugendliche und junge Erwachsene, welche die Hilfesettings bereits verlassen haben, so Britta Sievers, Severine Thomas & Maren Zeller (2015). Care Leaver sind insofern benachteiligt gegenüber Gleichaltrigen, die in intakten Familien aufwachsen, als dass sie vergleichsweise auf wenig materielle wie auch immaterielle Unterstützungsressourcen zurückgreifen können. Zudem müssen sie den Übergang ins Erwachsenenalter oft in sehr kurzer Zeit bewältigen. Häufig verlassen sie die stationären Erziehungshilfen mit Erreichen der Volljährigkeit oder mit der Beendigung der Berufsausbildung und müssen danach ihr Leben selbstständig bewältigen. Bei Gleichaltrigen, die bei ihren Familien aufwachsen, gestaltet sich der Übergang ins Erwachsenenalter oft als ein mehrjähriger Prozess. Der Übergang aus der Erziehungshilfe in die darauffolgende Lebenssituation stellt für Care Leaver eine besonders schwierige biografische Herausforderung dar (S. 9). Zu den biografischen Entwicklungsherausforderungen kommen nun noch institutionelle. Psychische Belastungen können durch die Übergangssituationen resultieren oder noch verstärkt werden (Sievers et al., 2015, S. 87).

Die Care Leaver stellen auch das Hilfesystem und die Hilfspersonen vor Herausforderungen. Beispielsweise, weil Care Leaver durch ihre häufig desorganisierten Bindungsmuster eine ebenso desorganisierte Hilfebeziehung zur Folge haben können. Ein sogenanntes Hilfeparadox entsteht, welches zu einem negativem Hilfekreislauf führen kann. Die Helfenden verhalten sich zunehmend destruktiv, da die Person als gänzlich demotiviert eingestuft wird und nicht selten fällt sie dann einmal mehr aus dem Hilfesystem (Roland Schleiffer & Silke Gahleitner, 2010, S. 202-203). Es ist anzunehmen, dass Care Leaver, welche psychiatrische Hilfe benötigen, vielmehr Schonräume und weiche Übergänge bräuchten (Sievers et al., 2015, S. 87).

Gesellschaftsstrukturelle Herausforderungen

Silke Gahleitner, Michael Borg-Laufs und Marion Schwarz (2010) stellen dar, dass die gesellschaftlichen Veränderungen wie etwa der Pluralismus bedingen, dass Kinder und Jugendliche oft von einer multifaktoriellen Problemsituation betroffen sind. Zudem ist die Finanzpolitik, einhergehend mit zunehmendem Spardruck im Gesundheitswesen, mitverantwortlich für die nicht ausreichende Versorgung von psychisch erkrankten Menschen, insbesondere von Menschen mit Multiproblemsituationen. Die gesamte Finanzierung hat zur Folge, dass gewisse Menschen durch die Versorgungsnetze fallen und somit gefährdet sind, dass sie nirgends aufgefangen werden. Zudem zeigt sich, dass gerade Heimkinder oft in Berührung mit den verschiedenen Instanzen wie Jugendhilfe, Psychotherapie und Psychiatrie kommen, da sie oftmals an komorbiden Störungen leiden. Dies hat zur Folge, dass die Fälle komplexer werden und wegen der hohen Anzahl an Beteiligten deren Lösungsfindung noch herausfordernder wird. Dieses Problem scheint erkannt, jedoch noch nicht gelöst zu sein (S. 292-294).

Grenzen

Das Schnittfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe ist ein Übergang zwischen Organisationen. Birgit Bütow (2012) beschreibt, dass in beiden Feldern die Profile der Professionen erkennbar sind. Diese zeigen sich in unterschiedlicher spezifischer Problemwahrnehmung und -deutung, Kategorisierung, Krisenverständnis, Behandlungs- und Bearbeitungsweisen, welche somit ausgehandelt werden müssen. Die Überweisung von sozialpädagogischen Grenzfällen aus Jugendhilfeeinrichtungen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein Ausdruck von Begrenzung sowie Wunsch nach Entlastung (S. 456-458). Umgekehrt kann die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht wahllos unendlich viele Patientinnen und Patienten aufnehmen, sondern hat ebenfalls ihre Grenzen an Kapazität und Behandlungsmöglichkeiten. Oft geht es hier also um eine Frage der Zuständigkeit. Diese stellt sich einerseits im Zusammenhang mit der sozialpädagogischen bzw. der medizinischen Diagnostik, andererseits hängt die Frage professioneller Zuständigkeit

oft auch mit der Frage der finanziellen Zuständigkeit zusammen. So kommt es nicht selten zu einer „Verschiebepaxis“ zwischen den Institutionen (Bütow, 2012 S. 456).

2.1.6 Zusammenfassung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie kümmert sich um den umfassenden Auftrag, psychische Krankheiten zu erkennen und zu behandeln. Durch Prävention und Rehabilitation trägt sie zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bei. Dabei wird immer auch das Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten miteinbezogen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Patientinnen und Patienten mit psychischen oder sozialen Verhaltensauffälligkeiten behandelt. Charakteristisch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Interdisziplinarität. Um eine möglichst umfassende Behandlung zu gewährleisten, arbeiten medizinische, therapeutische, sozialpädagogische und andere Fachpersonen zusammen. Oft leiden Patientinnen und Patienten an multiplen Belastungen, hervorgerufen durch personale, soziale oder gesellschaftliche Faktoren, dementsprechend hat es die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit äusserst komplexen Problemstellungen zu tun. Diese Komplexität ist eine grosse Herausforderung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für das gesamte soziale Versorgungssystem. Gerade beim Finden von geeigneten Anschlusslösungen für Kinder- und Jugendliche mit schwierigen Problemstellungen und entsprechend grossem Hilfebedarf, droht das System an seine Grenzen zu kommen. Weitere Herausforderungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die interdisziplinäre Zusammenarbeit und gesellschaftliche Rahmenbedingungen.

2.2 Positionierung der Sozialpädagogik im Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Kapitel 2.2 werden sozialpädagogische Grundlagen und Arbeitsprinzipien sowie der Auftrag und Ziele der Sozialpädagogik ausgeführt. Vor diesem Hintergrund sollen in den folgenden Kapiteln sowie im Forschungsteil die Handlungsmöglichkeiten und das Potenzial der Sozialpädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ersichtlich werden.

2.2.1 Sozialpädagogische Grundlagen und Arbeitsprinzipien

Kinderrechte und Kindeswohl

Kinder und Jugendliche gehören zu den besonders verletzlichen Mitgliedern unserer Gesellschaft. Kindeswohl und Kinderrechte stehen deshalb im Fokus des sozialpädagogischen Handelns, sind anzustreben, zu schützen und zu verbessern.

Kinder können ihre Rechte aufgrund ihrer Stellung in der Gesellschaft nicht alleine durchsetzen. Ihnen kommen deshalb besondere Rechte zu, die Kinderrechte (Kinderschutz Schweiz, ohne Datum). Die Schweiz hat die UN-Kinderrechtskonvention 1997 ratifiziert (unicef, ohne Datum). Dadurch ist der Staat verpflichtet, dass die Rechte des Kindes geschützt und umgesetzt werden. Kinder haben das Recht auf besonderen Schutz, besondere Fürsorge sowie auf Mitwirkung und sind daher angewiesen auf erwachsene Personen, die dafür sorgen,

dass sie in allen Angelegenheiten und Entscheidungen, welche sie betreffen, teilhaben können (Kinderschutz Schweiz, ohne Datum). In erster Linie fällt Eltern das Recht und die Pflicht zu, ihre Kinder zu schützen, unterstützen und anzuleiten. Der Staat soll dabei die notwendigen Voraussetzungen dafür schaffen, die Eltern in ihrer Aufgabe unterstützen und, falls die Eltern der Aufgabe nicht gewachsen sind, eingreifen (ebd.). Dies ist auch im schweizerischen Gesetzbuch so verankert: «Ist das Wohl eines Kindes gefährdet und sorgen die Eltern nicht von sich aus für Abhilfe oder sind sie dazu ausserstande, so trifft die Kinderschutzbehörde die geeigneten Massnahmen zum Schutz des Kindes» (Art. 307 Abs.1 ZGB).

Nach Harry Dettenborn (2001) wird Kindeswohl definiert als die günstige Relation zwischen den Bedürfnissen eines Kindes oder Jugendlichen und seinen Lebensbedingungen (zit. in Stefan Blülle, 2013, S. 17-18). Kindliche Bedürfnisse sind zum Beispiel nach Dettenborn & Walter (2016) körperliche Zufriedenheit durch Nahrung, Pflege, Versorgung, Sicherheit, Anerkennung, Selbstbestimmung, Orientierung, Umwelterkundung, emotionale Zuwendung u.a. (zit. in Ursula Leuthold & Paula Krüger, 2018, S. 7). Zu beachten ist dabei, dass diese kindlichen Bedürfnisse individuell, also nicht bei jedem Kind in jedem Mass dieselben sind. Zu betonen ist, dass diese Definition von Kindeswohl nicht lediglich die Gewährleistung etwa von Versorgung und Sicherheit des Kindes beinhaltet, sondern auch die Ermöglichung von Entwicklung.

Grundsätze der Sozialen Arbeit

In ihrer Arbeit orientiert sich die Sozialpädagogik stark an den Menschenrechten. Im Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz (2010) sind, abgeleitet von den Menschenrechten, folgende fünf Grundsätze festgehalten (S. 8-9):

- Grundsatz der Gleichbehandlung: Menschenrechte sind jeder Person zu gewähren, unabhängig von Leistung, Verdienst, moralischem Verhalten oder Erfüllen von Ansprüchen.
- Grundsatz der Selbstbestimmung: Das Recht der Menschen, eigene Entscheidungen im Hinblick auf ihr Wohlbefinden zu treffen, wird höchst geachtet, vorausgesetzt, es gefährdet weder sie selbst noch die Rechte und die legitimen Interessen anderer.
- Grundsatz der Partizipation: Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit sind notwendig für den Lebensvollzug der Menschen, Adressatinnen und Adressaten werden deshalb verpflichtend miteinbezogen.
- Grundsatz der Integration: Die Verwirklichung des Menschen in demokratischen Gesellschaften bedarf der integrativen Berücksichtigung und Achtung der physischen,

psychischen , spirituellen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse und ihrer natürlichen, sozialen und kulturellen Umwelt.

- Grundsatz der Ermächtigung: Individuen, Gruppen und Gemeinwesen entwickeln ihre Stärken und werden zur Wahrung ihrer Rechte befähigt und ermächtigt, um eigenständig und autonom an der Gestaltung der Sozialstruktur mitzuwirken.

Arbeitsprinzipien

Anknüpfend an die beschriebenen Grundsätze der Sozialen Arbeit und den Auftrag von Schutz und Wahrung des Kindeswohl wurden für die Bearbeitung des Themas Übergänge in Anschlusslösungen diese Herangehensweisen aus dem sozialpädagogischen Alltag ausgewählt: Lebensweltorientierung, Ortshandeln sowie Empowerment und Partizipation werden im folgenden Teil kurz beschrieben.

Lebensweltorientierung

Beim Ansatz der Lebensweltorientierung orientiert sich Michael Tetzler (2012) an Thiersch und definiert den Kerngedanken folgendermassen: «(...) dass Überlegungen zur Situation von Menschen und zu möglichen Unterstützungsleistungen ihren Anfang beim Alltag beziehungsweise bei der Lebenswelt dieser Personen und deren subjektiven Deutungs- und Handlungsmustern in den jeweils gegebenen gesellschaftlich-historischen Kontexten nehmen müssen.» Hinzu kommt, dass die sozialpädagogische Arbeit dabei auf die für die Person relevante individuelle Erfahrung der Wirklichkeit vom Alltag gerichtet werden soll. Dieser Alltag, die Orientierung an der individuellen Lebenswelt, ist somit der Hauptfokus der Sozialpädagogik und es gilt, diesen Bezugspunkt bei zu treffenden Entscheidungen im Prozess miteinzubeziehen. Somit steht das Subjekt im Vordergrund, eingebettet in den gesellschaftlichen Kontext, verbunden mit der eigenen Biografie und sozialen Beziehungen (S. 63-64).

Denn geht eine Lebenswelt kaputt, kann dies durch die betroffenen Personen als Verlust erlebt werden. Der Mensch fühlt sich abgeschnitten und benötigt dann Unterstützung zur Wiederherstellung des inneren Gleichgewichts. Je mehr solcher Welten kaputt gehen, desto grösser wird die Problemsituation sowie das Gefühl des sozialen Verlustes und genau daran soll die Sozialpädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeiten (Marianne Bosshard, Ursula Ebert & Horst Lazarus, 2013, S. 65).

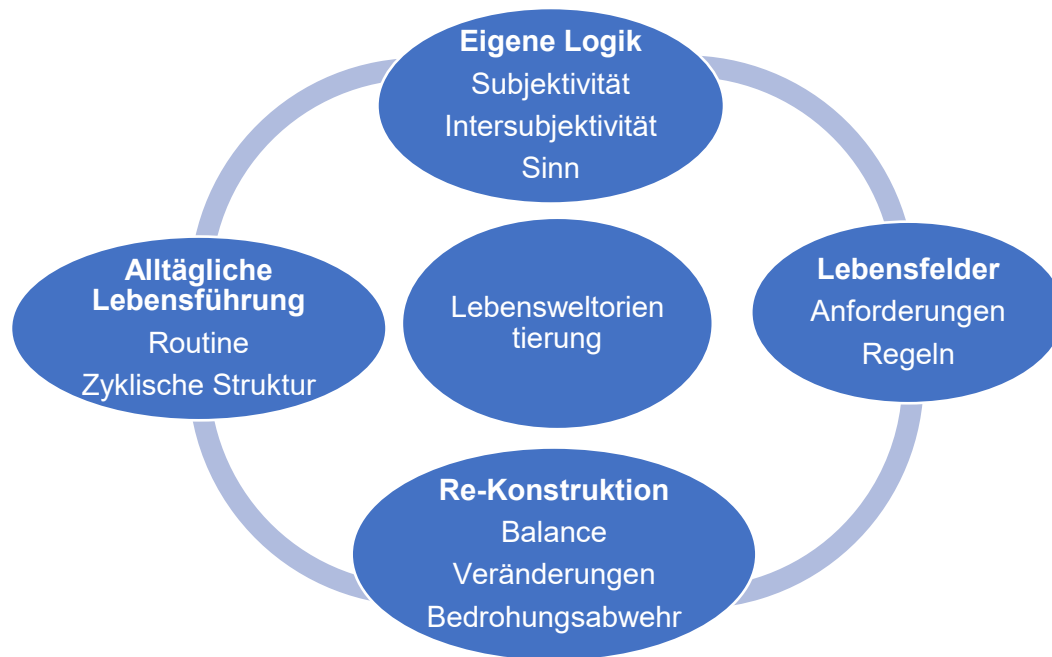


Abbildung 2: Lebensweltorientierung (eigene Darstellung auf der Basis von Bosshard, Ebert & Lazarus, 2013, S.65)

Kurz zusammengefasst bedeutet dies, dass jede Person in ihrer eigenen Logik und ihrer damit verbundenen Subjektivität in Lebensfelder agiert und mit Anforderungen sowie Regeln konfrontiert wird. Auf diese wird reagiert, indem eine Re-Konstruktion, somit eine Balance versucht wird, herzustellen. Dies wiederum wirkt gemeinsam mit der eigenen Logik auf die alltägliche Lebensführung, deren Routine und wiederholenden Struktur. Darauf soll gemeinsam mit der Klientel geschaut und gearbeitet werden, um eine individuelle Lösung oder Strategie für die jeweilige Problematik zu erarbeiten (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2013, S. 69).

Ortshandeln

Gemäss Michael Tetzner (2012) wird Ortshandeln in der Sozialpädagogik wie folgt definiert: „Mit dem Ortsbegriff versucht die Sozialpädagogik Möglichkeiten zu entwickeln, durch die sich die einzelnen Subjekte die gesellschaftliche Realität so aneignen können, dass ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung (wieder) möglich wird.“ Die Sozialpädagogik betrachtet dabei soziale Probleme nicht als individualisiertes Problem, sondern als ein gesamtgesellschaftliches. Die Sozialpädagogik sieht ihren Auftrag darin, Orte zu schaffen, die sozialpädagogische Hilfen zur Verfügung stellen, weil es für die Individuen in der fluiden modernen Gesellschaft nicht genügend Möglichkeiten für die Aneignung der Lebenspraxis gibt (S. 66).

Empowerment und Partizipation

Der Grundsatz von Empowerment ist die Selbstbefähigung und Selbstermächtigung der Menschen in Bezug auf deren Lebensgestaltung. Dies geschieht nicht nur im individuellen Rahmen, sondern wird auch auf politischer Ebene beispielsweise in Form von

Frauenbewegungen gelebt. Somit hat Empowerment nicht rein pädagogische Ansätze, sondern betrifft ebenso die Zivilgesellschaft. Der Ansatz fokussiert sich auf die Stärkung von kollektiven wie auch individuellen Ressourcen. Dies soll Individuen wie auch Gruppen ermöglichen, die Kontrolle und Gestaltung der eigenen Lebenswelt zurückzuerhalten. Die zentralen Handlungsprinzipien können wie folgt definiert werden: „Konsequente Orientierung an Ressourcen, Beachtung und Stärkung der Selbstorganisation und Eigenverantwortlichkeit der Akteure; Partizipation im Sinne von aktiver Teilhabe und Einflussnahme der Akteure“. Ein zentrales Stichwort für das Empowerment-Konzept ist die «Hilfe zur Selbsthilfe (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2013, S. 90-91).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Kinder und Jugendliche bei der Bewältigung ihrer psychischen Erkrankung unterstützt. Eine Herangehensweise dafür ist Empowerment. In der Medizin bedeutet Empowerment, dass die Handlungskompetenz der Patientinnen und Patienten gestärkt wird. Das Lernen von verantwortlichem Umgang mit der Krankheit und der Lebenssituation ist dabei wichtig. Der Einfluss von Partizipation auf die Gesundheit ist wesentlich: Je mehr Kinder und Jugendliche an Entscheidungen im Behandlungsprozess teilhaben können, desto grösser ist die Behandlungsmotivation. Eine hohe Behandlungsmotivation verspricht in der Regel eine Aussicht auf gute Behandlungserfolge. Partizipation, also Mitsprache im Behandlungsprozess, fördert Selbstvertrauen und Selbstvertrauen fördert den Gesundheitsprozess (Friederike Wedemeyer und Claudia Wiesemann, 2017, S. 251-252).

2.2.2 Sozialpädagogischer Auftrag und Ziele in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Auftrag

Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen befassen sich im Rahmen ihres Studiums mit den komplexen psychosozialen Problemstellungen von Kindern und Jugendlichen, so Silke Gahleitner, Michael Borg-Laufs und Marion Schwarz (2010). Sie lernen dort, «verschiedene Sprachen zu sprechen». Neben der Sprache der Erwachsenen ist dies beispielsweise die symbolhafte oder spielerische Sprache von Kindern. Ebenso erlernen sie verschiedene Zugänge zu Kindern, sei es über Flexibilität oder Spontaneität. So wird ihnen aufgezeigt und vermittelt, wie wichtig die Integration der verschiedenen Ansätze wie Beratung, Pädagogik sowie Sozial- und Psychotherapie ist. Es wird betont, dass diese Anforderungen gerade in der Begleitung von Übergängen benötigt werden (S. 297-298).

„Ein Kind braucht Pädagogik, weil es ein Kind ist, was auf alle kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten zutrifft und es braucht Therapie, solange es psychisch krank ist“ (Schepker, 2012, S. 46).

Dieses Zitat macht deutlich, dass (sozial-)pädagogisches Fachwissen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenso gefragt ist, wie das medizinische Wissen über psychische Erkrankungen. Sozialpädagogik hat demzufolge in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen pädagogischen Auftrag zu erfüllen. Dieser Auftrag kann mit den beiden Oberbegriffen Bildung und Erziehung beschrieben werden. Erziehung meint dabei nach Marius Metzger (2018) eine beabsichtigte Einwirkung auf die Entwicklung eines Menschen (S. 1). Die Erziehenden versuchen, mit sozialen Handlungen die psychischen Dispositionen der ihnen Anvertrauten zu verbessern, zu erhalten oder je nachdem zu beseitigen (Brezinka, 1999, zit. Metzger, 2018). Erziehung ist Lebenshilfe und Lebensbegleitung in allen Lebensbereichen (Metzger, 2018, S. 1). Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sollen Kindern und Jugendlichen in psychisch herausfordernden und belastenden Situationen helfend zur Seite stehen und dabei Entwicklungsprozesse ermöglichen und fördern. Bildung ist im Vergleich zu Erziehung weniger wert- und richtungsgeleitet, sondern hat zum Ziel, Personen zu befähigen, eigene Werte aufzubauen. Ziel von Bildung ist nach Hans Thiersch (2008) die Selbsttransformation und Persönlichkeitsentwicklung durch Weltauseinandersetzung (zit. in Metzger, 2018, S.1). Auftrag der Sozialpädagogik ist es, kompensatorische Bildungsbemühungen zu leisten, um somit auch in schwierigen Lebensumständen formale, non-formale und informelle Bildungsprozesse zu ermöglichen und Bildungschancen herzustellen (Metzger, 2018, S. 2).

Kirchweger (2010) definiert den Auftrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Patientinnen und Patienten eine individuelle Betreuung zu ermöglichen. Dabei soll die Lebenswelt der Betroffenen im Vordergrund stehen und das soziale Umfeld in die Behandlung miteinbezogen werden, denn Veränderungen fruchten nur, wenn sie ausserhalb der Klinik eingeübt werden. Dem liegt zugrunde, dass gerade in stationären Einrichtungen der Bezug zur Lebenswelt meist vernachlässigt wird. Daher ist eine zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit und somit auch der Sozialpädagogik in Kinder- und Jugendpsychiatrien, diese Alltagsnähe herzustellen und ihr Raum zu lassen, um die vorhandenen Ressourcen zu mobilisieren (S. 275-276).

Um Alltagsnähe zu üben, benötigt es bei stationären Aufenthalten eine Zeitstruktur, die dem Alltag der Menschen gleicht. Denn wiederkehrende Abläufe und die zeitliche Struktur deren bietet Sicherheit und stiftet Lebenssinn, der dann nicht tagtäglich hinterfragt werden muss. Alltagsbegleitung ist somit eine wichtige Aufgabe in der Psychiatrie, sowie Angebote sinnstiftender Tätigkeiten und konkreter Hilfen zur Strukturierung des Alltags (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2013, S. 64). Dem kommt nach, dass Ressourcen aus den Lebensfeldern sowie Personen aus dem nahen Umfeld mit einbezogen werden. So kann möglicherweise gesichert werden, dass die betroffene Person im Anschluss an den Aufenthalt einfacher in die realen Strukturen zurückfindet (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2013, S. 65).

Ziele

Allgemein sozialpädagogische Ziele können nach Bosshard, Ebert & Lazarus (2013) im Groben wie folgt definiert werden (S. 52):

Allgemeine Zielsetzung	Fokus	Bezug	Stichworte
1. Entwicklung und Entfaltung kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten	Individuen, Gruppen	Entwicklungsaufgaben entlang des menschlichen Lebenszyklus	Individuation, Sozialisation
2. Begleitung, Unterstützung und Stabilisierung in belastenden Lebenssituationen	Individuen, Gruppen	Schwierige und belastende Lebenssituationen	Entwicklungsbedingte Veränderungen
3. Begleitung, Unterstützung, Förderung	Individuen, Gruppen	Probleme, Defizite	Kumulierende Problemlagen
4. Entwicklung, Optimierung struktureller Rahmenbedingungen	Gruppen, Einrichtungen, Versorgungssysteme	Gesellschaftliche Fragen, Probleme in Zusammenhang mit Erziehung, Bildung, Kultur, Gesundheit, psychosozialer Versorgung	Strukturelle Problemlagen

Tabelle 1: Sozialpädagogische Ziele (eigene Darstellung nach Bosshard, Ebert & Lazarus, 2013, S.52)

Bosshard, Ebert & Lazarus (2013) erläutern die genannten Ziele wie folgt (S. 52):

1. *Entwicklung und Entfaltung kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten:*

Fokus der Sozialpädagogik soll in erster Linie die Entwicklung der Fähigkeiten sein und diese unterstützend zu entfalten. Dabei stehen die lebenszyklischen Aufgaben wie Übertritt in die Schule im Vordergrund.

2. *Begleitung, Unterstützung und Stabilisierung in belastenden Lebenssituationen:*

Jeder Mensch steht in seinem Leben vor entwicklungsbedingten, belastenden Lebenssituationen wie Verluste von Angehörigen. Dabei soll die Sozialpädagogik die betroffenen Personen unterstützend begleiten und ihnen Stabilität bieten.

3. *Begleitung, Unterstützung, Förderung*

Wenn sich Menschen in kumulierenden Problemlagen befinden, beispielsweise wenn sie keine Lehrstelle finden und gleichzeitig ein Umzug der Familie ansteht, sollen die Betroffenen begleitet und unterstützt werden. Ausserdem soll der Fokus auf ihre Ressourcen gelegt und diese somit gefördert werden.

4. *Entwicklung, Optimierung struktureller Rahmenbedingungen*

Die Sozialpädagogik soll nebst ihrem Individuumsfokus auch die gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen hinterfragen und sich für Verbesserungen einsetzen. Dies soll einerseits innerbetrieblich stattfinden, andererseits sozialpolitisch diskutiert und angestossen werden.

Die Professionellen der Sozialen Arbeit können nach Bosshard, Ebert & Lazarus (2013) aufgrund folgender Berufsmerkmale die oben genannten Ziele gemeinsam mit der Klientel verfolgen, weil:

- „eine offene, unspezifische Aufgabenvielfalt,
- flexible und situativ abgestimmte Vorgehensweisen,
- umfassende Beschäftigung mit dem Alltag der Klientel,
- Bewegung im Sozialraum, Vielfalt der Orte der Begegnung und längere Zeitspannen der Begleitung,
- weniger Distanz herrscht und die sich daraus ergebende Notwendigkeit einer besonderen Gestaltung der Beziehung mit sich bringt.“

Ein weiteres wichtiges Ziel der Sozialpädagogik, aus Sicht der Lebensweltorientierung, ist nach Michael Tetzer (2012) die Stärkung der vorhandenen Ressourcen. Zudem sollen die sozialen Netzwerke der Personen eruiert und gestärkt werden. Damit soll erreicht werden, dass die betroffene Person den Alltag gelingend erleben kann und handlungsautonom wird. Inwiefern ein solch gelingender Alltag aussieht, soll in enger Zusammenarbeit zwischen den Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen und den Betroffenen ausgehandelt werden. Damit kann eine höhere Chancengleichheit in Bezug auf die gesamtgesellschaftlichen Strukturen erreicht werden und bspw. die Kinder und Jugendlichen befähigen, ihre Zukunft positiver zu gestalten. Ebenso sollte die Befähigung von Kindern und Jugendlichen das Ziel der sozialpädagogischen Arbeit sein, damit sie Orientierung in der Gesellschaft finden (S. 64).

2.2.3 Zusammenfassung

Sozialpädagogik hat den Auftrag, den pädagogischen Bedarf, den die Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufweisen, abzudecken. Sie orientiert sich dabei an den international geltenden Kinderrechten sowie an den allgemeinen Grundsätzen der

Sozialen Arbeit, wie sie im Berufskodex festgehalten sind. Die Autorinnen erachten besonders die vorgestellten Arbeitsprinzipien Lebensweltorientierung, Ortshandeln, Empowerment und Partizipation als wichtige Grundlagen für die sozialpädagogische Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ziele dabei sind Entwicklung und Entfaltung von Fähigkeiten, Stabilisierung und Förderung sowie die Entwicklung struktureller Rahmenbedingungen. Dabei orientiert sie sich an vorhandenen Ressourcen und unterstützt dabei das Erschliessen neuer Ressourcen.

3 Sozialpädagogische Begleitung von Übergängen in Anschlusslösungen

3.1 Übergänge im Alter von 12 bis 18 Jahren

Im Alter von 12 bis 18 Jahren stehen die Kinder und Jugendlichen vor wichtigen Entwicklungsaufgaben wie etwa dem Thema der Identitätsfindung (Kirchwegger, 2010, S. 272). Das Kapitel 3.1 befasst sich mit Übergängen und Erklärungsansätzen für belastende Situationen, Entwicklungsaufgaben, vor welche heutige Jugendliche gestellt werden sowie mit Bewältigungskonzepten für gelingende Übergänge.

3.1.1 Definition von Übergängen

Übergänge – auch als Transitionen oder Statuspassagen bezeichnet – sind einschneidende Veränderungen im Lebenslauf einer Person. Es sind Lebensereignisse, welche die Bewältigung von herausfordernden Situationen erfordern, Prozesse beschleunigen, das Lernen anregen und als bedeutsame Erfahrungen in der Identitätsentwicklung wahrgenommen werden (Wilfried Griebel & Renate Niesel, 2018, S. 37-38).

Nach Silke B. Gahleitner, Ulrike Scheuermann und Wolf Ortiz-Müller (2012) gehören Entwicklungs- und Reifungskrisen zu einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung. Die Ablösung von den Eltern, biografische Brüche, Trennungen, körperliche Veränderungen, Suche nach Identität u.a. sind Situationen, die fordern und fördern, aber auch schnell überfordern können. Nicht zwangsläufig entsteht daraus ein Bedarf an professioneller Hilfe. Übergänge sind jedoch selbst unter guten Lebensumständen eine Herausforderung (S. 81). Professionelle Hilfe bei kritischen oder krisenhaften Übergängen soll dabei einerseits Orientierungs- und Bewältigungshilfe anbieten, andererseits Lebensübergänge nicht pathologisieren und stigmatisieren (ebd.).

Institutionelle Übergänge: Kinder und Jugendliche, die aufgrund einer psychischen Störung Hilfe in Anspruch nehmen, stehen oft neben den entwicklungspsychologischen Übergangsrisiken zusätzlich vor der Herausforderung, institutionelle Übergänge zu bewältigen. Dazu gehört etwa der Übergang in eine Anschlusslösung nach einem Klinikaufenthalt. Diese Kinder und Jugendlichen sind also einem doppelten Übergangsrisiko ausgesetzt: dem der biografischen sowie dem der institutionellen Übergänge (Gahleitner et al., 2012, S. 81).

Übergänge als Krisen der Identitätsentwicklung

Der Übergang von einer Entwicklungsstufe in die nächste wird von Erik H. Erikson (1992) als Krise beschrieben. Zwischen den Bedürfnissen der einzelnen Person und den jeweiligen Anforderungen, mit denen sie in einem bestimmten Lebensabschnitt konfrontiert wird, entstehen Spannungen. Diese Konflikte oder Krisen gilt es in der persönlichen Entwicklung zu überwinden. Erikson setzt dabei einen vorgegebenen Lebenszyklus der Entwicklung voraus.

Um zur nächsten Entwicklungsstufe zu gelangen, müssen gewisse Entwicklungsaufgaben bewältigt werden. Krisen bedeuten im Modell von Erikson Verletzlichkeit sowie Potenzial des Einzelnen, eingebettet in den sozialen Zusammenhang (zit. in Griebel & Niesel, 2011, S. 21).

Bildungsübergänge als normative kritische Lebensereignisse

Bildungsübergänge, wie zum Beispiel der Eintritt in die Schule, können nach Sigrun Heide Filipp (1995) als kritische Lebensereignisse erlebt werden. Kritische Ereignisse sind räumlich und zeitlich definierte Ereignisse, welche einen Widerspruch oder Konflikt der Person zwischen Umwelt und sich selbst bringen und nach einer Lösung verlangen, um das Gleichgewicht wiederherzustellen. Die Ereignisse werden als „kritisch“ bezeichnet, weil sie einerseits Entwicklungschancen für persönliches Wachstum, andererseits Risiken und negative Entwicklungen beinhalten, wenn Versuche, die emotionale Belastung zu regulieren und so das Gleichgewicht wiederherzustellen, misslingen. Eine Neuorganisation wird notwendig, welche über Veränderungen innerhalb der Person, aber auch über Veränderungen der Umwelt durch die Person erfolgen kann. Das subjektive Erleben bestimmt jeweils, ob das Ereignis beispielsweise als belastend, bedeutend, erfreulich oder herausfordernd eingeschätzt wird (zit. in Griebel & Niesel, 2011, S. 27-28).

Übergänge als Entwicklungsaufgaben

Robert Havighurst (1982) strukturiert den Lebenslauf als Abfolge verschiedenster Veränderungen. Dies sind biologische Veränderungen des Organismus (z.B. in der Pubertät), Veränderungen aufgrund von der Gesellschaft gestellten Aufgaben (z.B. Schuleintritt) oder Veränderungen, die aufgrund der persönlich gesetzten Ziele erforderlich sind. Die Bewältigung dieser Veränderungen und möglicher Probleme bezeichnet Havighurst als Entwicklungsaufgaben (zit. in Griebel & Niesel, 2011, S. 18-19)

3.1.2 Entwicklungsaufgaben im Jugend- und jungen Erwachsenenalter

Der Entwicklungskontext für die im heutigen Zeitalter lebenden Kinder und Jugendlichen hat sich deutlich verändert, wie Inge Seiffge-Krenke schreibt (2012, S. 247). Die bisherige Aufgabe der Jugendphase war darauf ausgerichtet, sich auf ein eigenverantwortliches Leben vorzubereiten. Das Erreichen einer Berufsausbildung, Leben in eigenem Haushalt und Gründung einer Familie war der Start ins Erwachsenenleben. Nachdem sich die sozialen Lebensformen in den letzten 40 Jahren jedoch verändert haben, gestaltet sich auch der Übergang ins Erwachsenenalter vielseitiger und ist zeitlich nicht mehr deutlich eingegrenzt, meinen Sievers et al. (2015). Junge Erwachsene sind formal eigenverantwortlich, in vielen Lebensbereichen aber, wie zum Beispiel Ausbildung oder Wohnen, befinden sie sich in einem komplexen Gestaltungsprozess mit sozialen Abhängigkeiten (S. 19).

Trotz des stark veränderten Entwicklungskontextes werden nach wie vor die klassischen Entwicklungsaufgaben, wie sie Havighurst (1953) beschreibt, angestrebt (zit. in Seiffge-Krenke, 2012, S. 248). Für jede Altersstufe stehen dabei typische Aufgaben an, die von der Gesellschaft erwartet werden und deren Bewältigung Bedingung für eine Weiterentwicklung ist (ebd.).

Folgende Grafik zeigt die von Havighurst beschriebenen Entwicklungsaufgaben unter der Perspektive des Übergangs:

Mittlere Kindheit (6-12 Jahre)	Jugendalter (12-18 Jahre)	Frühes Erwachsenenalter (18-30 Jahre)
<ul style="list-style-type: none"> • Erlernen körperlicher Geschicklichkeit, die für gewöhnliche Spiele notwendig ist • Aufbau einer positiven Einstellung zu sich selbst als einen wachsenden Organismus • Lernen, mit Gleichaltrigen zurecht zu kommen • Erlernen eines angemessenen männlichen oder weiblichen sozialen Rollenverhaltens • Entwicklung grundlegender Fertigkeiten im Lesen, Schreiben und Rechnen • Entwicklung von Konzepten und Denkschemata, die für das Alltagsleben notwendig sind • Entwicklung von Gewissen, Moral und einer Werteskala • Erreichen persönlicher Unabhängigkeit • Entwicklung von Einstellungen gegenüber sozialen Gruppen und Institutionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau von neuen und reiferen Beziehungen zu Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts aufbauen • Übernahme der männlichen/weiblichen Geschlechtsrolle • Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und effektive Nutzung des Körpers • Emotionale Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen • Vorbereitung auf Ehe und Familienleben • Vorbereitung auf eine berufliche Karriere • Werte und ein ethisches System erlangen, das als Leitfaden für Verhalten dient • Sozial verantwortliches Verhalten erstreben und erreichen 	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl eines Partners / einer Partnerin • Mit dem Partner / der Partnerin leben lernen • Gründung einer Familie • Versorgung und Betreuung der Familie • Ein Heim herstellen, einen Haushalt organisieren • Berufseinstieg • Verantwortung als Staatsbürger/Staatsbürgerin übernehmen • Eine angemessene soziale Gruppe finden

Abbildung 3: Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz nach Havighurst unter der Perspektive des Übergangs (eigene Darstellung nach Inge Seiffge-Krenke, 2012, S. 248)

In der Literatur wird beschrieben, dass sich die Phase der Adoleszenz durch einen zeitlich früheren Beginn der Pubertät sowie späteren Eintritt ins Erwachsenenleben ausgedehnt hat. Seiffge-Krenke (2012) fasst zusammen, dass Kinder heute biologisch gesehen früher reif werden. Gleichzeitig sind junge Erwachsene beispielsweise durch das Angewiesensein auf finanzielle Unterstützung während einer Ausbildung länger von ihren Eltern abhängig. Die Lebensperspektive in Bezug auf Partnerschaft und Beruf ist allgemein weniger stabil geworden, alle Lebensphasen sind also in Bewegung geraten (S. 247-248). Der veränderte Entwicklungskontext in einer pluralistischen Welt der scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten

hat zur Folge, dass Entwicklungsübergänge von Kindern und Jugendlichen vermehrt als individuelle Krise und nicht mehr als kollektive Ereignisse erlebt werden (S. 256).

Weiter meint Seiffge-Krenke (2012), dass die gesellschaftlichen Veränderungen einerseits positiv zu bewerten sind, wie zum Beispiel der gestiegene Wert des Kindes oder Erziehungsprinzipien basierend auf Autonomie und Ebenbürtigkeit. Andererseits bringen die Veränderungen in einer zunehmend komplexer werdenden Welt für Kinder und Jugendliche auch ihre Kosten mit sich. Die Zahl von Kindern und Jugendlichen, die an psychischen Auffälligkeiten leiden, ist steigend. Dabei lässt sich klar feststellen, dass die herrschenden Probleme nicht nur innerseelisch bedingt sind, sondern häufig ihre Ursache in den veränderten Lebensbedingungen haben. Diese Tatsache weist auf die Notwendigkeit der Kooperation von Hilfesystemen für Personen in psychischen Belastungssituationen hin. Beispielsweise wird eine Verknüpfung der Sozialpädagogik mit sozialpsychiatrischen Ansätzen gefordert (S. 251-253).

Schlüsselfaktoren für einen gelingenden Übergang und die erfolgreiche Bewältigung der Entwicklungsaufgaben in der Jugendphase und im jungen Erwachsenenalter sind nach Sievers et al. (2015, S. 166-170):

- Soziale Beziehungen: Vorhandensein von unterstützenden sozialen Beziehungen und wichtigen Bezugspersonen
- Wohnsituation: sichere Wohnverhältnisse und Begleitung beim „Halten der Wohnung“ über einen längeren Zeitraum
- Bildungschancen: positive Erfahrungen im Bildungssystem begünstigen Resilienz
- Physische und psychische Gesundheit: Zugänge zu geeigneter Gesundheitsversorgung wie etwa psychiatrische oder psychotherapeutische Angebote
- Alltagspraktische Kompetenzen

3.1.3 Resilienzkonzept: Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung

Im Folgenden Unterkapitel wird das Konzept der Resilienz erklärt. Das Resilienzkonzept bietet einen Erklärungsansatz, weshalb Personen manchmal trotz schwierigster Lebensumstände Krisen und Übergänge erfolgreich bewältigen. Ebenso kann gezielte Förderung von Resilienz es als Handlungsstrategie für die Sozialpädagogik dienen.

Risikofaktoren und Vulnerabilität

Risikofaktoren sind Faktoren, welche die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen können, schreibt Michele Noterdaeme (2012). Das Vorhandensein von bestimmten Risikofaktoren erhöht die Wahrscheinlichkeit vom Auftreten einer Störung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, bei welcher diese Risikofaktoren nicht vorhanden sind. Risikofaktoren der

kindlichen Entwicklung werden in biologische, psychologische und soziale Risiken eingeteilt (S. 29):

Biologische Risiken	Psychologische Risiken	Soziale Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Genetische Faktoren • Erworbene biologische Risiken (perinatale Komplikation, Frühgeburt, Folgen von Mangelernährung) • Umweltfaktoren (Umweltverschmutzung, Nikotin- oder Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft) 	<ul style="list-style-type: none"> • Temperamentsmerkmale • Persönlichkeitsmerkmale 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Störung eines Elternteils • Armut • Migrationshintergrund • Vernachlässigung / Missbrauch

Abbildung 4: Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung (eigene Darstellung nach Noterdaeme, 2012, S. 29)

Vulnerabilität meint die individuelle Veranlagung, unter gewissen Risikobedingungen Symptome zu entwickeln. Es wird davon ausgegangen, dass bei Personen mit einer konstitutionellen Empfindlichkeit in Kombination mit psychosozialen Stressstörungen oder Erkrankungen entstehen können (ebd.).

Es konnte festgestellt werden, dass organisch belastete Kinder und Jugendliche durch Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen häufiger eine Sonderschule besuchen und ihr kognitives Leistungsniveau bedeutsam unter dem Niveau nicht belasteter Kinder liegt. Mit psychosozialen Risiken belastete Kinder zeigen im Alter von acht Jahren vermehrt Entwicklungsverzögerungen auf. Kinder mit multiplen Belastungen, also organische und psychosoziale, haben ungünstige Entwicklungsprognosen. Bei ihnen zeigen sich häufig kognitive sowie sozial-emotional ungünstige Entwicklungen (Heinrich Hölzl et al., 2011, S. 31-32).

Schutzfaktoren und Resilienz

Gegenüber den Risikofaktoren und der damit verbundenen Vulnerabilität stehen die Schutzfaktoren und das Konzept der Resilienz. Denn nicht alle Kinder und Jugendlichen, die unter erheblichen Risiken aufwachsen, erkranken an einer psychischen Störung. Dies wird mit dem Vorhandensein von protektiven Faktoren erklärt, welche die Bewältigung von Krisen und Belastungen ermöglichen und erleichtern. Protektive Faktoren werden in zwei Gruppen eingeteilt, die kindbezogenen und die umweltbezogenen Faktoren (Noterdaeme, 2012, S. 30):

Kindbezogene Faktoren	Umweltbezogene Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Weibliches Geschlecht (in der Kindheit) • Erstgeborenes Kind • Positives Temperament • Überdurchschnittliche Intelligenz • Positives Sozialverhalten • Aktives Bewältigungsverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson • Offenes, unterstützendes Familienklima • Familiärer Zusammenhalt • Modelle der Stressbewältigung • Soziale Unterstützung und Netzwerke • Stabile Freundschaften • Positive Schulerfahrung

Abbildung 5: Schutzfaktoren (eigene Darstellung nach Noterdaeme, 2012, S. 30)

Unter *Resilienz* versteht man die Fähigkeit, risikobehaftete Situationen zu durchlaufen, ohne psychisch zu erkranken. Resilienz ist kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern eine Fähigkeit, die im Verlaufe der Entwicklung erworben werden kann (Noterdaeme, 2012, S. 30-31).

3.1.4 Übergänge im Stressmodell

Die Stresstheorie nach Richard Lazarus (1995) erklärt Belastungsreaktionen und Belastungsbedingungen. Ausgangslage dafür ist die Auswirkung von Veränderungen auf den Einzelnen. Das Ausmass und die Dauer der Veränderung sowie ob diese von der Einzelperson erwünscht ist oder nicht, inwiefern sie beeinflusst oder kontrolliert werden kann und welche Ressourcen zur Verfügung stehen, spielen dabei für die Bewältigung eine Rolle. Reichen die vorhandenen Ressourcen zur Bewältigung nicht aus, entstehen Überforderung und Stress. Die Bewertung der anstehenden Veränderung durch den Einzelnen ist nach Lazarus bedeutend für die Bewältigung. Beispielsweise kann die Veränderung als Bedrohung oder aber als Herausforderung angesehen werden. Ebenfalls bewertet bzw. eingeschätzt werden können die eigenen Bewältigungsressourcen. Die Verbindung von objektiven Veränderungen und subjektiver Bewertung und Bewältigung wird als transaktionaler Stressansatz bezeichnet (Griebel & Niesel, 2011, S. 28-29).

Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Störungsentwicklung

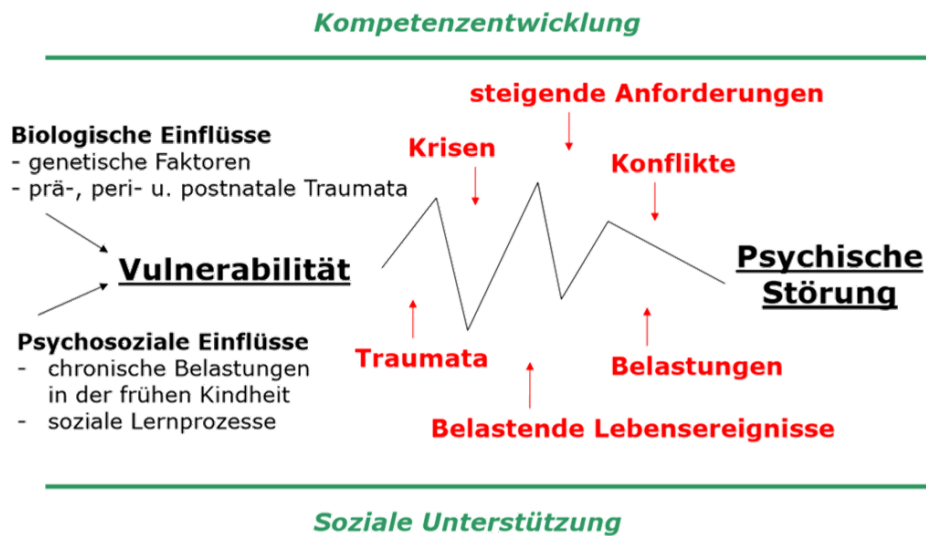


Abbildung 6: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Susanna Niehaus, 2019, S.4)

Aaron Antonovsky, Professor für Soziologie, zeigt in seinem Modell der Salutogenese auf, welche Faktoren zur psychischen Gesundheit beitragen. Er geht dabei davon aus, dass der Mensch in seinem Leben permanent Stressoren ausgesetzt ist (Wedemeyer & Wiesemann, 2017, S. 251). Ein Stressor ist eine „Lebenserfahrung, die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert ist“ (Antonovsky, 1997, zit. in Wedemeyer & Wiesemann, 2017, S. 251). Anstelle von pathologischen Erklärungen, weshalb der Mensch krank geworden ist, sucht Antonovsky nach gesundheitsfördernden Bedingungen. Diese nennt er Widerstandsressourcen. Die Vereinigung aller Widerstandsressourcen bezeichnet Antonovsky als Kohärenzgefühl. Das Kohärenzgefühl ist in der Lage, Spannungszustände, welche von Stressoren erzeugt werden, zu lösen. Mithilfe des Kohärenzgefühls lassen sich Stresssituationen, zu denen auch psychische Störungen oder Krankheiten gehören, eher bewältigen (Wedemeyer & Wiesemann, 2017, S. 252).

3.1.5 Bewältigung von Übergängen

Was braucht es für einen gelungenen Über-Gang und dass es keinesfalls zu einem reinen Über-Stehen oder gar Über-Reden wird, wie Regina Groot Bramel (2016) dies so schön ausdrückt (S. 84). Angeknüpft an das Resilienzkonzept werden in diesem Kapitel werden zwei miteinander verwandte Konzepte vorgestellt, die aus sozialpädagogischer Perspektive für die Bewältigung von Übergängen zentral sind.

Ressourcenbegriff

Der Begriff Ressource stammt aus dem Französischen und bedeutet dort ursprünglich „Hilfsquelle“ oder auch „Erholung“. In den Feldern Psychiatrie und Soziale Arbeit wird er

vielfältig gebraucht: als Potenziale oder Kraftquellen in komplexen sozialen oder sozioökonomischen Lebenssituationen, als Erwerbsarbeit, Bildung, zwischenmenschliche Beziehungen wie auch individuelle Stärken (Franz-Christian Schubert, 2012, S. 112). Eine Definition, die diese Unbestimmtheit des Ressourcenbegriffs zum Ausdruck bringt, lautet: „Letztlich kann alles, was von einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation wertgeschätzt und/oder als hilfreich erlebt wird als eine Ressource betrachtet werden“ (Nestmann, 1996, zit. in Schubert, 2012, S. 112). Unter Ressourcen werden auch „Merkmale oder Attribute verstanden, welche über die Lebensspanne hinweg die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, kritischen Lebensereignissen oder belastenden Entwicklungsübergängen erleichtern oder zu einer positiven Bilanz von Entwicklungsgewinnen und -verlusten beitragen“ (Brandstätter et al., 2003, zit. in Schubert, 2012, S. 113).

Gemäss Schubert & Knecht (2011) sind Ressourcen positive, personale, soziale und materielle Gegebenheiten, Objekte, Mittel, Merkmale bzw. Eigenschaften. Sie können von Personen genutzt werden, um alltägliche oder spezifische Lebensanforderungen wie auch psychosoziale Entwicklungsaufgaben zu bewältigen und um psychische wie physische Bedürfnisse und eigene Wünsche zu erfüllen und Lebensziele zu verfolgen. Schlussendlich können Ressourcen also dazu beitragen, Gesundheit und Wohlbefinden zu erhalten bzw. wiederherzustellen (zit. in Schubert, 2012, S. 112).

Eine gelingende Lebensführung ist ohne das Vorhandensein und den Einsatz von Ressourcen nicht möglich. Ebenso sind Veränderungsprozesse beim Menschen ohne Ressourcen nicht denkbar. Das Erfassen vom Ressourcenpotenzial der Klientinnen und Klienten ist daher zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit/Sozialpädagogik (Schubert, 2012, S. 118).

Ressourcen werden in zwei Klassen eingeteilt: Ressourcen auf Seiten der Person und Ressourcen auf Seiten der Umwelt (Schubert, 2012, S. 117-118).

Persönliche Ressourcen	Umweltressourcen
<ul style="list-style-type: none"> • Physische Ressourcen: körperliche Konstitution, Gesundheit, Attraktivität u.a. • Psychische Ressourcen: kognitive Fähigkeiten, positive Einstellung (Zuversicht, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Selbstwertgefühl, Kohärenzgefühl etc.), Handlungsressourcen und Bewältigungsstile (Copings), Inhabe von anerkannter Rolle in Familie, Beruf, sozialer Gemeinschaft u.a. • Interaktionelle Ressourcen: Konfliktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Fähigkeit zum Ausgleich von erhaltener Unterstützung und zur angemessenen Wiedergutmachung (z.B. in Partnerschaft, Freundschaften, Familie etc.) • Ökonomische Ressourcen: Einkommen, Kapital, Eigentum 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozial nahe Beziehungsressourcen auch: psychosoziale oder interpersonelle Ressourcen: Partnerschafts-, Familien- und Freundschaftsbeziehungen mit emotionaler Teilhabe, Fürsorge, Anerkennung, Vertrauen u.a. • Soziale Ressourcen: soziale Integration in (erweiterte) Netzwerke (z.B. Arbeitsteam oder Wohnviertel) mit Gestaltungs- und Teilhabemöglichkeiten und Unterstützungshilfen u.a. • Sozialökologische Ressourcen: Wohnqualität, Arbeitsplatzqualität, sozialökologische Infrastruktur inkl. Technik und Natur, sozialstaatliche und soziokulturelle Ressourcen wie sozialstaatliche monetäre Transferleistungen, Zugang zu Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen, kulturellen Angeboten u.a.

Abbildung 7: Ressourcen (eigene Darstellung nach Schubert, 2012, S. 117-118)

Ressourcenarbeit

Ressourcenarbeit unterstützt Personen dabei, ihre Potenziale wahrzunehmen, zu entwickeln und gezielt zur Lebensbewältigung einzusetzen. Ein wichtiger Teil der Ressourcenarbeit ist, die vorhandenen Ressourcen zu erfassen, wie auch potenzielle Ressourcen aufzuzeigen. Dazu gibt es verschiedenste ressourcendiagnostische Verfahren. Z.B. „Das Berner Ressourceninventar“, das „Ressourceninterview“, Netzwerkkarten, Ecogramme etc. Danach gilt es, die erfassten Ressourcen zu aktivieren. Über den aktiven Einsatz von Ressourcen können diese persönlich erfahren und verfestigt werden (Schubert, 2012, S. 122-125).

Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen

Eine Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen weist auf die grosse Bedeutung von sozialen Beziehungen auf unsere Lebensführung und Lebensbewältigung hin. Netzwerke können interaktiv schützend sein und sich positiv auf Wohlbefinden und Gesundheit auswirken. Indem sie zu einem besseren Wohlbefinden beitragen, wirken soziale Beziehungssysteme präventiv sowie auch als Rückhalt in Belastungssituationen und kritischen Lebensübergängen. Soziale Netzwerke schaffen Voraussetzungen für das Überwinden von Unsicherheit, Krisen und Störungen (Weinhold & Nestmann, 2012, S. 53-54).

Es gibt vier zentrale Dimensionen sozialer Unterstützung (Weinhold & Nestmann, 2012, S. 55):

- *Emotionale Unterstützung* bewirkt Gefühl von Zugehörigkeit. Hilfeaktivitäten wie Zuwendung, Fürsorge, allgemeine Wertschätzung, aufmerksames Zuhören,

Signalisieren von Anteilnahme. Die emotionale Unterstützung gilt als die wichtigste Support-Dimension.

- *Instrumentelle bzw. praktische Unterstützung* meint Hilfen bei täglichen Aufgaben oder die Pflege hilfebedürftiger Personen wie auch materielle Unterstützung.
- *Informative Unterstützung* bedeutet das Bereitstellen von relevanten Informationen in Form von Ratschlägen, Hinweisen, problemzentrierten Gesprächen und Beratung.
- *Interpretative bzw. bewertungsbezogene Unterstützung* ist das Vermitteln von Achtung, Anerkennung und Respekt. Diese Form von Unterstützung bezieht sich auf die Einschätzung von Situationen (z.B. „Das ist eine Bewährungsprobe“) oder Einschätzung von Bewältigungsmöglichkeiten und Kompetenzen der Person (z.B. „Du kannst das schaffen“).

Soziale Unterstützung kann entweder als Haupteffekt wirken, damit zum Beispiel der Übergang in eine neue Arbeitsstelle gelingt oder als Puffereffekt, damit bereits erlebter Stress nicht in einer chronischen Krankheit mündet; z.B. bei der Trauer um eine verstorbene Person in einer Depression (Weinhold & Nestmann, 2012, S. 57).

Griebel und Niesel (2011) definieren den Begriff Transitionskompetenz gar als die Kompetenz des gesamten sozialen Systems, Übergänge zu bewältigen, nicht nur des Kindes alleine. Dies, weil in kritischen Übergangssituationen die Kompetenzen aller Beteiligten gefragt sind. Beispielsweise sind die Eltern jeweils stark beteiligt an der Gestaltung von Bildungsübergängen (S. 38).

3.1.6 Zusammenfassung

Übergänge sind Veränderungen im Lebenslauf, beispielsweise der Eintritt in die Schule, ein Wohnortwechsel oder der Berufseinstieg. Übergänge sind generell Herausforderungen. Wenn eine solche Herausforderung als belastend erlebt wird und nicht ausreichend Ressourcen zur Bewältigung vorhanden sind, kann es zu Krisen kommen, wie das Stress-Modell und das Resilienzkonzept erklären. Kinder und Jugendliche, die neben biografischen auch noch institutionelle Übergänge zu bewältigen haben, wie etwa der Übergang in eine Anschlusslösung, sind einem doppelten Übergangsrisiko ausgesetzt. Der Ressourcenansatz sowie das Konzept der sozialen Netzwerke zeigen auf, wie der gezielte Einsatz von Ressourcen und sozialer Unterstützung dazu beiträgt, dass kritische Übergänge erfolgreich bewältigt werden können.

3.2 Anschlusslösungen nach einem stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und deren Herausforderungen

Aufenthalte in einer Kinder und Jugendpsychiatrie sind keine längerfristigen Platzierungen, sondern Interventionen beispielsweise in Krisen, zur Therapie oder zu einer Abklärung. Wenn eine Rückkehr in die Herkunftsfamilie nicht sinnvoll erscheint, kommt es zu Platzierungen. Eine Platzierung ist laut Blülle (2013) dann indiziert, wenn das Kindeswohl nicht gesichert ist, dem Kind also kein verantwortbares Entwicklungsumfeld zur Verfügung gestellt werden kann (S. 27). Solche Situationen können beispielsweise durch Versorgungskrisen der Familie, Erziehungsprobleme, Misshandlungen oder besonderer Förder- und Bildungsbedarf bei fehlendem Angebot am Wohnort hervorgerufen werden (Blülle, 2013, S. 9 / 27). Wenn eine Platzierung nicht notwendig ist, aber dennoch Unterstützungsbedarf besteht, gibt es diverse ambulante Angebote, die als Anschlusslösung in Betracht gezogen werden können. Wenn nach einem stationären Aufenthalt in einer Klinik kein weiterer Unterstützungsbedarf besteht und gute Entwicklungsbedingungen gewährleistet sind, kann das Kind oder die/der Jugendliche in die Herkunftsfamilie und in den gewohnten Alltag zurückkehren.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass die Schweiz über eine komplexe Jugendhilfestruktur verfügt. Blülle (2013) erklärt, dass gesetzliche Grundlagen für Eingriffe in die elterlichen Befugnisse wohl mit den Kinderschutzbestimmungen im ZGB geregelt sind. Jedoch gibt es keine nationale Leistungsgesetzgebung, die die Sicherstellung entsprechender Hilfeangebote, wozu auch die genannten Anschlusslösungen gehören, beinhaltet. Somit können Bürgerinnen und Bürger im Bedarfsfall auch keinen Rechtsanspruch darauf geltend machen. Die Ausgestaltung der Kinder- und Jugendhilfesysteme obliegt den Kantonen und wird sehr unterschiedlich vorgenommen (S. 12).

Nachfolgend eine kurze Auflistung, welche Arten unterschiedlicher Anschlusslösungen nach einem stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie möglich sind und was für Indikationen dafür vorhanden sein müssen. Zusätzlich sind die entsprechenden Herausforderungen erwähnt. Die Auflistung hat nicht den Anspruch, abschliessend und umfassend zu sein, sondern soll lediglich als eine Übersicht dienen. Teilweise wurde in diesem Kapitel ein Interview aus dem Forschungsteil als Quelle verwendet. Dies, da die befragte Fachperson über ein detailliertes Wissen aktueller Handhabungen aus der Praxis verfügt und Herausforderungen aus dem Platzierungsalltag treffend beschreibt.

3.2.1 Familiäre Anschlusslösungen

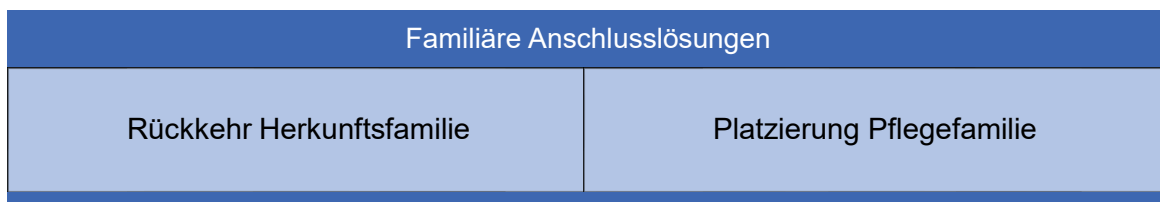


Abbildung 8: Familiäre Anschlusslösungen (eigene Darstellung)

Rückkehr Herkunftsfamilie

Eine Reintegration in die Familie wird von Kinder- und Jugendpsychiatrien grundsätzlich als Ziel angestrebt (Fachperson der Sozialen Arbeit, Interview B vom 28. Mai 2019).

Indikation

Eine Patientin / ein Patient kann dann in seine Herkunftsfamilie zurückkehren, wenn die Person sowie deren Umfeld soweit stabil sind, dass das Kindeswohl nicht gefährdet ist und so eine positive Entwicklung möglich erscheint (Blülle, 2013, S. 17-18).

Herausforderungen

Mitarbeitende der Psychiatrie erleben Situationen, in denen kein Wunsch nach einer Rückkehr in die Familie seitens der Patientinnen und Patienten besteht. Gründe dafür sind individuell und unterschiedlich. Dieser Wunsch entsteht oft, nachdem die Patientin oder der Patient längere Zeit in der Klinik verbracht hat und wenig Kontakt zu den Eltern stattgefunden hat. Die Herausforderung ist hier der Spagat zwischen Stärken des Familiensystems sowie Fördern der Beziehungen und Berücksichtigung des Patientenwillens. Schlussendlich muss eine für die Entwicklung der Kinder oder der Jugendlichen förderliche Entscheidung getroffen werden, welche oft keine einfache ist (Fachperson der Sozialen Arbeit, Interview B vom 28. Mai 2019).

Eine Herausforderung ist es ebenfalls, wenn sich die Zusammenarbeit mit einer Familie als schwierig gestaltet. Beispielsweise, wenn sich die Familie stark zurückzieht, Termine nicht wahrgenommen und Absprachen nicht eingehalten werden. Aber auch, wenn keine Kooperationsbereitschaft seitens der Familie vorhanden ist und gegeneinander statt miteinander gearbeitet wird. Dies entsteht meist aufgrund des fehlenden Verständnisses für die Situation der Kinder und Jugendlichen (ebd.).

Platzierung Pflegefamilie

Eine andere Form einer familiären Anschlusslösung ist die Platzierung in einer Pflegefamilie. Im Vergleich zu vielen Heimsituationen bedeutet eine Pflegefamilie eine stabile Beziehungsstruktur, in der die Kinder ein Zugehörigkeitsgefühl erleben, emotionale Sicherheit

und Geborgenheit vermittelt bekommen sowie Familienerfahrungen machen können, welche ihnen zur Orientierung im weiteren Leben dienen (Fachstelle Kinderbetreuung, ohne Datum).

Indikation

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass eine Platzierung in einer Pflegefamilie für ein breites Spektrum an Kindern eine geeignete Form der Unterbringung sein kann und dass ein grosser Teil von Familienplatzierungen als gelingend eingestuft werden kann, fasst Benjamin Shuler (2013) verschiedene Untersuchungen zusammen (S. 94). Forschungsergebnisse lassen darauf schliessen, so Shuler (2013), dass besonders für Kinder und Jugendliche mit internalisierten Problemen (zum Beispiel Ängste oder sozialer Rückzug) sowie Eltern, welche die Platzierung mittragen, eine Pflegefamilie eine sinnvolle Anschlusslösung sein kann. Für Kinder und Jugendliche mit externalisierten Problemen, zum Beispiel aggressivem Verhalten, oder mit von vornherein unkooperativen Eltern ist eine Familienplatzierung keinesfalls ausgeschlossen, in diesem Fall besteht jedoch eine anspruchsvolle Ausgangslage (ebd.).

Herausforderungen

Herausfordernd bei Platzierungen in Pflegefamilien ist laut Kathrin Barbara Zatti (2005) der Umstand, dass ein Pflegeverhältnis grundsätzlich für alle Beteiligten eine Ausnahmesituation darstellt: Für das Pflegekind, weil dieses nicht bei seinen leiblichen Eltern oder einem Elternteil aufwachsen kann, wie es von der Gesellschaft als «normal» erachtet wird; für die leiblichen Eltern, weil sie, aus welchen Gründen auch immer, ihre elterliche Funktion und Verantwortung für ihr Kind nicht wahrnehmen können; für die Pflegeeltern, weil diese zwar mit dem Kind zusammenleben und es wie ihr eigenes umsorgen, aber nicht die leiblichen Eltern sind und (anders als bei einer Adoption) nicht die elterliche Sorge für das Kind innehaben. Diese Ausnahmesituation bietet auf verschiedenen Ebenen Konfliktpotenzial (S. 9).

Eine weitere Herausforderung für Pflegefamilien ist, mit der grossen Belastung umzugehen, welche die Kinder und Jugendlichen teilweise mit sich bringen. Es stellt sich die Frage, ob die Familie bereit und auch tragfähig ist, Kinder und Jugendliche mit komplexen Problemstellungen aufzunehmen. Faktoren, die höchste Ansprüche an ein aufnehmendes System stellen und meist nur von professionellen Pflegefamilien bewältigt werden können, sind laut Shuler (2013): Devianz/Kriminalität, Suchterkrankung, psychische Erkrankung oder schwere Verhaltensauffälligkeit der zu platzierenden Kinder/Jugendlichen (S. 95). Zu berücksichtigen ist jeweils auch, dass die Pflegefamilien ebenso unterschiedlich wie die ihnen anzuvertrauenden Kinder und Jugendlichen sind. Wenn für ein bestimmtes Kind mit seinen individuellen Bedürfnissen trotz aller Bemühungen keine passende Familie gefunden werden kann, ist eine anderweitige Platzierung die bessere Option (ebd.).

3.2.2 Ambulante Anschlusslösungen

Ambulante Anschlusslösungen			
Therapeutische/ medizinische Anbindung	Beratende Angebote (z.B. Erziehungs- beratung, Suchtberatung)	Selbsthilfegruppen/ Angehörigengruppen	Familienbegleitung/ aufsuchende Arbeit

Abbildung 9: Ambulante Anschlusslösungen (eigene Darstellung)

Häufig folgt auf einen Psychriaufenthalt eine ambulante therapeutische Anbindung, wo die Patientin / der Patient weiterhin regelmässig eine Therapie besucht. Dies können Einzeltherapien aber auch Gruppen- oder Familientherapien sein (Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden, ohne Datum). Ambulante Angebote beinhalten auch Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche zu spezifischen Themen wie beispielsweise Sucht oder auch Beratungsangebote für Eltern. Selbsthilfegruppen, in denen sich Menschen mit demselben Problem oder einem gemeinsamen Anliegen in einer gleichen Lebenssituation zusammenschliessen, um sich gegenseitig zu helfen, beraten und unterstützen, können auch eine Form der ambulanten Hilfe sein. «Direkt Betroffene sowie Angehörige erleben in der Selbsthilfe nicht nur Hilfe und Solidarität, sondern übernehmen durch die aktive Teilnahme Selbstverantwortung. So erreichen sie einen höheren Grad an Selbstbestimmung.» (Selbsthilfe Schweiz, ohne Datum). Eine weitere Form der ambulanten Betreuung kann die Einrichtung einer Familienbegleitung über längere oder kürzere Zeit sein. Familienbegleitungen unterstützen und begleiten Familien mit dem Ziel, Ressourcen zu erschliessen und zu fördern und die Kompetenz der Familie zu stärken (Fachstelle Kinderbetreuung, ohne Datum).

Indikation

Ambulante Angebote können Mangellagen kompensieren, bevor sich diese chronifizieren (Blülle, 2013, S. 25). Wird bei einem Kind oder einer Jugendlichen/einem Jugendlichen in einer kritischen Lebenssituation eingeschätzt, dass ausreichend Ressourcen vorhanden sind oder mittels Hilfsangeboten aktiviert werden können, wird oft auf ambulante Unterstützungsangebote zurückgegriffen.

Herausforderungen

Die meisten ambulanten Anschlusslösungen haben teilweise monatelange Wartezeiten. Somit ist eine direkte ambulante Anbindung nach einem Psychriaufenthalt in den wenigsten Fällen gegeben (Fachperson der Sozialen Arbeit, Interview B vom 28. Mai 2019).

Eine weitere Herausforderung stellt die Finanzierung der vielfältigen ambulanten Angebote dar. Bei gewissen Angeboten, zum Beispiel Hometreatment Aargau, bei der eine Behandlung fachärztlich indiziert ist, kann ein Teil der Kosten über die Grundversicherung der Krankenkasse übernommen werden (Hometreatment Aargau, ohne Datum).

3.2.3 Stationäre Anschlusslösungen

Stationäre Anschlusslösungen					
Kinder- und Jugendheime	Schulheime	begleitete Wohngemeinschaften	Therapieheime	Psychiatrische Therapiestationen	Beobachtungs- und Abklärungsstationen

Abbildung 10: Stationäre Anschlusslösungen (eigene Darstellung)

Stationäre Anschlusslösungen sind Institutionen, welche Kinder- und Jugendliche kurz-, mittel- oder langfristig aufnehmen und je nach Bedarf zu einer Stabilisierung beitragen, Entwicklung ermöglichen und fördern oder Abklärungsaufgaben übernehmen (Fachperson der Sozialen Arbeit, Interview B vom 28. Mai 2019).

Eine Auswertung der Universitätsklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Beck und Warnke (2009) ging der Frage nach, bei wie vielen Kindern- und Jugendlichen nach einem Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine stationäre Anschlussmassnahme realisiert wurde. Bei 23 Prozent aller behandelten Kinder und Jugendlichen in einer Klinik wurde direkt eine Massnahme eingeleitet, wovon jede dritte eine stationäre Anschlusslösung war. Bei weiteren 24 Prozent wurde ein Bedarf festgestellt, der jedoch nicht direkt umgesetzt wurde (zit. in Beck, 2012, S. 69-70). Es besteht also ein hoher Versorgungsbedarf für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen. In den stationären Erziehungshilfen kommt es zu einer Verdichtung hochbelasteter Jugendlichen mit psychischen Störungen. Je älter die Kinder und Jugendlichen sind, desto höher ist der Bedarf an einer stationären Hilfemassnahme (Beck, 2012, S. 70).

Indikation

Eine stationäre Anschlusslösung folgt meist bei vielfältigen und kumulierenden Belastungen, die die Herkunftsfamilie trotz externer Unterstützung nicht ausreichend bewältigen kann, schreibt Karl Diethelm (2013, S. 124). Als Ausgangssituationen, welche zu Platzierungen führen können, zählt er folgende (S. 125):

- Das Kind bzw. der/die Jugendliche zeigt massive dissoziale Verhaltensweisen, die durch ambulante Unterstützungsmassnahmen nicht abgebaut werden können.

- Das Kind bzw. der/die Jugendliche gefährdet aufgrund eingeschränkter Selbstkontrolle sich selbst oder andere.
- Ambulante pädagogische, diagnostische und/oder therapeutische Massnahmen reichen nicht aus, um eine förderliche Entwicklung zu gewährleisten.
- Die Eltern sind trotz Unterstützung vorübergehend oder dauerhaft in ihrer Betreuungsaufgabe in erheblichem Masse überfordert.
- Die Beziehung zwischen Eltern und Kind oder die elterlichen Handlungen bedeuten eine Gefährdung für das Wohl und die Entwicklung des Kindes (zum Beispiel Vernachlässigung oder Misshandlung).

Herausforderungen

Auch bei den stationären Anschlusslösungen besteht das Problem der Wartezeiten, beziehungsweise, dass möglicherweise in der passenden Institution aktuell keine freien Plätze vorhanden sind (Fachperson der Sozialen Arbeit, Interview B vom 28. Mai 2019).

Ein weiteres Problem sind die fehlenden Angebote. Oft ist es schwierig, für Patientinnen und Patienten mit teilweise äusserst komplexen Lebensumständen überhaupt eine passende Institution zu finden. Dazu kommt, dass eine langfristige und gelingende Anschlusslösung meist nur dann gelingt, wenn die Patientin/der Patient selbst davon überzeugt ist (ebd.).

3.2.4 Zusammenfassung

Nach einem stationären Klinikaufenthalt gilt es, geeignete Anschlusslösungen zu finden. Primär wird versucht, die Kinder und Jugendlichen in ihrem Herkunftsumfeld wieder zu integrieren. Ambulante Angebote wie zum Beispiel Therapien, Beratungsangebote oder Familienbegleitung können als unterstützende Massnahmen bei einer Rückkehr in die Herkunftsfamilie installiert werden. Ist eine Rückkehr in das bisherige Umfeld nicht möglich, kann als andere familiäre Anschlusslösung eine Platzierung in einer Pflegefamilie indiziert sein. Das Kind oder der/die Jugendliche hat so die Möglichkeit, sich in einem familiären Umfeld zu entwickeln und von langfristigen, tragfähigen Beziehungen zu profitieren. Weiter gibt es verschiedenste stationäre Anschlusslösungen wie Heimplätze, Therapieaufenthalte, begleitete Wohngemeinschaften u.a. Wichtig bei der Platzierung ist es, einen dem Bedarf der Patientin/des Patienten entsprechenden passenden Ort zu finden, so dass eine bestmögliche Entwicklung stattfinden kann.

3.3 Sozialpädagogik und Begleitung von Übergängen in eine Anschlusslösung

Das Kapitel 3.3 zeigt den Beitrag, den die Sozialpädagogik konkret bei der Gestaltung und Begleitung von Übergängen leisten kann. Als Erstes folgt ein Versuch einer Definition des Aufgabenbereichs der Sozialpädagogik bei der Gestaltung von Übergängen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Weiter wird die Bedeutung der Haltung und des Menschenbildes von

sozialpädagogischen Fachpersonen aufgezeigt, ebenso die Art und Weise, wie Übergänge strukturiert werden können. Zum Schluss findet sich eine Sammlung verschiedener möglicher Herangehensweisen, Methoden und Handlungsleitlinien für die Gestaltung und Begleitung von Übergängen.

3.3.1 Aufgaben der Sozialpädagogik bei der Gestaltung von Übergängen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in eine Anschlusslösung

Die Grundaufgaben der Sozialpädagogik richten sich vermehrt komplexitätserhaltend, prozessorientiert, beratend und begleitend sowie systemorientiert aus. Deshalb wird dies auch bei Übergängen so gelebt, insbesondere nach lebensweltorientierter Sicht. Somit ist der Einbezug des Umfeldes und somit auch Erhaltung der Komplexität grundlegend bei Übergängen in eine Anschlusslösung (Tetzer, 2012, S. 64). Zusätzlich muss die Realität erprobt und gelebt werden, bevor es zu einem Austritt kommt. Dort kann die Sozialpädagogik wieder einsetzen und diese Lernfelder vor dem Übergang kreieren und bei der Findung einer Anschlusslösung dafür sorgen, dass weiterhin Lernumfelder geschaffen werden (Ramb & Colla, 2012, S. 198). Um das Umfeld zu eruieren, wäre es sinnvoll, dass vor einem Übertritt eine Sozialdiagnose und Anamnese durchgeführt wird, damit der Übergang möglichst gelingt (Marc Schmid, 2012, S. 123). Eine weitere Aufgabe der Sozialpädagogik besteht darin, die psychiatrisch notwendigen Behandlungen in den Prozess einzubeziehen, damit möglicherweise Gegensätze im Behandlungsprozess frühzeitig erkannt und angegangen werden. So kann es sein, dass pädagogisch gesehen der Einbezug der Familie in den Übergangsprozess von höchster Wichtigkeit zu sein scheint, es jedoch aus psychiatrischer Sicht wirkungsvoller wäre, wenn sich der / die Betroffene autonom in den Übergang begeben könnte (Michael Kölch & Jörg M. Fegert, 2012, S. 171). Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen können zudem Koordinationsfunktionen übernehmen, da diese Aufgabe zu ihren Kernkompetenzen zählt. Sie sollten darum bemüht sein, alle beteiligten Personen und Systeme miteinzubeziehen. Sozialpädagogische Fachpersonen können die Kommunikation übernehmen, über Angebote aufklären und Rahmenbedingungen schaffen. Weiter wäre es denkbar, dass die Sozialpädagogik aufsuchend oder ambulant im System arbeitet, um den Übergang zu erleichtern (Kölch & Fegert, 2012, S. 171-172).

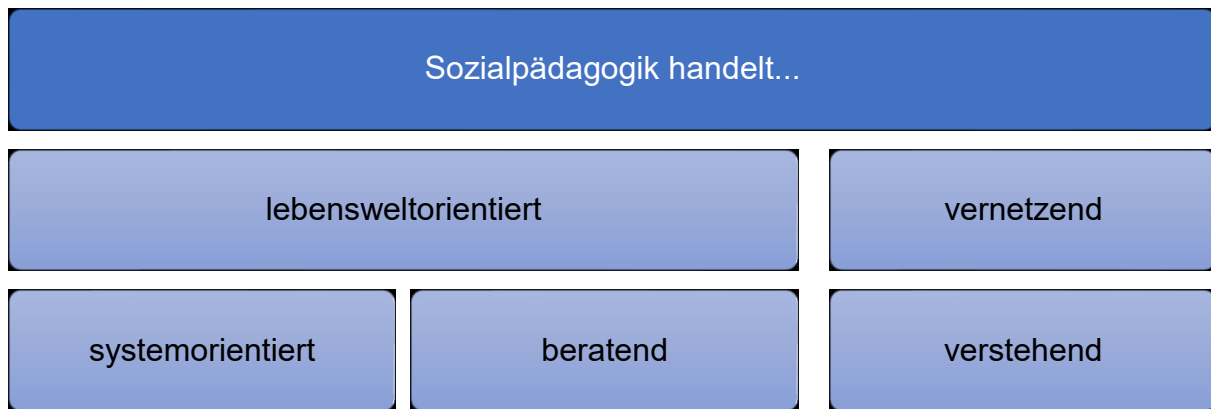


Abbildung 11: Sozialpädagogisches Handeln (eigene Darstellung)

3.3.2 Haltung

Mit einem nicht primär pathologisierenden, sondern mit einem Blick, der stets auf positive Veränderung gerichtet ist, eröffnet die Sozialpädagogik bereits durch ihre Haltung und ihr Menschenbild neue Perspektiven. Die Orientierung an der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten sowie das Erfassen von vorhandenen Ressourcen und Aktivieren von neuen Ressourcen können vielversprechende Handlungsansätze bringen.

In Übergangssituationen, die immer mit Ungewissheit verbunden sind, ist das Vermitteln von Hoffnung eine starke positive Kraft, schreibt Bramel (2016, S. 95). Marie-Luise Conen gibt einem ihrer Bücher den Titel „Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden“. Sie beschreibt darin, wie Familien mit einer Haltung der Hoffnung es schaffen, ihre Fähigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen zu aktivieren und so einen Weg finden (Conen, 2002).

Mit einer positiven, lebensbejahenden und ressourcenorientierten Haltung leisten Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen bereits einen wichtigen Beitrag zu einem gelingenden Übergang.

3.3.3 Vorbereitung und Strukturierung

Bramel (2016) fasst fünf Schritte zusammen, welche wichtig sind für die Gestaltung von Übergängen im Tagesverlauf. Die Autorinnen der vorliegenden Arbeit sehen das Prinzip dieser fünf Schritte ebenfalls als eine mögliche Herangehensweise für die Gestaltung von bedeutenderen Übergängen. Die Schritte können eine Hilfestellung sein, Übergänge in eine Anschlusslösung sorgfältig zu planen und die Beteiligten verständnisvoll, ermutigend und zielorientiert dabei zu begleiten. Im Folgenden sind die fünf Schritte zusammengefasst (S. 71-72):

1. *Lupenblick: Worum geht es?*

In einem ersten Schritt soll eine Situation genauer betrachtet werden. Es soll festgestellt werden, welche verschiedenen Anliegen und Fragen der Beteiligten vorhanden sind.

2. *Prioritätenblick: Was hat Vorrang?*

Zweitens soll festgelegt werden, was aktuell das Wichtigste ist, worauf es am meisten ankommt. Ebenso soll entschieden werden, welche Dinge zu Gunsten des Wesentlichen zurückgestellt werden.

3. *Zielblick: Was soll erreicht werden?*

Ein oder mehrere Ziele sollen definiert werden, zudem soll ein Handlungsplan erstellt werden, auf welchem Weg diese Ziele erreicht werden.

4. *Panoramablick: Woran wird festgehalten?*

Hier geht es darum, festzustellen, was hilfreich dazu beiträgt, Handlungssicherheit zu gewinnen. Diese Dinge sollen zu guten Gewohnheiten erklärt werden und als Routine ihren Platz im Alltag finden.

5. *Rückblick: Was hat geklappt? Was wird noch besser?*

Als letztes folgt der Schritt der Reflexion und des Gedankenaustausches, wobei Gelungenes hervorgehoben, aus Fehlern gelernt und Alternativen erkannt werden können.

Weiter erläutert Bramel (2016) am Beispiel der krisenhaften Lebenssituation des Eltern-Werdens, wie wichtig eine sorgfältige Vorbereitung ist, damit Übergänge möglichst gut verlaufen. Auch wenn sich Pläne kurzfristig ändern, trägt eine gute Vorbereitung dazu bei, Halt in schwierigen Situationen zu finden (S. 95). Zu einer guten Vorbereitung gehören laut Bramel (2016, S. 96):

- Aneignung von fachlichem Wissen
- Planung von Unterstützung
- Erarbeiten eines zeitlichen Ablaufes
- Gestaltung von Räumen
- Austausch mit Menschen in ähnlichen Lebenssituationen

3.3.4 Handlungsansätze und Methodenrepertoire

Im folgenden Teil werden kurz einige Handlungsansätze und Methoden aus dem Fachbereich der Sozialpädagogik vorgestellt, die bei der Gestaltung von Übergängen hilfreich sein können. Die Sammlung ist nicht abschliessend.

Aufarbeitung der eigenen Biografie:

Ein wichtiger Schritt vor, während oder nach einem Übergang kann die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie sein. Dieser Schritt gehört zum Prozess des Erwachsenwerdens,

beziehungsweise ist sogar Grundlage für einen gelingenden Übergang in ein eigenständiges Leben, schreiben Sievers et al. (2015). Ziel der Biografiearbeit ist es, emotionale Stabilität und ein positives Selbstwertgefühl zu entwickeln. Dazu bedarf es in den meisten Fällen einer Aussöhnung mit belastenden Erfahrungen. Die Methoden für Biografiearbeit sind sehr vielfältig. Sie kann beispielsweise in Gruppen stattfinden, mit Spielen Übungen, Fantasiereisen, Verarbeitung in Briefen gestaltet werden sowie durch den Einsatz von Medien oder Besuche von Orten der Vergangenheit (S. 116-118).

Gruppenangebote zur Vorbereitung des Austritts

Gruppenangebote ermöglichen einen Austausch und Lernen von Erfahrungen anderer Personen in ähnlichen Lebenssituationen (Sievers et al., 2015, S. 113-114). Eine bestimmte Form eines Gruppenangebotes ist die *Peer-Education*: Geschulte Jugendliche wirken als Multiplikatoren und informieren andere Jugendliche zu einem bestimmten Thema (ebd.).

Kompetenz-/ Entwicklungseinschätzung

Sievers et al. (2015) geben an, dass bei Care Leavern eine Kompetenzeinschätzung für ein selbstständiges Leben sinnvoll sein kann. Care Leaver sind junge Erwachsene, die meist mit Erreichen der Volljährigkeit Hilfesysteme verlassen und ab dann mehr oder weniger auf sich alleine gestellt sind. Auch in Kinder- und Jugendpsychiatrien kann der Fall eintreten, dass Patientinnen und Patienten mit Erreichen des 18. Lebensjahres austreten. Eine Kompetenzeinschätzung hilft, den Entwicklungsstand eines jungen Menschen festzustellen und in welchen Bereichen noch Fähigkeiten errungen werden muss und eventuell im Anschluss an den Klinikaufenthalt Unterstützungsangebote aufgegleist werden können. Nach Sievers et al. (2015) wurden von Fachpersonen folgende zentrale Kompetenzen als relevant benannt, um ein eigenständiges Leben führen zu können (S. 105):

- Umgang mit Geld, Fähigkeit, Geld einzuteilen
- Eigenverantwortliche Einhaltung Tagesstruktur
- Körperhygiene und Kleiderpflege
- Gesunde Ernährung, Kochen, Vorratshaltung
- Gesundheit, Verhütung, ärztliche Vorsorge, Wissen über Suchtmittel
- Hauswirtschaftliche Fertigkeiten
- Umgang mit Medien, PC
- Eigenständige Behördengänge
- Emotionale Stabilität
- Fähigkeit, Absprachen einzuhalten
- Fähigkeit, sich gegen negative Einflüsse abzugrenzen
- Kommunikationsfähigkeit und Konfliktlösungsstrategien

- Aufarbeitung der persönlichen Geschichte
- Umgang mit Krisen

Partizipation

Sievers et al. (2015) betonen die Wichtigkeit von Partizipation für ein eigenständiges Leben. Wenn Kinder und Jugendliche bereits frühzeitig in Entscheidungsprozesse des alltäglichen Zusammenlebens miteinbezogen werden, fördert dies die Selbstständigkeit (S. 110-111). Weiter schreiben Wedemeyer & Wiesmann (2017), dass durch Partizipation das Selbstvertrauen gestärkt wird, dies wiederum fördert den Gesundheitsprozess (S. 252).

Sievers et al. (2015) nennen folgende Indikatoren für gelingende Partizipation (S. 111):

- Formale institutionelle Rahmenbedingungen und konzeptionelle Festschreibungen der Partizipation
- Erleben von Beteiligung im Alltag, z.B. Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen in Entscheidungsprozessen
- Klima von Beteiligung, d.h. Sozialpädagoginnen und -pädagogen animieren Kinder und Jugendliche, ihre Meinung zu äussern, Anliegen werden gehört
- Empowerment als Handlungsgrundsatz, d.h. Kinder und Jugendliche befähigen, für sich einzutreten, beteiligungsfördernde pädagogische Grundhaltung

Positive Zukunftsperspektiven erarbeiten

Viele Jugendliche in stationären Hilfen können ihre Wünsche und Vorstellungen für ihre persönliche Zukunft häufig nicht formulieren. Sich darüber Gedanken zu machen und positive wie auch realistische Vorstellungen für die Zukunft entwickeln, ist ein weiterer wichtiger Schritt in der Persönlichkeitsentwicklung. Positive Zukunftsperspektiven schaffen eine Motivation für den Weg dorthin und bieten Orientierung (Sievers et al. 2015, S. 119-121).

Soziale Beziehungen

In Kapitel 3.1.5 wurde auf die Bedeutung von sozialen Netzwerken hingewiesen. Diese können eine erfolgreiche Bewältigung enorm unterstützen oder gar erst ermöglichen. Ein Beitrag der Sozialpädagogik kann in diesem Bereich also sein, soziale Ressourcen zu erschliessen. Sievers et al. (2015) erläutern, dass die Beziehungsgestaltung bei Übergängen ein wichtiges Thema ist. Oft gehen Übergänge mit Veränderungen von Beziehungen einher, so dass diese neu definiert werden müssen (S. 121-122). Bei einer Rückkehr nach einem Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Herkunftsfamilie gilt es, Ressourcen der Herkunftsfamilie zu aktivieren und Beziehungen zwischen Kindern/Jugendlichen und ihren Eltern zu klären (Sievers et al., 2015, S. 134-135).

3.3.5 Zusammenfassung

Mit einem lebenswelt- und ressourcenorientierten Ansatz sowie einer Hoffnung und Perspektive vermittelnden Haltung kann die Sozialpädagogik zu gelingenden Übergängen beitragen. Es gibt verschiedene Methoden und praktische Ansätze aus der Sozialpädagogik, die bei der Gestaltung von Übergängen angewendet werden können. Wichtig sind zudem eine sorgfältige Vorbereitung und Begleitung des Übergangs. Im Forschungsteil dieser Arbeit wurde durch Interviews mit verschiedenen Fachpersonen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenfalls versucht, herauszufinden, welches Potenzial die Sozialpädagogik in dieses Arbeitsfeld einbringt bzw. noch einbringen könnte. In Kapitel 5.6 werden die Möglichkeiten für die Sozialpädagogik basierend auf den Forschungsergebnissen ausgeführt.

4 Methodisches Vorgehen

4.1 Forschungsthema und Forschungsfragen

Die vorliegende Forschungsarbeit soll Aufschlüsse darüber zeigen, nach welchen Kriterien Professionelle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entscheiden und welche Rolle dabei die Sozialpädagogik einnimmt. Dafür wurden zwei Hauptfragen kreiert:

1. Nach welchen Kriterien entscheiden die Professionellen, welche Anschlusslösung für die jeweilige Person in Frage kommt?
2. Welche Position nimmt die Sozialpädagogik dabei ein und wie nimmt sie ihre Einflussmöglichkeit wahr?

Die genannten Fragestellungen wurden so gewählt, weil aktuell keine Einheitspraxis beim Suchen von Anschlusslösungen herrscht. Jeder Fall stellt die Professionellen vor neue Herausforderungen, deshalb wollen die Forscherinnen eruieren, ob trotzdem nach gewissen Kriterien entschieden wird. Zudem soll dabei der Studiumsschwerpunkt Sozialpädagogik im Fokus stehen, da die Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie ein junges Arbeitsfeld der Sozialpädagogik darstellt. Daraus heraus sollen sich dann Möglichkeiten ableiten, wie die Sozialpädagogik und insgesamt die Soziale Arbeit Einfluss auf die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nehmen kann.

Um den Bezug zwischen Theorie und Praxis herzustellen, wurde eine Abschlussfrage erarbeitet:

3. Welche Möglichkeiten ergeben sich für die Sozialpädagogik bei der Begleitung von Übergängen im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Um diesen Fragen nachzugehen, stellte sich eine Akutstation der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus der Schweiz als Fallgrundlage zur Verfügung. Dort führten die Forscherinnen Einzel- und Gruppeninterviews anhand eines Leitfadens mit den Professionellen durch. In Absprache mit der Leitung wurden die Interviews und Transkripte anonym gestaltet, so dass kaum Rückschlüsse auf einzelne Personen oder die Institution gezogen werden können.

4.2 Forschungsdesign

Uwe Flick (2011) stellt dar, dass ein definiertes Forschungsdesign anhand verschiedener Kategorien während des Forschungsprozesses Orientierung geben kann. Dazu bietet seine Darstellung Hilfe an, damit eine Übersicht für die nachfolgenden Kapitel gelingt.



Abbildung 12: Kategorien eines Forschungsdesigns (eigene Darstellung in Anlehnung an Flick, 2011, S. 177)

Um eine Gesamtübersicht der folgenden Kapitel darzustellen, wird kurz auf die einzelnen Kategorien eingegangen und gelegentlich auf andere Kapitel verwiesen:

Fragestellung

1. Nach welchen Kriterien entscheiden die Professionellen, welche Anschlusslösung für die jeweilige Person in Frage kommt?
2. Welche Position nimmt die Sozialpädagogik dabei ein und wie nimmt sie ihre Einflussmöglichkeit wahr?
3. Welche Möglichkeiten ergeben sich für die Sozialpädagogik bei der Begleitung von Übergängen im Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Auswahl

Die Forschungsfragen werden durch Einzel- und Gruppeninterviews anhand eines Leitfadens beantwortet. Die Auswahl des Falles basiert auf dem Sampling durch Gatekeeper. Im Kapitel 4.2.2 wird genauer auf das Thema Sampling und Stichprobe eingegangen.

Darstellungsziel

Das Darstellungsziel dieser Arbeit soll die Erkenntnisformulierung verschiedener Kriterien in der Anschlusslösungsfindung sein sowie Ausarbeitung des Einflusses der Sozialpädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dies soll zu einem verbesserten Theorie-Praxis-Bezug dienen sowie gegebenenfalls Lücken in der Versorgung aufzeigen.

Ressourcen

Sereina Malfent arbeitete selbst auf einer Akutstation der Kinder- und Jugendpsychiatrie und konnte somit Brücken zur Organisation schlagen. Zudem bringt sie Erfahrung im Bereich Anschlusslösungen suchen sowie Sozialpädagogik mit, da sie in der Hauptrichtung Sozialpädagogik studiert und seit der Berufslehre sozialpädagogisch tätig ist. Doris Häusermann ergänzt diese Erfahrung nahtlos, da sie seit mehreren Jahren in einem Kinderheim tätig ist und somit Kompetenzen bei der Gestaltung von Übergängen in mögliche Anschlusslösungen mitbringt. Zudem arbeitete sie selbst schon mehrfach mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammen und erhielt so schon Einblick in deren Tätigkeit.

Die zeitlichen Ressourcen der Forscherinnen sind begrenzt, da der Prozess der Forschung lediglich von Januar 2019 bis August 2019 dauerte. Daher einigten sich die Forscherinnen im Rahmen des Coachings mit Anita Glatt (Dozierende Hochschule Luzern – Soziale Arbeit) auf eine Institution als Fall.

Methoden

Die Professionellen der Akutstation einer Kinder- und Jugendpsychiatrie werden einzeln und in Gruppensequenzen anhand eines Leitfadens interviewt. Daraus erstellen die Forscherinnen Transkripte, welche anschliessend kategorisiert und codiert werden. Anhand der Kategorien und Codes werden die Forschungsfragen ausgewertet und beantwortet. Die Forschungsmethoden werden im Kapitel 4.2.3 ausführlich beschrieben.

Theoretischer Rahmen

Der theoretische Rahmen wird in den Grundlagen Kapitel zwei und drei abgesteckt und fliesst in der Auswertung der Daten sowie bei den Möglichkeiten für die Sozialpädagogik ein.

Generalisierungsziel

Trotz der Nutzung eines Leitfadens bei allen Interviews soll den Professionellen die Möglichkeit der Individualität geboten werden. Deshalb wird in der Auswertung zu Beginn eine Zusammenfassung aller genannten Themen der Professionellen genannt. Daher wird in der Interviewführung auf offene Fragen sowie Ergänzung durch die Interviewpartner und Interviewpartnerinnen geachtet.

Zielsetzung

Ziel der Forschungsarbeit soll sein, dass die aktuelle Praxis in einer Schweizerischen Kinder- und Jugendpsychiatrie eruiert wird und daraus Handlungsmöglichkeiten entstehen. Grundsätzlich soll ein kleiner Teil der Forschungslücke geschlossen werden und auf weitere Forschungsgebiete aufmerksam gemacht werden.

4.2.1 Qualitative Forschung

	Qualitative Forschung	Quantitative Forschung
Theorie / Hypothesen	Als Endpunkt / soll entwickelt werden	Als Ausgangspunkt / soll überprüft werden
Fallauswahl	Gezielt nach theoretischer Ergiebigkeit / Stichprobenplan	An (statistischer) Repräsentativität orientiert, im Idealfall eine Zufallsauswahl
Datenerhebung	Offen / teilstandardisiert	standardisiert
Datenauswertung	interpretierend	statistisch
Verallgemeinerung	Im theoretischen Sinn / auf ähnliche Fälle	Im statistischen Sinn auf die Grundgesamtheit

Tabelle 2: Welches Forschungsparadigma? (Anita Glatt, 2018, S. 21)

Die Forscherinnen mussten sich nach der Themenwahl für ein Forschungsparadigma, qualitativ oder quantitativ, entscheiden. Aufgrund des kaum erforschten Themas Anschlusslösungen nach einem stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, entschieden sich die Forscherinnen für die qualitative Forschung. Hauptargumentationspunkt stellt dabei dar, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein kleines Feld in der Sozialpädagogik ist, sodass eine repräsentative Analyse zeitlich sowie strukturell nicht zu bewältigen wäre. Zudem wäre es schwierig, die Verallgemeinerung statistisch zu erreichen, wenn kaum statistische Zahlen oder Ähnliches vorliegen.

Fallanalyse

Anita Glatt lehnte sich an Uwe Flick (2018, S. 7), welcher die Basisdesigns qualitativer Forschung wie folgt darstellt:

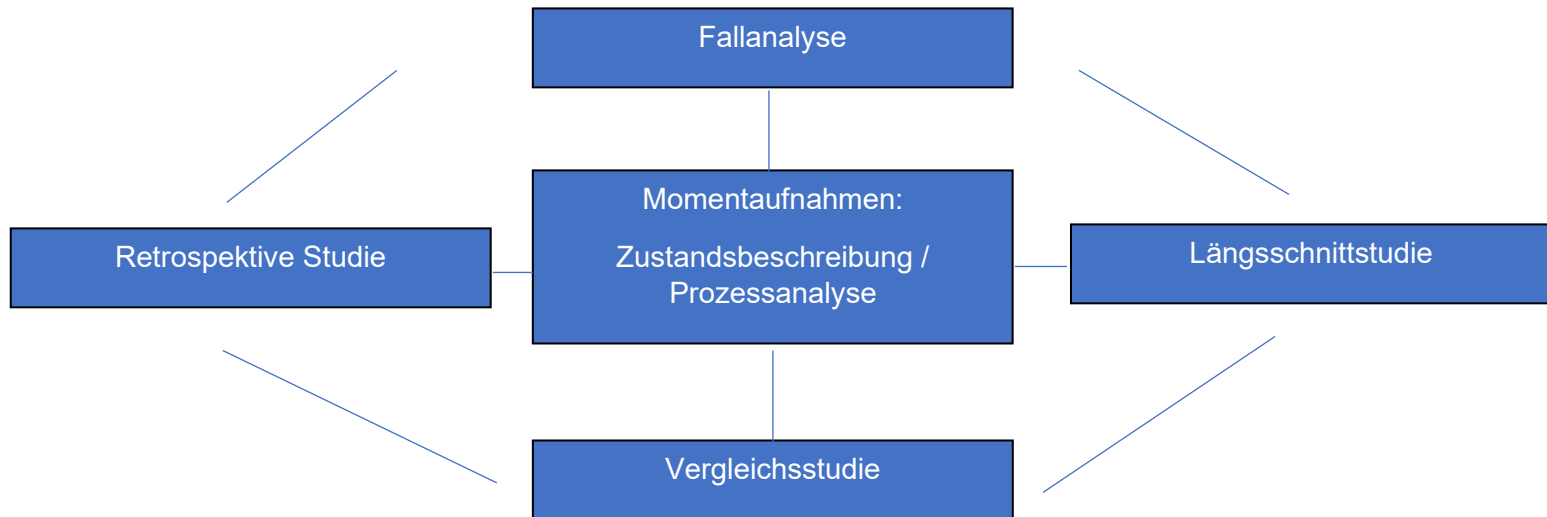


Abbildung 13: Basisdesigns qualitativer Forschung (eigene Darstellung nach Anita Glatt, 2018, S. 7)

Aufgrund der genannten zeitlichen Ressourcen haben sich die Forscherinnen entschieden, eine Fallanalyse einer Schweizerischen Kinder- und Jugendpsychiatrie in Form einer Momentaufnahme zu machen. Zudem entschieden sie sich dafür, weil eine Schweizerische Kinder- und Jugendpsychiatrie das Angebot einer Fallanalyse im Betrieb angeboten hat.

4.2.2 Sampling und Stichprobe

Bei der Auswahl der zu befragenden Personen haben sich die Autorinnen zu Beginn an die Leitung einer Schweizerischen Kinder- und Jugendpsychiatrie gewandt, welche sich für die Forschung zur Verfügung stellt. Die KJP hat sich mit den Zielen der Forscherinnen einverstanden erklärt und ihren eigenen Nutzen sowie Bedarf der Forschung genannt. Um anschliessend das Feld einzugrenzen in Bezug auf die Fragestellungen, haben sich die Forscherinnen für das Sampling via Gatekeeper entschieden. Dabei geht es darum, dass eine Fachperson aus dem zu erforschenden Bereich als Referenzperson gewählt wird, welche einem mit Expertenwissen mit Rat und Tat zur Seite steht (Marius Metzger, 2018, S. 1-2). Somit wurde eine Fachperson der Sozialpädagogik mit mehrjähriger Erfahrung im Psychiatriebereich befragt, in welchem Setting und welche Personen sich für die Interviews und somit als Stichprobe eignen würden. Daraus entstand anschliessend die Zusammensetzung von den üblichen Behandlungsteams einer Akutstation, bestehend aus jeweils einer Fachperson der Sozialpädagogik, Pflege und Psychologie. Hinzu kam die Leitung, welche als Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger bei jedem Übergang

eine wichtige Funktion einnimmt. Um den Fokus der Sozialpädagogik nicht zu verlieren, wurde den Forscherinnen empfohlen, jeweils zwei Fachpersonen der Sozialpädagogik einzeln zu befragen.

4.2.3 Methoden (Einzelinterview, Gruppeninterview)

Als Grundlage für die Einzel- und Gruppeninterviews dient ein Leitfaden, dabei lehnt sich Horst Otto Mayer (2009) an Flick. Dieser soll dann zum Einsatz kommen, wenn konkrete Aussagen zu einem bestimmten Gegenstand als Ziel der Datenerhebung gelten. Ein Leitfaden ist soweit aufgebaut, dass offene Fragen formuliert sind und diese dem Interview als Grundlage dienen. Somit kann eine Vergleichbarkeit der Aussagen gewährleistet werden sowie eine Struktur der Ergebnisse. Die Einhaltung des Leitfadens liegt vollumfänglich beim Interviewenden, wie auch das Zulassen von Abschweifungen der Erzählenden (S. 36).

Die Forscherinnen stützen sich in den Interviews auf Expertinnen und Experten aus den Fachbereichen Medizin, Psychologie, Pflege und Sozialpädagogik. Somit stellt der Leitfaden eine Grundlage für Expertinnen- und Experteninterviews dar. Mayer (2009) gibt weiter an, dass der Wirklichkeitsausschnitt der Befragenden im Fokus stehen soll und die Befragenden werden als Repräsentanten und Repräsentantinnen einer Gruppe betrachtet (S. 37).

Einzelinterview

Die Einzelinterviews werden mit zwei verschiedenen Fachpersonen der Sozialpädagogik durchgeführt. Dabei soll nach Flick (2011) darauf geachtet werden, dass die Fragen mehr oder weniger offen anhand eines Leitfadens gestellt werden. So kann die interviewende Person individuell auf die bestimmten genannten Interessensbereiche der Antwortenden eingehen (S. 221-222). Nicht zu vergessen ist, dass Experteninterviews eine spezifische Form des Leitfadeninterviews darstellen. Dies weil die interviewte Person als Expertin eines bestimmten Themas gilt (Michael Meuser & Ulrike Nagel, 2002, zit. in. Flick, 2011, S. 214).

Gruppeninterview

Um die Realität möglichst genau darzustellen, werden die Forscherinnen Gruppeninterviews mit sogenannten Behandlungsteams durchführen. Die Behandlungsteams in der ausgewählten Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehen aus zwei bis drei Bezugspersonen aus den Fachbereichen Pflege und Pädagogik, einer fallführenden Person aus dem Fachbereich Psychologie sowie der Leitung mit Fachpersonen aus den Bereichen Medizin und Pflege. Gemäss Brigitte Liebig und Iris Nentwig-Gesemann (2009) eröffnen Gruppeninterviews eine kollektive Erlebnisschichtung sowie eine übergeordnete gemeinsame Orientierung von Entstehungszusammenhänge (S. 103-104). Damit wollen die Forscherinnen erreichen, dass die Realität der Praxis in ihrer vollumfänglichen Komplexität aufgezeigt wird. Zudem kann laut Liebig & Nentwig-Gesemann (2009) gezielt auf das handlungsleitende Alltagswissen

eingegangen werden, auf Grundlage deren Erzählungen (S. 104). Deshalb werden die Forscherinnen einen Leitfaden erstellen, um einerseits die Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Behandlungsteams zu gewährleisten, andererseits um fokussiert auf einzelne Erzählungen eingehen zu können, mit dem Fokus auf die Forschungsfragen.

4.2.4 Durchführung / Datenerhebung

Nachdem die Behandlungsteams kreiert wurden und die Einverständniserklärungen des Betriebes sowie der einzelnen Personen eingeholt wurden, resultierte folgende Zusammensetzung der befragten Personen:

Funktion	Berufserfahrung	Interview (A-E)
Fachperson Sozialpädagogik	15 Jahre (Kinder- und Jugendarbeit sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie)	A Einzelinterview
Fachperson Sozialpädagogik	10 Jahre (Erwachsen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Leitungserfahrung)	B Einzelinterview
Fachperson Pflege	10 Jahre (Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie)	C Behandlungsteam 1 Gruppeninterview
Fachperson Sozialpädagogik	35 Jahre (Jugendarbeit, Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, Schule sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie)	C Behandlungsteam 1 Gruppeninterview
Fachperson Psychologie	5 Jahre (Rehabilitationszentren, Kinder- und Jugendpsychiatrie)	C Behandlungsteam 1 Gruppeninterview
Fachperson Pflege	10 Jahre (Spital, Kinder- und Jugendpsychiatrie)	D Behandlungsteam 2 Gruppeninterview
Fachperson Sozialpädagogik	15 Jahre (Kinder- und Jugendarbeit sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie)	D Behandlungsteam 2 Gruppeninterview
Fachperson Psychologie	8 Jahre (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Opferschutz)	D Behandlungsteam 2 Gruppeninterview
Fachperson Pflege	30 Jahre (Spital, Leitungserfahrung)	E Leitung Gruppeninterview
Fachperson Medizin	30 Jahre (Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Leitungserfahrung)	E Leitung Gruppeninterview

Tabelle 3: Zusammensetzung Interviews (eigene Darstellung)

Anhand des Leitfadens wurden die Interviews von Doris Häusermann durchgeführt, Sereina Malfent galt als Stütze bei Fragen und / oder Ergänzungen, machte sich zudem Notizen. Der

Leitfaden war gegliedert in allgemeine Fragen, um sich den Thematiken zu nähern und anschliessend in die Teile vor, während und nach dem Übergang. Damit wollten die Forscherinnen erreichen, dass der Fokus der Thematiken nicht verloren geht und sicherstellen, dass genügend Daten zur Auswertung vorliegen. Von allen Interviews wurden Tonaufnahmen erstellt, von den Gruppeninterviews zusätzlich Videoaufnahmen. Somit konnte im Falle von Nichtverstehen seitens der Forscherinnen bei der Analyse gewährleistet werden, dass die einzelnen Aussagen den richtigen Personen zugeordnet wurden. Diese wurden im Anschluss an die Transkription vernichtet. Die Gruppeninterviews dauerten maximal eine Stunde und die Einzelinterviews maximal eine halbe Stunde. Dies wurde zu Beginn der Interviews kommuniziert.

4.2.5 Datenaufbereitung und Datenauswertung

Mit dem Programm audiotranskription f4transkript und f4analyse wurden die Interviews von den Forscherinnen transkribiert und anschliessend kategorisiert sowie codiert.

Die Transkripte wurden mit dem dazugehörigen Handbuch erstellt. Im Anschluss teilten die beiden Forscherinnen die Interviews auf und begannen, erste Kommentare zu verfassen. Dabei galt es, das Gesagte der interviewten Personen durchzugehen und wichtige Textstellen zu markieren, ohne Fokus auf die Forschungsfragen. Anschliessend wurde das gesamte Material erneut gelesen und mit Fokus auf die Forschungsfragen codiert. Dabei standen die relevanten Textstellen im Fokus und wurden zwischen allen Interviews verglichen. Daraus generierten die Forscherinnen Übertitel und Untertitel, welche für die Forschung relevant waren. Damit die gesammelten Ergebnisse jedoch nicht an Wert verlieren, werden alle genannten Themen im Kapitel Ergebnisse kurz präsentiert und später genauer auf die Forschungsfragen eingegangen.

5 Forschungsergebnisse

5.1. Darstellung allgemeiner Ergebnisse

In den Interviews wurden verschiedene Themen angesprochen, die für die Beantwortung der Forschungsfragen nicht direkt relevant sind. Trotzdem sollen diese zusätzlichen Erkenntnisse nicht verloren gehen und werden deshalb in der folgenden Tabelle in Kategorien zusammengefasst dargestellt.

Kategorie	Genannte Unterthemen
Wünsche	Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit, Potenzial der Sozialpädagogik im Bereich Elternarbeit ausbauen und nutzen, allgemeiner Wunsch nach Stärkung der Mitarbeitenden Ressourcen, hochprozentige Sozialarbeitsstelle, zeitnahe Auftragsklärungen
Herausforderungen	Unklarheiten, wer für was zuständig ist, ungenaue Verantwortlichkeiten bei Abläufen eines Austrittes / Überganges, fehlende Plätze / Angebote innerhalb des Kantons, Aufenthaltsdauer in Bezug auf einzelne Störungsbilder, Sparpolitik vom Kanton, Persönlichkeitsunterschiede der Mitarbeitenden, Individualität der Patientinnen und Patienten, gesamtgesellschaftliche Prämissen
Grenzen	Externalisierendes Verhalten und deren Handhabung, Abschiebebahnhof Psychiatrie, gerichtliche Entscheide, gewisse Störungsbilder und deren Folgen für die Gruppen- und Teamdynamik
Gelingendes	Gleichstellung der Berufsgruppen Pflege und Pädagogik, arbeiten in Behandlungsteams wird als sinnvoll erachtet, hohe Partizipation der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Anschlusslösungen
Möglichkeiten	Stärkung der Studierenden und deren aktuelles Wissen (regelmässige Inputs für Gesamtorganisation), Potential und Ressourcen der einzelnen Mitarbeitenden nutzen, Teamarbeit und Teamsupervision fördern

Tabelle 4: Allgemeine Ergebnisse (eigene Darstellung)

5.2 Ergebnisdarstellung erste Forschungsfrage

Die erste Hauptfrage, welcher in den Interviews nachgegangen wurde, lautet:

Nach welchen Kriterien entscheiden die Professionellen, welche Anschlusslösung für die jeweilige Person in Frage kommt?

In den Interviews wurden vielschichtige und unterschiedliche Antworten zu dieser Frage genannt. Die Frage nach den Kriterien ist also eine Frage, die auf mehreren Ebenen betrachtet werden muss. Die Individualität einer jeden Patientin und eines jeden Patienten mit deren Bedürfnissen, Möglichkeiten und Wünschen steht sicher im Zentrum. Weiter spielt die Lebenswelt der Patientin/des Patienten, also Familiensystem, schulisches Umfeld, Peers eine wichtige Rolle. Und nicht zuletzt entscheiden auch strukturelle Rahmenbedingungen, also finanzielle Aspekte oder gerichtliche Instanzen mit, welche Anschlusslösungen in Frage kommen und ermöglicht werden können. Sehr deutlich ging aus den Interviews heraus, dass die Platzierungsfrage eine sehr komplexe ist und Kriterien eben nicht immer so klar sind.

5.2.1 Individualität des Patienten / der Patientin

Miteinbezug und Motivation

In ausnahmslos allen fünf Interviews wurde betont, dass der Miteinbezug der Patientinnen und Patienten enorm wichtig, wenn nicht sogar entscheidend für einen gelingenden Übergang in eine Anschlusslösung ist. Wie in den Interviews beschrieben wird, werden die Patientinnen und Patienten der untersuchten Kinder- und Jugendpsychiatrie soweit dies möglich ist stark in den Behandlungsprozess miteinbezogen und es wird gemeinsam nach Lösungen gesucht.

„Dieser [der Patient] wird immer mit einbezogen und gefragt, ob er sich zum Beispiel eine Fremdplatzierung vorstellen könnte, also in den meisten Fällen beziehen wir den Patienten mit ein.“ (Interview E, Absatz 26)

Die Mitarbeitenden der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehen es als ihren Auftrag, partizipativ mit dem Kind und dessen Umfeld eine geeignete Anschlusslösung zu finden. Im Zentrum steht das Wohl des Kindes. Bei Unstimmigkeiten oder Schwierigkeiten beispielsweise zu Hause wird versucht, die Lebensumstände, in denen sich das Kind befindet, zu verstehen. Die Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dann, als Fürsprecherin des Kindes eine für das Kind möglichst geeignete Lösung zu finden.

„Also es wird sicher gefragt natürlich. Also was willst denn du. Und wenn das Kind sagt, ich will sicher gar nicht nach Hause, dann wird das Kind auch angeschaut.“ (Interview A, Absatz 79)

„Ja unser Auftrag ist schon mit den Eltern äh mit dem Jugendlichen zuerst mal ein bisschen spüren, was geht für ihn, wohin geht es für ihn und dann mit den Eltern auch.“ (Transkript Interview D, Absatz 49)

Im besten Falle sind sich das professionelle Team, die Eltern und das Kind oder der/die Jugendliche einig. Dann gelingt ein Übergang erfahrungsgemäss meist gut.

Zu Beginn steht oft die Frage im Raum, worauf sich das Kind oder der/die Jugendliche selbst einlassen kann. Wenn Miteinbezug und Motivation der Patientin, des Patienten nicht gegeben sind, wird es herausfordernd eine geeignete Anschlusslösung zu finden.

„Wenn Kinder in den Gesprächen mit den Behandlungsteam und den Eltern einverstanden ist, dass es nach Hause geht, man bespricht was es braucht, alle sind einverstanden und es geht nach Hause, dann ist es gut danach“ (Interview C, Absatz 138)

„Also ‘ne Platzierung gegen den Willen von ‘nem Patienten macht aus meiner Sicht überhaupt keinen Sinn.“ (Interview B, Absatz 53)

Krankheitsbild und individueller Bedarf

«Es kommt erstens mal aufs Problem oder Krankheitsbild an», teilt eine Interviewpartnerin auf die Frage nach den Kriterien für Anschlusslösungen mit. Die unterschiedlichen Krankheitsbilder und -verläufe benötigen unterschiedliche Behandlung in der Psychiatrie selbst sowie auch später in der Anschlusslösung. Demzufolge muss neben den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten auch deren medizinischer, Pflege- sowie Betreuungsbedarf ermittelt werden. Dieser ergibt sich zu einem grossen Teil aus Diagnose und Krankheitsverlauf.

„(...) vorgängig ist ja immer die Frage, was braucht der Patient. Braucht er eine ambulante Weiterbetreuung, braucht er eine stationäre Weiterbetreuung, braucht er gar keine Weiterbetreuung, muss er platziert werden und so weiter und so fort.“ (Interview D, Absatz 6)

Kriterien aufgrund der Individualität einer Patientin/eines Patienten

Eine Interviewpartnerin, welche viel Erfahrung mit Platzierungen von Kindern und Jugendlichen besitzt, beschreibt eine Reihe von Kriterien, welche alle vom individuellen Bedarf und den Bedürfnissen der PatientInnen abhängen. Diese sollen an dieser Stelle zusammenfassend für die Kriterien, welche sich aus der Individualität einer Patientin/eines Patienten ergeben, genannt werden: Alter, Geschlecht, pädagogischer Bedarf, therapeutischer Bedarf, Nähe/Entfernung zum Herkunftsumfeld, benötigte kurzfristige oder langfristige Intervention, eigene Motivation.

„Also Schule, das **Alter**, ähm, **Geschlecht** spielt manchmal 'ne Rolle. Dann, was auch noch enorm wichtig ist, ähm, **wie sieht das pädagogisch aus?** Also braucht jemand pädagogisch recht viele Strukturen? Da gibt es auch so Institutionen, die geschlossen sind und so ähm, wie sagt man freundlich, einen sehr engen Rahmen haben. Dann ist die Frage, braucht jemand enorm viel **therapeutische Anbindung?** Also muss es 'ne therapeutische Institution sein? Dann spielt 'ne Rolle, also **wo** soll die Institution sein? Ist es auch gut, vielleicht manchmal weit weg zu gehen? Es gibt Beobachtungsstationen, das ist auch 'ne Möglichkeit... Dann ist noch die Frage, ist es **was Langfristiges, was Kurzfristiges?** Es gibt Institutionen wie Beobachtungsstationen, das sind vier Monate, die Notfallplatzierungen das sind vier Monate. Das ist mal so ein Übergang. Dann gibt es Institutionen, die sind bis zum 18. Lebensjahr, dann gibt es Institutionen, da kann man die Kinder und Jugendlichen hinschicken, bis sie die Ausbildung beendet haben (...). Und dann schon auch, **auf was können die Kinder und Jugendlichen sich selbst einlassen.**“ (Interview B, Absatz 53)

5.2.2 Umfeld des Patienten / der Patientin

Wie eine Anschlusslösung aussieht, hängt nicht nur vom Patienten/von der Patientin selbst ab, sondern auch vom jeweiligen Umfeld. Die Situation zu Hause hat einen entscheidenden Einfluss auf die Anschlusslösung, berichten die Interviewten. Genannt wurden die Aspekte Wohnsituation, Arbeit und Schule, finanzielle Situation sowie Freizeitgestaltung, welche die Lebenssituation der Patientin/des Patienten hauptsächlich beeinflussen. Eine zentrale Rolle nimmt das familiäre Umfeld ein. Die Professionellen müssen einschätzen, ob eine Reintegration in die Herkunftsfamilie als Anschlusslösung in Betracht gezogen werden kann. Dabei stellt sich zum Beispiel die Frage: Wirkt das familiäre Umfeld unterstützend auf die Patientin, den Patienten oder eher hinderlich? Ist die erwünschte Entwicklung für das Kind oder Jugendliche im familiären Umfeld möglich? Eine Interviewpartnerin meinte dazu:

„Meistens hängen die Eltern ja schon auch mit drin was ähm den seelischen Zustand der Kinder angeht. Sie sind ja dann wie ein Teil davon“ (Interview B, Absatz 16)

Falls eine Rückkehr in die Familie für das Kindes grundsätzlich angestrebt wird, wird weiter geschaut, welche zusätzlichen Bedingungen erfüllt werden müssen, damit der Übergang von der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Hause gelingt. Beispielsweise werden praktische Hilfemaßnahmen für den Alltag zu Hause entwickelt, welche den Wiedereinstieg zu Hause erleichtern sollen. Hier sind unter anderem sozialpädagogische Kompetenzen gefragt.

„Beim Austritt denke ich schon ist die Rolle des Sozialpädagogen auch anzuschauen, was braucht es für zu Hause. Also Skills zum Beispiel. Wie kann man Sachen zu Hause machen. Also vielleicht auch Freizeitgestaltung, wie kannst du deine Freizeit sinnvoll gestalten.“ (Interview B, Absatz 32)

„... dass es [das Kind] dann [nach der Belastungserprobung] merkt, wie schlecht es ihm eigentlich wirklich geht oder wie schwierig das Umfeld auch wirklich ist und es braucht vielleicht doch mehr dann zu Hause.“ (Interview A, Absatz 111)

Um zu eruieren, was es zu Hause noch braucht, werden in der untersuchten Kinder- und Jugendpsychiatrie häufig Belastungserprobungen gemacht: Das Kind, der oder die Jugendliche verbringt kurz vor Austritt ein paar Nächte zu Hause und kommt dann nochmals

in die Klinik zurück. Oft stellt dann die Patientin/der Patient selbst fest, wo noch Schwierigkeiten liegen. Eine Mitarbeiterin erlebt immer wieder, dass solche Belastungserprobungen der Patientin/dem Patienten selbst aber auch den Mitarbeitenden Aufschluss über den weiteren Interventionsbedarf geben. Beispielsweise wird festgestellt, dass weiterhin professionelle Hilfe benötigt wird, dass es zusätzlich noch eine ambulante Anschlusslösung braucht. Zum Beispiel kann dies eine sozialpädagogische Familienbegleitung sein, welche die Familie in der Alltagsgestaltung unterstützt oder eine therapeutische Anbindung, um beim Umgang mit der psychischen Erkrankung zu unterstützen.

5.2.3 Strukturelle Rahmenbedingungen

Komplexität des Systems

Die Professionellen berichten in den Interviews, dass man beim Suchen und Planen von bestmöglichen Anschlusslösungen immer wieder Hürden überwinden muss oder an Grenzen stösst, welche strukturell bedingt sind und nicht innerhalb der Institution gelöst werden können. Beispielsweise ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie in ihren Handlungsmöglichkeiten teilweise abhängig von gerichtlichen Entscheiden. Solche Entscheide werden oft langsamer gefällt, als man sie im Alltag bräuchte, um zeitnahe, gute Lösungen für die Patientinnen und Patienten zu finden.

„Also schwierig ist es, wenn das Gericht involviert ist, finde ich. Weil dort haben wir die Macht - das klingt ein wenig doof - aber dort haben wir die Überhand nicht und sind angewiesen auf Entscheidung anderer. Wir können Einfluss nehmen, aber die Mühlen mahlen sehr, sehr, sehr langsam und dort habe ich manchmal das Gefühl, dass man Jugendliche bei uns deponiert und dies nicht zwingend zum Nutzen des Patienten.“ (Interview E, Absatz 86)

„Wo es schwierig wird, ist dort, wo die KESB oder das Gericht mit im Fall involviert ist. Dort können wir nicht mehr selber entscheiden, sondern wir können lediglich Vorschläge bringen“ (Interview E, Absatz 9)

Finanzierung

Ein Punkt, der ebenfalls mehrmals genannt wurde, ist die Finanzierung der Anschlusslösung. Diese muss gewährleistet sein, damit das Kind, der Jugendliche oder die Jugendliche beispielsweise in eine Anschlussinstitution oder Anschlusstherapie aufgenommen wird. Das Thema der Finanzierung gestaltet sich oft als sehr komplex, da die Zuständigkeiten bei verschiedenen Instanzen liegen: Sorgeberechtigte, Beistandspersonen, Kantone und Gemeinden. Weil die Finanzierung häufig über verschiedene Stellen abgewickelt werden muss, kommt es deshalb nicht selten wiederum zu Verzögerungen bei der Platzierung.

„Es muss irgendwie finanziert werden. Also da muss man vorher noch einen Beistand installieren, der die Finanzierung regelt.“ (Interview B, Absatz 51)

Fehlende Plätze und fehlende Angebote

Eine weitere strukturelle Schwierigkeit stellt die der fehlenden Angebote und Plätze dar. Eine Interviewpartnerin berichtet, dass es aktuell im Kanton der untersuchten Institution wenig verfügbare Plätze in Anschlusslösungen gibt. Sehr oft sogar weisen selbst Notfallplatzierungen, welche als Übergangslösung dienen würden, lange Wartelisten auf.

„Also erst mal fehlende Plätze. Es gibt Angebote hier, momentan ist wirklich alles voll. Selbst diese Notfallplätze, die sind voll und selbst die haben 'ne Warteliste. Also die können ja nichts dafür, aber dass sie ihrem ursprünglichen Angebot einfach nicht gerecht werden. Dann auch die langen Wartezeiten finde ich enorm mühsam. Weil ich schon merke, hier ist so, wenn du den Patienten soweit hast, dass er sagt jetzt will ich entlassen werden. Eigentlich müsstest du dann sofort ein Angebot präsentieren können und innerhalb von 'ner Woche den platzieren. Weil das kehrt dann sonst wieder und das kommt dann nicht gut und man hospitalisiert diese Patienten wieder.“ (Interview B, Absatz 59)

Weiter wird berichtet, dass es an passenden Angeboten für gewisse Klientel mangelt. Es gibt im Kanton der untersuchten Kinder- und Jugendpsychiatrie beispielsweise sehr wenig niederschwellige Angebote. Es gibt immer wieder Patientinnen und Patienten, die mehrere Aufnahmekriterien von Institutionen nicht erfüllen. Dann wird eine Platzierung sehr schwierig. Weiter gibt es wenige Angebote, die sich auf psychische Erkrankungen spezialisieren und individuelle, krankheitsspezifische Plätze anbieten können.

„Und dann das mangelnde Angebot. Also es gibt, es gibt einfach nicht für jede Nachfrage ein geeignetes Angebot aus meiner Sicht. Ähm es gibt enorm wenig niederschwellige Angebote, zum einen. Es gibt nicht viele aufsuchende Angebote. Klar hätte man da MST. Also, aber das muss auch beantragt werden. Dann zum Beispiel Spitex gibt's nicht. Es gibt für Erwachsene Psychiatrie-Spitex. Das gibt's nur für Erwachsene. Dann gibt's auch ne Kinder-Spitex, aber die schliessen psychische Erkrankungen aus. Also das ist ein Angebot, welches gänzlich fehlt. Ähm ja und auch so also mit Angeboten für, die sich wirklich auch bewusst auf psychische Erkrankungen spezialisieren und da so 'n ein ganz individuelles Angebot schaffen, das gibt es wenig.“ (Interview B, Absatz 59)

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat es oft mit den «ganz schwierigen Fällen» zu tun. Hier landen Kinder und Jugendliche mit sehr hohen und komplexen Belastungen und dementsprechend intensivem und komplexen Behandlungs- und Betreuungsbedarf. Diese Kinder und Jugendlichen langfristig zu begleiten, ist jedoch nicht in erster Linie Aufgabe der Psychiatrie. Allerdings mangelt es an passenden, tragfähigen Alternativangeboten.

„Und auch wenig so tragbare Institutionen, die bereit sind, Fälle zu nehmen, die nicht so geradlinig verlaufen. Das gibt es ganz, ganz wenig. Man hat zum Beispiel einen Patienten, der nicht in der Lage ist, ne Tagesstruktur zu halten, dann hat man ein ganz dickes Problem. Aber das gibt's. Das gibt's, dass Patienten mal ein Jahr lang Zeit brauchen.“ (Interview B, Absatz 59)

5.2.4 Fazit

Zusammengefasst können folgende Kriterien auf den verschiedenen Ebenen aufgelistet werden:

- Bereitschaft und Motivation der Patientin, des Patienten, sich auf die Anschlusslösung einzulassen
- Krankheitsbild und daraus resultierender Bedarf (beispielsweise an therapeutischer Unterstützung)
- Tragbarkeit des Umfeldes, insbesondere der Familie
- Bedarf des Umfeldes an Unterstützung
- Gerichtliche Entscheide
- Finanzierung
- Vorhandene Angebote und Plätze

5.3 Diskussion erste Forschungsfrage

5.3.1 Kriterium Individualität und Miteinbezug

Auf die Frage nach Kriterien für Anschlusslösung war die Antwort bei fast allen Interviewten «Es kommt drauf an». Es kommt drauf an, wie die individuelle Situation der Patientin/des Patienten aussieht. Die Anschlusslösung ist abhängig von den individuellen Bedürfnissen und dem Bedarf. Diese ergeben sich aus persönlichen Dispositionen, unterschiedlichen Krankheitsbildern und -verläufen sowie auch aus der persönlichen Bereitschaft und Motivation, sich auf eine Anschlusslösung einzulassen.

Um zu erfahren, was Kinder und Jugendliche für Bedürfnisse haben, müssen sie die Möglichkeit haben, diese zu äussern. In einer psychischen Krise kann dies zwar erschwert oder mit Hindernissen verbunden sein. Dann zum Beispiel, wenn bei herausfordernden Verhaltensweisen erst interpretiert werden muss, welche Bedürfnisse dahinterstecken. Trotzdem ist es wichtig, dass Kinder und Jugendliche gerade in schwierigen Lebensphasen ernst genommen und unterstützt werden, ihre Handlungsfähigkeit wiederzuerlangen. Wedemeyer und Wiesmann betonen, wie wichtig Partizipation gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist (2017, S. 257). Nach Stefan Schnurr (2014) hat Partizipation zum Zweck, Kindern Chancen zum Erwerb von Handlungsfähigkeit und Selbstverwirklichung zu eröffnen. Sozialbeziehungen und Lebensorte sind so zu gestalten, dass diese die Entwicklung der Kinder zu einer konflikt- und politikfähigen Persönlichkeit fördern. Dazu ist es erforderlich, demokratische Prinzipien und Formen der Entscheidungsbeteiligung in Alltagssituationen der Kinder zu verankern (S. 1174). Maria Lüttringhaus (2000) beschreibt, dass Partizipation auf den vier Stufen Information, Mitwirkung, Mitentscheidung und Selbstverwaltung stattfindet, wobei die letztgenannte die höchste Stufe darstellt (S. 39-43). In einer Studie zu den

Partizipationsbedürfnissen von stationär behandelten Kindern und Jugendlichen im Alter von 7-17 Jahren ergab sich bei den Untersuchungen, dass sich die Kinder und Jugendlichen weit mehr Informationen und Partizipation wünschen, als ihnen geboten wurde (Rothämel et al., 2006, zit. in Wedemeyer & Wiesmann). In der befragten Kinder- und Jugendpsychiatrie ergab sich der Eindruck, dass Partizipation der Patientinnen und Patienten grosse Priorität hat und im Alltag in ausgeprägtem Masse stattfindet. Dennoch gilt es, professionelles Handeln im Alltag hinsichtlich Partizipation stets kritisch zu hinterfragen und Ausschau nach Möglichkeiten zu halten, wo Partizipation noch auf einer höheren Stufe stattfinden kann.

Der Behandlungsbedarf erschliesst sich einerseits aus der jeweiligen medizinisch-psychiatrischen Diagnose, also dem festgestellten Krankheitsbild mit entsprechenden Symptomen und Verlauf. Andererseits gibt es auch die sozialpädagogische Diagnose nach Uwe Uhlendorff, welche dazu dient, Kinder und Jugendliche und ihre Lebenswelt zu verstehen (sozpaeddiag, ohne Datum), Aufschluss über Handlungsansätze. Uhlendorff (2010) entwickelte eine hermeneutische Diagnose, um komplexe Lebenslagen von Jugendlichen ab ca. zehn Jahren zu erfassen, verstehen und beurteilen. Aussagen aus Interview-Gesprächen mit Jugendlichen werden aktuellen Lebensthemen zugeordnet. Daraus können begründete Hypothesen für eine bestehende Situation gebildet werden. Die Hypothesen wiederum geben Hinweise für Erziehungs- oder Förderziele (S. 187-191).

5.3.2 Kriterium soziale Netzwerke und soziale Unterstützung

Bei jeder Patientin/jedem Patienten ist auch das Umfeld individuell. Bei der Frage, welche Anschlusslösungen in Betracht gezogen werden können, kommt es ebenfalls darauf an, wie die familiäre Situation und aktuelle Lebenswelt des Kindes oder Jugendlichen aussehen.

Weinhold und Nestman beschreiben, dass soziale Netzwerke besonders in Belastungssituationen und kritischen Lebensübergängen Rückhalt bieten können. Sie schaffen Voraussetzungen für das Überwinden von Unsicherheit, Krisen und Störungen (2012, S. 54).

Insbesondere die befragten Sozialpädagoginnen wiesen in den Interviews mehrfach daraufhin, dass die Eltern- und Systemarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgebaut werden könnte und sollte.

5.3.3 Grenzen

Die befragten Fachpersonen berichten in den Interviews, dass sie in ihren Handlungsmöglichkeiten auch immer wieder an Grenzen stossen. Es kommt vor, dass entsprechend der Individualität der Patientin/des Patienten und den Möglichkeiten der sozialen Netzwerke eine Indikation für eine bestimmte Art von Platzierung gegeben ist, diese jedoch aufgrund struktureller Rahmenbedingungen nicht umgesetzt werden kann. Das Platzieren

kann an der Finanzierung, fehlender Kooperation von Sorgeberechtigten oder gerichtlichen Instanzen scheitern sowie auch an fehlenden Plätzen, da gewisse Angebote stark überfüllt sind.

Ein weiteres Problem, das beschrieben wird, ist jenes der fehlenden passenden Angebote. Bei vielen Kindern und Jugendlichen ist es schwierig, den «richtigen» Platz zu finden. Tragfähige Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche in besonders schwierigen Lebenssituationen, beispielsweise niederschwellige Angebote, gibt es wenige. Diese Gruppe von Kindern und Jugendlichen wird in der Literatur als «Grenzgänger» oder Systemsprenger beschrieben. Laut Noterdaeme und Stefan Raueiser (2012) sind sie meist multiplen sozioökonomischen Risiken ausgesetzt weisen einen jugendpsychiatrischen sowie pädagogisch-therapeutischen Betreuungs- und Behandlungsbedarf auf (S. 7). Groen und Joerns Presentati (2017) beschreiben ebenfalls, dass diese Kinder und Jugendlichen oft komorbide psychiatrische Diagnosen und komplexe Störungen aufweisen, welche sich zum Beispiel in aggressivem oder sexuell grenzverletzendem Verhalten, Schulverweigerung, Missbrauch von Alkohol und Drogen oder in suizidalen Tendenzen äussern (S. 25). Solche Verhaltensweisen wiederum sind für viele Institutionen Ausschlussgründe für eine Aufnahme, wie eine Interviewpartnerin berichtet. Diese fehlende Versorgungsperspektive für die eben genannten Grenzgänger stellt die Kinder- und Jugendpsychiatrie vor grosse Herausforderungen. Nach einem Psychatrieaufenthalt, welcher eine zeitlich begrenzte Intervention darstellt, sollte eine langfristige Anschlussmassnahme erfolgen. Doch was tun, wenn keine Anschlusslösung gefunden werden kann?

5.4 Ergebnisdarstellung zweite Forschungsfrage

Die zweite Forschungsfrage, mit der sich die Autorinnen beschäftigt haben, dreht sich um die Rolle und Einflussmöglichkeiten der Sozialpädagogik im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Welche Position wird der Sozialpädagogik in der untersuchten Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeschrieben und wie nimmt die Sozialpädagogik selbst ihre Einflussmöglichkeiten aktuell wahr?

Diese zweite Forschungsfrage wurde durch folgende zwei Nebenfragen ergänzt:

- Welche berufsspezifischen Aufgaben übernehmen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie?
- Welches Potenzial sehen die Mitarbeitenden für die Sozialpädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

5.4.1 Aufgaben der Sozialpädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die befragten Sozialpädagoginnen sehen im Alltag keinen Unterschied zwischen ihren Aufgaben und denen des Pflegepersonals. Im Alltag erleben sie wenig Gelegenheiten, in denen sie ihr berufsspezifisches Wissen einsetzen. Auch die anderen Befragten bestätigen, dass kaum ein Unterschied zwischen dem pädagogischen und dem pflegerischen Personal besteht. Der einzige Unterschied äussere sich in medizinischen Fragen wie zum Beispiel Wundversorgung und das Durchführen des Eintrittslabors.

Dass im Alltag keine Trennung der Aufgaben von Pflege und Pädagogik besteht, wird grundsätzlich positiv erlebt. Dadurch sind die beiden Berufsgruppen gleichgestellt. Es wird ebenfalls berichtet, dass man sich in den Behandlungsteams, welche meist aus einer Pflege-

„Ich sehe nicht mehr die Abgrenzung der Pädagogik zu den Psychiatriepflegern“ (Interview A, Absatz 35)

und einer Pädagogikperson besteht, jeweils gut ergänzt. Die Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen wird als funktionierend und gewinnbringend beschrieben.

Obwohl in den Interviews bei der Ausübung der Alltagsaufgaben keine Unterschiede genannt werden zwischen dem sozialpädagogischen und dem pflegerischen Personal, werden von den Interviewten doch mehrere Beispiele genannt, wo sie den Beitrag der Sozialpädagogik sehen:

„Bei den Sozpäd geht es mehr um das gesamte Konstrukt, Familie und so.“ (Interview C, Absatz 80)

„Pfleger auch mehr auf der medizinischen Schiene sind was die Krankheitsbilder betrifft und Sozialpädagogen dafür aber auch eine andere Sichtweise aus der Pädagogik / Erziehung / Alltagsgestaltung reinbringen und dort sehe ich die Ergänzung.“ (Interview E, Absatz 45)

Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen bringen Stärken mit in der Gesprächsführung, sei dies mit den Patientinnen und Patienten oder deren Familiensystem. Auch kann das Besprechen von pädagogischen Themen mit den Eltern eine wichtige Aufgabe sein. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sind gemeinsam mit den Pflegerinnen und Pflegern die Personen, die während eines Psychiatrieaufenthaltes sehr nahe mit den Kindern und Jugendlichen arbeiten. Sie bauen Beziehungen auf und versuchen, die Patientin/den Patienten in ihrer Situation zu verstehen sowie gleichzeitig ein objektives Verständnis für die Gesamtsituation zu entwickeln. Mit ihrem lebensweltorientierten Zugang und dem Ziel, Patientinnen, Patienten und Familie zu stärken, bringt sie wichtige Kompetenzen mit für die gelingende Gestaltung eines Übergangs.

Weitere Themengebiete, welche mehrfach genannt und der Sozialpädagogik zugeordnet wurden, sind das Knowhow über die unterschiedlichen Anschlusslösungen und die Arbeit mit Gruppen. Fachpersonen der anderen Berufsgruppen äusserten die Erwartung an

Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, dass diese eine gewisse Institutionenkenntnis aufweisen und dementsprechend aktiv Vorschläge für Anschlusslösungen einbringen würden. Man war sich jedoch nicht ganz einig, ob dies nicht hauptsächlich Aufgabe der Sozialarbeitsstelle sei. Die Sozialpädagoginnen äusserten Unsicherheit, inwiefern dies ihr Auftrag oder jener der Sozialarbeiterin ist und wann sie in einem Platzierungsprozess welche Aufgaben übernehmen sollen.

„Aber ich glaube, dort habe ich das Bild der Sozialpädagogik oder auch die Erwartung, dass die von ihrem Hintergrund her mehr wissen, welche verschiedenen Institutionen es gibt.“ (Interview E, Absatz 64)

„Und dort im Behandlungsteam können die Sozialpädagoginnen grosse Rollen übernehmen, indem sie Vorschläge bringen und natürlich auch Sozialpädagogen (lacht). Dort würde ich die Rolle sehen.“ (Interview E, Absatz 80)

Ebenfalls an verschiedenen Stellen wurde die Arbeit mit Gruppen als sozialpädagogische Kompetenz benannt. Sozialpädagogikpersonen wünschen sich teilweise, stärker mit gruppenspezifischen Methoden zu arbeiten, sehen aber gleichzeitig, dass diese nicht nur Vorteile mit sich bringen und dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie dafür begrenzte Möglichkeiten aufweist.

„Also so Gruppenangebote kann ich mir eigentlich schon noch vorstellen, dass das ähm, dass da der Pädagoge mehr machen könnte. (...) das ist eine Akutstation, es geht nun mal hier auch nicht drum, eine homogene Gruppe zu gestalten.“ (Interview B, Absatz 36)

Ein Unterschied, der stärker benannt wurde als derjenige zwischen Pflegepersonen und Personen der Sozialpädagogik, war der Unterschied zwischen dem Pflege- und Pädagogikteam als Gesamtheit und dem des therapeutischen Teams. Hier wurde berichtet, dass die Therapeutinnen und Therapeuten vor allem den Blick auf die individuelle Patientin/den individuellen Patienten haben, hingegen das Pflege- und Pädagogikteam den Fokus stärker noch auf das System, die Aussenwelt oder auch die aktuelle Gruppendynamik auf der Station hat. In den Behandlungsteams, welche aus Pflege- und Pädagogikpersonen mit jeweils einer Therapeutin/ einem Therapeuten, sowie der medizinischen Leitung und teilweise mit der Schule zusammengesetzt sind, treffen diese unterschiedlichen Sichtweisen jeweils aufeinander. Gerade bei Entscheidungen führt dies hin und wieder zu Diskussionen. Eben diese Diskussionen werden jedoch als sehr bereichernd geschildert und sind ein Beispiel für gut funktionierende interdisziplinäre Arbeit.

5.4.2 Aktuelle Position der Sozialpädagogik

Die berufsspezifische Aufgabe von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie scheint den beteiligten Mitarbeitenden nicht sehr klar zu sein. Von den befragten Sozialpädagoginnen selbst werden viele Unsicherheiten bezüglich ihres Auftrags,

gerade bei der Übergangsgestaltung, geäußert. Von den anderen Fachpersonen gibt es Vorstellungen, welche Kompetenzen die Sozialpädagogik mitbringt. Diese sind jedoch eher vage und es wird wenig beschrieben, wie diese im Alltag zum Vorschein kommen. Es scheint, als würde die Sozialpädagogik grundsätzlich geschätzt, hat jedoch keinen grossen, zumindest sichtbaren, Einfluss bei der Übergangsgestaltung. Die Zusammenarbeit zwischen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen mit Fachpersonen der Pflege oder Therapie scheint grundsätzlich gut zu funktionieren, allerdings werden spezifisch sozialpädagogische Kompetenzen wenig genutzt. Es entsteht der Eindruck, dass die Sozialpädagogik aktuell eine eher marginale Position in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einnimmt. Aus den Interviews ist eher zu schliessen, dass sich die Fachpersonen dessen nicht wirklich bewusst sind. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen selbst wünschen jedoch, ihre Kompetenzen im Alltag mehr einbringen zu können. Im Gespräch mit anderen Fachpersonen wird ebenfalls festgestellt, dass allgemein viel ungenutztes Potenzial vorhanden ist.

5.4.3 Potenzial der Sozialpädagogik

Von den befragten Personen wird an verschiedenen Stellen erwähnt, dass sie durchaus noch mehr Potenzial der Sozialpädagogik sehen, als im Moment im Alltag genutzt wird. Genannte Kompetenzen, welche die Sozialpädagogik mitbringt, liegen beispielsweise im Bereich der Eltern- und Familienarbeit, bei Erziehungsfragen, gruppenpädagogischen Angeboten oder Interventionen sowie in der Alltagsgestaltung.

„Aber mit Sicherheit denke ich, dass das Potenzial eines jeden besser ausgeschöpft werden könnte.“ (Interview B, Absatz 36)

„Aber ich finde die Zusammenarbeit mit den Eltern könnte noch besser sein. und da würde ich gerne auch mehr dürfen als Sozialpädagogin. Da weiss ich wie nicht (...) was darf ich da oder es ist ein Gnusch oder es ist einfach nicht klar, der Auftrag, den ich da habe.“ (Interview A, Absatz 111)

Es werden verschiedene Gründe vermutet, weshalb das Potenzial der Sozialpädagogik aktuell wenig ausgenutzt wird. Mehrfach wurde genannt, dass konkrete Aufgaben der oder Erwartungen an die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen im gesamten Austrittsmanagement nicht wirklich klar sind. Ein weiterer Grund, weshalb explizit sozialpädagogische Kompetenzen im Alltag weniger zu Tage kommen, könnte sein, dass die Sozialpädagogik aktuell im Vergleich zum Pflegepersonal weniger stark vertreten ist.

Insbesondere bei der Übergangsgestaltung bringt die Sozialpädagogik grosses Potenzial mit, meinen die befragten Fachpersonen. Gerade bei Übergängen spielen die genannten spezifisch sozialpädagogischen Themen wie Alltagsgestaltung oder Elternarbeit eine wichtige Rolle. Aktuell scheint das Potenzial einer jeden Berufsgruppe und einer jeden einzelnen Personen nicht voll ausgeschöpft. Die Interviewpartnerinnen und -partner sehen Bedarf an

Klarheit über eigene Aufgaben und Kompetenzen sowie über Strukturierung eines Austritts und Förderbedarf der interdisziplinären Zusammenarbeit.

„Weil ich glaube gut wären wir schon. Aber wir benötigen noch Unterstützung, um unser volles Potenzial auszuleben.“ (Interview D, Absatz 177)

5.4.4 Fazit

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass berufsspezifische Aufgaben der Sozialpädagogik im Austrittsmanagement nicht klar definiert sind und vielerorts Unsicherheiten bestehen bezüglich der Zuständigkeit für gewisse Aufgaben. Somit bezieht die Sozialpädagogik nicht unbedingt klar Position und setzt ihr Potenzial nicht vollständig ein. Dennoch werden berufsspezifische Stärken von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen im Alltag immer wieder eingesetzt, vom interdisziplinären Team wahrgenommen und geschätzt. Als sozialpädagogische Kompetenzen wurden genannt: Alltagsgestaltung und -strukturierung, Beziehungsgestaltung, Erziehung, Gesprächsführung, Arbeit mit Eltern und Familiensystem, gruppenpädagogische Angebote und Knowhow über verschiedene Institutionen. Im Rahmen mehrerer Interviews wurde klar, dass das Potenzial der verschiedenen Berufsgruppen und Disziplinen in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie noch lange nicht ausgeschöpft ist.

5.5 Diskussion zweite Fragestellung

5.5.1 Aufgaben und Rolle der Sozialpädagogik im Alltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Aus den Interviews kann geschlossen werden, dass die Sozialpädagogik ihren selbstverständlichen Platz im Alltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat. Die Zusammenarbeit mit und die Kompetenzen von Personen der Sozialpädagogik werden geschätzt. Dennoch besteht weder bei den Sozialpädagoginnen und -pädagogen selbst noch bei den anderen Fachpersonen ein Bewusstsein über die spezifischen Aufgaben und Kompetenzen des Berufes in diesem Setting.

Durch den fehlenden spezifischen Auftrag, beziehungsweise das Bewusstsein darüber, nehmen die Fachpersonen der Sozialpädagogik bei der Gestaltung von Übergängen generell eine eher passive und zurückhaltende Rolle ein. Dies, obwohl in den Interviews mehrmals genannt wurde, dass gerade im Bereich der Übergangsgestaltung unter anderem die Stärken der Sozialpädagogik gesehen werden. Das Ergreifen von Initiative ist dabei natürlich immer auch personenabhängig. Allerdings scheint die Frage der Zuständigkeiten eine ungeklärte sowie fehlt es an einem strukturierten Austrittsprocedere.

Im «Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik» beschreibt Gahleitner (2012) die Etablierung eines therapeutischen Milieus, in welchem sozialarbeiterische Unterstützung, sozialpädagogisches Handeln und psychotherapeutisches Verstehen eine tragfähige Einheit

bilden sollen. Der sozialpädagogische Beitrag dazu beinhaltet hauptsächlich das Gestalten eines Angebots von Beziehung und Struktur. Die Arbeit in einem therapeutischen Milieu kann mit folgenden interdisziplinären Charakteristiken beschrieben werden: Prozessorientierung, Beziehungsorientierung im partizipativ geteilten Lebensalltag, dialogisch orientierte Fachkompetenz und personelle, disziplinäre wie methodische Vielfalt sowie psychosoziale Vernetzungskompetenz, welche lebensweltorientiert, innerinstitutionell und interinstitutionell eingesetzt wird (S. 95-97). Mit dieser Arbeitsweise des therapeutischen Milieus beispielsweise kann sich die Sozialpädagogik gut identifizieren. Sicherlich könnten diese Charakteristiken auch im Alltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch weiter ausgebaut werden.

5.5.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die befragten Fachpersonen beschreiben, dass sie im Alltag auf die Zusammenarbeit mit Personen aus anderen Disziplinen angewiesen sind. Sereina Müller-Luzi und Marc Schmid (2017) betonen in ihrer Studie über die Kooperation zwischen Fachkräften der stationären Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenfalls, wie wichtig aufgrund der hohen psychischen Belastung der Klientel eine funktionierende Kooperation zwischen den Fachkräften ist (S. 594).

Teils wird diese interdisziplinäre Zusammenarbeit als gewinnbringend erlebt, es wird aber auch von Schwierigkeiten berichtet. Groen und Joerns-Presentati (2017) beschreiben, welche Faktoren die interdisziplinäre Zusammenarbeit beeinflussen und möglicherweise beeinträchtigen. Zum einen bestehen verschiedene Menschenbilder sowie Unterschiede im professionellen Selbstverständnis. Typischerweise äussert die Sozialpädagogik Skepsis gegenüber einer biologistischen, defizitorientierten und stigmatisierenden wahrgenommenen Krankheitslehre mit begrenzter Lebensweltorientierung. Ausbildungshintergründe, fachliche Auffassungen und Wissensgrundlagen der Disziplinen unterscheiden sich teilweise ebenfalls stark. Eine Schwierigkeit können auch die unterschiedlichen oder aber teils uneindeutigen und sich überschneidenden sozialrechtlichen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten darstellen. Schwierig wird es auch dann, wenn begrenzte personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen und eine hohe Arbeitsbelastung den Alltag bestimmen.

Ein letzter Punkt, der genannt wird, ist die unzureichende finanzielle Honorierung und entsprechend personelle Ausstattung für Kooperationsleistungen (S. 31).

Damit eine Zusammenarbeit gelingen kann und zum Wohle der Patientinnen und Patienten einen Gewinn hervorbringt, nennen Hölzl et al. (2011) hauptsächlich folgende Punkte: Gemeinsame Modelle zu Verhalten und psychischen Störungen müssen für den Gesamthilfeprozess zur Verfügung stehen, Kenntnisse des jeweils anderen Systems sollten vorhanden sein und ebenfalls in den Ausbildungen zu Trage kommen, funktionierende Finanzierungsmodelle mit Beteiligung des Gesundheitswesens an den Kosten müssen

entwickelt werden, die Kooperation sollte auf keinen Fall zu einer Verwässerung der Kompetenzprofile führen, sondern zur Schärfung der methodischen Möglichkeiten (S. 193-194).

Ebenfalls essenziell für die Zusammenarbeit sind gemeinsame Zielvorstellungen in Bezug auf die Patientin/den Patienten, schreiben Hölzl et al. (2011). Nur wenn die Zielfindung in einem solchen Prozess gemeinsam entwickelt wird und gegebenenfalls eine notwendige Priorisierung verschiedener Ziele vorgenommen wird, können die gewünschten Synergieeffekte greifen. Obwohl die Kinder- und Jugendhilfe und die Kinder- und Jugendpsychiatrie voneinander unabhängige Professionen sind, ist eine Zusammenarbeit unabdingbar (S. 428).

Müller-Luzi und Schmid (2017) schlussfolgern aus ihrer Studie, dass für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit und somit bestmögliche Unterstützung und Hilfe für Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie folgende Aspekte in der Praxis berücksichtigt, beziehungsweise impliziert werden sollen (S. 592-593):

- Gemeinsame Begegnungsorte schaffen, um den persönlichen Kontakt zwischen den Fachkräften zu verbessern
- Gefässe für Rollen- und Erwartungsklä rung
- Gemeinsame Krisenpläne erarbeiten
- Regelmässige institutionalisierte Gespräche, um gemeinsame Falldefinitionen zu erarbeiten (vgl. Dörr, 2010, Schmid, 2012)
- Einführung einer eigenständigen sozialpädagogischen Diagnostik neben der psychiatrischen/psychotherapeutischen Diagnostik für die gemeinsame Falldefinition (ebd.)
- Finanzielle Leistungen für Kooperationsprozesse, da aktuell strukturelle Schwierigkeiten wie zum Beispiel mangelnde Zeitressourcen vorhanden sind (vgl. Dörr, 2010.)
- Ausbau des Wissens über das gegenseitige Berufsfeld fördern (vgl. Tetzler, 2015)
- Wichtigkeit des Wissens um und Vertretens der eigenen Fachlichkeit (vgl. Dörr, 2010)

5.6 Möglichkeiten für die Sozialpädagogik

Im Alltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Aus den Interviews mit Mitarbeitenden der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie aus der Auseinandersetzung mit dem Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem Auftrag und Arbeitsprinzipien der Sozialpädagogik ging klar hervor, dass die Sozialpädagogik einen vielversprechenden Beitrag in diesem Arbeitsfeld leisten kann. In der vorliegenden Arbeit haben sich folgende verschiedene Bereiche herauskristallisiert, in denen die Sozialpädagogik Potenzial für die Arbeit in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie mit sich bringt:

Fallverstehen

Mit ihrem eigenen Fallverstehen ergänzt die Sozialpädagogik jenes der medizinisch-psychiatrischen Seite. Nach Sven Huber und Sascha Schierz (2015) gründet sozialpädagogisches Verstehen auf einem dialogischen Prinzip, wobei versucht wird, die subjektive Wahrnehmung und Interpretation mit der pädagogischen Aussensicht zu einer gemeinsamen Deutung zusammenzubringen (S. 2). Nach Böhnisch (2010) lässt sich etwa abweichendes Verhalten als Symptom von prekären Lebensbedingungen interpretieren. Das gezeigte Verhalten hat jeweils zum Ziel, unter den gegebenen Bedingungen die Handlungsfähigkeit aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen. So wird ein nicht der Norm entsprechendes Verhalten als Bewältigungsverhalten verstanden. (zit. in Huber & Schierz, 2015, S. 2).

Eine Methode, um sozialpädagogisches Fallverstehen zu erlangen, ist die sozialpädagogische Diagnose nach Uhlendorff (2010), bei welcher aus dem Auswerten von Interviewmaterial Hypothesen und Interventionsmöglichkeiten abgeleitet werden (S. 187-191).

Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung fördern

Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen eignen sich in ihrem Studium Wissen und Kompetenzen im Bereich Systemarbeit und Eltern- und Familienarbeit an. Dieses Knowhow ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie in vielen anderen sozialpädagogischen Settings ebenso gefragt. Soziale Unterstützung ist gerade in belastenden Lebenssituationen und kritischen Übergängen besonders wichtig (Weinhold & Nestman, 2012, S. 54). Die Sozialpädagogik kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, soziale Ressourcen für Patientinnen und Patienten zu erschliessen. Durch Elternarbeit können Eltern-Kind-Beziehungen gestärkt werden.

Ressourcenarbeit

Die Sozialpädagogik arbeitet mit dem Konzept der Resilienz. Schutzfaktoren sollen vermeiden und vermindern, dass belastende Lebenssituationen einen negativen Einfluss auf die Entwicklung von Kindern oder Jugendlichen haben. Die sozialpädagogische Aufgabe besteht

darin, Ressourcen der Patientin/des Patienten zu erschliessen. Wie bereits erwähnt, können dies soziale Ressourcen, wie auch personale Ressourcen, zum Beispiel Fähigkeiten oder persönliche Einstellungen des Personals sein. Möglichkeiten zur Ressourcenerschliessung sind nach Schubert (2012) ressourcendiagnostische Verfahren wie zum Beispiel das Ressourceninterview oder Netzwerkkarten (S. 125).

Empowerment und Partizipation

Durch Stärkung und Aktivierung von Ressourcen sollen die Patientinnen und Patienten Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung wiedererlangen. Dadurch wird der Selbstwert und das Selbstvertrauen gestärkt, was wiederum den Gesundheitsprozess fördert (Wedemeyer & Wiesemann, 2017, S. 251-252). Ein Grundprinzip von Empowerment ist nach Bosshard, Ebert & Lazarus (2013) Partizipation, die aktive Einflussnahme der Akteurinnen und Akteure (S. 90-91). Wedemeyer und Wiesmann (2017) betonen, wie wichtig Partizipation gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist und wie aktives Mitbestimmen der Patientinnen und Patienten erheblich zur Genesung beitragen (S. 251 / 257).

Gesprächsführung

In den Interviews wurde die Gesprächsführung von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen genannt, die sich teilweise unterscheidet von Mitarbeitenden mit anderem Hintergrund. Die Sozialpädagogik orientiert sich beispielsweise an der personenzentrierten Gesprächsführung. Nach Carl Rogers (1980) begegnet man dem Gegenüber im Gespräch mit Echtheit, drückt Akzeptanz und Wertschätzung aus und bemüht sich um einfühlsames Verstehen (S. 66-68). Bei der kooperativen Gesprächsführung nach Wolfgang Widulle (2012) geht es darum, durch aufmerksames Zuhören, Paraphrasieren, offene Fragen stellen die Patientin/den Patienten einfühlsam zu verstehen. Weiter ist die konstruktive Beziehungsgestaltung ein wichtiges Element. Dieses beinhaltet, beziehungssensibel zu kommunizieren und mit Störungen konstruktiv umzugehen. Ebenso wird bei der kooperativen Gesprächsführung aktiv Einfluss genommen, etwa durch transparente Strukturierung des Gesprächs oder das Einbringen kreativer Vorschläge (S. 103). Diese Gesprächsführungskompetenzen können in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Gesprächen mit Patientinnen und Patienten dienen sowie auch mit deren Systemen.

Arbeit mit Gruppen und Gruppendynamiken

Die Sozialpädagogik bringt verschiedene Methoden zur Arbeit mit Gruppen mit, welche in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie eingesetzt werden können. Mitarbeitende berichten, dass Gruppendynamiken immer auch einen Einfluss auf den Behandlungsprozess haben. Deshalb gilt es, Gruppendynamiken so zu steuern, dass diese einen möglichst positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf und Behandlung haben. Das deutsche Sozialgesetzbuch drückt es wie folgt aus: «Die Teilnahme an sozialer Gruppenarbeit soll älteren Kindern und Jugendlichen bei

der Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen helfen. Soziale Gruppenarbeit soll auf der Grundlage eines gruppenpädagogischen Konzepts die Entwicklung älterer Kinder und Jugendlicher durch soziales Lernen in der Gruppe fördern.» (§29, SGB III)

Vernetzungskompetenzen einsetzen

Im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Sozialpädagogik ihre Vernetzungskompetenzen einsetzen. Zum einen, in der interdisziplinären Arbeit mit den unterschiedlichen Berufsgruppen, welche in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeiten. Zum anderen kann sie auch bei Platzierungsfragen mit ihrem Knowhow über unterschiedliche Angebote und Institutionen zu einer guten Vernetzung zu den Anschluss-Angeboten und somit einer gelingenderen Platzierung beitragen.

Im Bereich der Forschung:

Verstehensmodelle und Handlungskonzepte

Seitens der Forschung und Theoriebildung müssen die in der Praxis notwendigen Verstehensmodelle und Handlungskonzepte theoretisch generiert, evaluiert und weiterentwickelt werden (Gahleitner, 2012, S. 93-94). Die Soziale Arbeit soll sich dabei als eigenständige Disziplin im Sozial- und Gesundheitswesen positionieren, die den pathologisierenden Tendenzen des bio-medizinischen Krankheitsverständnisses eigene Entwürfe entgegensetzt. Gleichzeitig soll sie aber gerade ihre transdisziplinäre Kompetenz einsetzen, um eine qualifizierte Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen zu ermöglichen und so ein gemeinsames Fallverstehen zu erarbeiten (ebd.).

Spezifischer Bedarf an Angeboten

Aus den Interviews ging heraus, dass ein grosser Bedarf an individuellen, beispielsweise vor allem niederschweligen, Angeboten besteht. Diesen spezifischen Bedarf dürfte es zu eruieren geben, damit auf Basis entsprechender Forschungsergebnisse solche Angebote entwickelt werden können.

5.7 Handlungsempfehlungen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Basierend auf den Erkenntnissen aus den Interviews sowie aus den Ergebnissen der Studie von Müller-Luzi & Schmid (2017) für gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit haben die Autorinnen folgende Handlungsempfehlungen für Kinder- und Jugendpsychiatrien abgeleitet (S. 591-593). Diese Empfehlungen sind insbesondere für ein gelingendes Austrittsmanagement von Bedeutung. Es wurde dabei aus dem Blickwinkel der Sozialpädagogik untersucht.

Zusammenarbeit des interdisziplinären Teams fördern:

- **Gemeinsame Begegnungsorte schaffen**

Um den persönlichen Kontakt und Austausch zwischen den Fachkräften zu verbessern, sollen gemeinsame Begegnungsorte vorhanden sein (Müller-Luzi & Schmid, 2017, S. 592).
- **Rollen- und Erwartungsklärung**

Eine Rollen- und Erwartungsklärung der verschiedenen beteiligten Fachpersonen an einem Fall ist wichtig, damit die Gestaltung von Übergängen strukturiert abläuft und das Potenzial und die Ressourcen aller Fachpersonen bestmöglich genutzt wird. Insbesondere das Wissen und die Fähigkeiten der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sollte bewusster in Anspruch genommen werden (Interview B). Die Rollen- und Erwartungsklärung kann auch in psychiatrieinternen Konzepten festgehalten werden, ebenso sollen Gefässe für Rollen- und Erwartungsklärung existieren, damit diese im Alltag bewusst ist (Müller-Luzi & Schmid, 2017, S. 592).
- **Ausbau des Wissens über das gegenseitige Berufsfeld fördern**

Damit interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingt, ist es wichtig, Verständnis für das jeweilig andere Berufsfeld zu schaffen. Dafür können institutionalisierte Gespräche hilfreich sein (Tetzer, 2015, zit. in Müller-Luzi & Schmid, 2017, S. 593).
- **Wichtigkeit des Wissens um und Vertretens der eigenen Fachlichkeit**

Ebenso wichtig für die interdisziplinäre Zusammenarbeit wie das Wissen über das andere Berufsfeld, ist es, sich seiner eigenen Berufsidentität bewusst zu sein und diese in der Zusammenarbeit zu vertreten (Dörr, 2010, zit. in Müller-Luzi & Schmid, 2017, S. 593).
- **Gemeinsame (Krisen)pläne erarbeiten**

Müller-Luzi & Schmid (2017) betonen die Wichtigkeit, Krisenpläne gemeinsam zu erarbeiten. Das gilt nicht nur für den Krisenfall: Wie verschiedene Interviewpartner erwähnen, ist ein klar definiertes Austrittsmanagement notwendig, um Übergänge erfolgreich zu gestalten (S. 593).
- **Gemeinsames Fallverstehen und gemeinsame Ziele**

In institutionalisierten Gesprächen sollen ein gemeinsames Fallverstehen und gemeinsame Ziele erarbeitet und definiert werden (Müller-Luzi & Schmid, 2017, S. 593; Hölzl et al. S. 248).

- **Teamsupervision**

Teamsupervision kann einen essenziellen Beitrag dazu leisten, ein gegenseitiges Verständnis gegenüber den anderen Berufsgruppen zu erlangen und Optimierungsmöglichkeiten der Kommunikation, Entscheidungsfindung und des gesamten Austrittsprozesses zu eruieren (Interview D).

Sozialpädagogische Diagnose

Die Sozialpädagogische Diagnose soll neben der psychiatrischen/psychotherapeutischen Diagnose als Teil der gemeinsamen Falldefinition eingesetzt werden (Dörr, 2010; Schmid, 2012, zit. in Müller-Luzi & Schmid, 2017, S. 593).

Strukturiertes Austrittsmanagement

Ein definierter Ablauf mit klaren Definitionen der Zuständigkeiten professionalisiert die Gestaltung von Übergängen in Anschlusslösungen und trägt zu deren Gelingen bei. Die Ausführung soll dann individuell, flexibel und dem Fall angepasst stattfinden (Interview B).

Partizipation

Teilhabemöglichkeiten von Patientinnen und Patienten im Behandlungsprozess ist gesundheits- und entwicklungsfördernd. Partizipation soll deshalb unbedingt beibehalten und wenn möglich weiter ausgebaut werden. Bei Partizipationsmöglichkeiten soll auch stets hinterfragt werden, ob es sich hier um echte Teilhabe oder Scheinpartizipation handelt (Interview A, B).

Elternarbeit

Die Bedeutung der sozialen Netzwerke auf eine erfolgreiche Bewältigung von Übergängen darf nicht unterschätzt werden. Elternarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie soll deshalb zwingend ausgebaut werden. Beispielsweise gilt es, Elterngespräche zu institutionalisieren und Zuständigkeiten zu definieren. Sinnvoll wäre, dies beispielsweise in einem Elternarbeitskonzept festzuhalten (Interview A, B, D).

Transparenz im Team bezüglich hängiger Platzierungen

Wenn Patientinnen und Patienten sehr lange Zeit in der Klinik sind und es „nicht vorwärts geht“, kommen bei Mitarbeitenden des Behandlungsteams, welche direkt mit der Person zu tun haben, Unsicherheiten, Ohnmachtsgefühle und Unmut auf. Nicht selten sind fehlende Plätze oder ausstehende Gerichtsentscheide der Grund, warum es zu Verzögerungen kommt. Dann ist es hilfreich, dass eine transparente Kommunikation erfolgt, wo man gerade im Austrittsprozess steht. So können Missverständnisse, Fehlinterpretationen und Anschuldigungen vorgebeugt und gemeinsam eine Strategie für die Situation entwickelt werden (Interview A, B, D, E).

6 Fazit

6.1 Zusammenfassung und Beantwortung der Fragestellung

Im ersten Teil der Arbeit wurde der Frage nachgegangen, welchen Auftrag die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat und welchen Herausforderungen sie sich bei der Gestaltung von Übergängen in Anschlusslösungen stellen muss. Auftrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es, durch Diagnose und Behandlung Krankheitssymptome zu lindern und im besten Fall Krankheiten zu heilen. Die Behandlung soll immer individuell und unter Einbezug des sozialen Umfeldes der Patientinnen und Patienten erfolgen. Das Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet interdisziplinär. Dies bringt enorme Chancen für eine umfassende und erfolgreiche Behandlung. Das funktionierende Zusammenspiel verschiedenster beteiligter Professionen ist gleichzeitig eine grosse Herausforderung.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat es, unter anderem wegen gesellschaftlicher Veränderungen, mit zunehmend komplexen Problemstellungen ihrer Patientinnen und Patienten zu tun. Belastungen durch verschiedenste biologische und psychosoziale Faktoren und ein Mangel an Ressourcen und Bewältigungsstrategien führen bei vielen Kindern und Jugendlichen zu einem stark erhöhten Entwicklungsrisiko. Bei diesem Hochrisikoklientel ist insbesondere das Suchen und Finden einer geeigneten Anschlusslösung eine Herausforderung. Bei der Platzierungsfrage ist wiederum Kooperation mit Hilfesystemen anderer Disziplinen sowie eine hohe Sensibilität für die Lebenswelt der zu platzierenden Kinder und Jugendlichen gefragt. Zusätzlich können das Nicht-Vorhandensein von Angeboten und Plätzen, die Finanzierung oder rechtliche Rahmenbedingungen eine Herausforderung sein.

Als zweites wurde versucht, aufzuzeigen, welchen spezifischen Beitrag die Sozialpädagogik zur Gestaltung eines gelingenden Übergangs leisten kann. Mit dem Ziel von Entwicklung, Begleitung, Unterstützung und Förderung von Menschen können Personen der Sozialpädagogik eine wichtige Rolle einnehmen bei der Gestaltung und Begleitung von Übergängen.

Weiter trägt der lebensweltorientierte Ansatz aus der Sozialpädagogik zu einem Fallverstehen bei, welches die medizinisch-psychiatrische Diagnose ergänzt und so den Blick für Handlungsansätze erweitert. Empowerment und Partizipation ist ein weiteres wichtiges Arbeitsprinzip, welches zu einer gelingenden Behandlung beiträgt und für die Gestaltung von Übergängen in eine Anschlusslösung zentral ist. Bei der Platzierungsfrage sollte auch das Konzept des Ortshandeln beigezogen werden, um eine geeignete, auf die Situation abgestimmte und Bedürfnis der Patientin/des Patienten ausgelegte Anschlusslösung zu finden.

Im Forschungsteil wurde untersucht, nach welchen Kriterien die befragte Kinder- und Jugendpsychiatrie entscheidet, welche Anschlusslösungen für eine Patientin/einen Patienten in Frage kommen. Es wurde festgestellt, dass keine einheitlich festgelegten Kriterien bestehen und die Frage, wie und von wem Entscheidungen getroffen werden, nicht so klar beantwortet werden kann. Einerseits kam heraus, dass kein strukturiertes Austrittsmanagement vorhanden ist, was den Entscheidungsprozess gerade in Fragen der Zuständigkeiten erleichtern würde. Andererseits wurde betont, dass solche Entscheidungen für jede Patientin/jeden Patienten immer individuell gefällt werden müssen. Eine Rolle spielen dabei die Bereitschaft und Motivation der Patientin/des Patienten, sich auf die Anschlusslösung einzulassen, das jeweilige Krankheitsbild und der daraus resultierende Bedarf, das Umfeld der Patientin/des Patienten, der Bedarf des Umfeldes an Unterstützung, gerichtliche Entscheide, Finanzierung, Vorhandene Angebote und Plätze.

Ebenfalls erforscht wurde, welche Position der Sozialpädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zukommt und welche Einflussmöglichkeiten sie wahrnimmt. Hier hat sich herausgestellt, dass Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen ihre Berufsidentität im Alltag eher schwach wahrnehmen, bzw. sehen sie wenig Möglichkeiten, ihre berufsspezifischen Kompetenzen einzusetzen. Personen aus anderen Disziplinen beschreiben ähnlich, dass es im Alltag keinen grossen Unterschied gibt zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Dies ist im Sinne von Gleichwertigkeit in der Hierarchie positiv zu werten. Jedoch wird auch betont, dass in der Sozialpädagogik wie auch in den anderen Fachbereichen noch viel Potenzial gesehen wird, welches bisher ungenutzt blieb. Potenzial birgt die Sozialpädagogik beispielsweise im Bereich der Beziehungsgestaltung, Gesprächsführung, Vernetzungsarbeit, Eltern- und Familienarbeit oder Gruppenpädagogik. Sozialpädagogische Zugänge wie Lebensweltorientierung, auf einem dialogischen Prinzip basierendes Fallverstehen, Ressourcenorientierung, Partizipation und Empowerment werden ebenfalls als wertvolle Beiträge zum Erkennungs- und Behandlungsprozess in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie gesehen.

In Kapitel 5.6 wurden aus den theoretischen Grundlagen und Erkenntnissen der Forschung die Relevanz und Möglichkeiten der Sozialpädagogik im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie abgeleitet. Die Sozialpädagogik kann verschiedene ihrer berufsspezifischen Kompetenzen im Alltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie, insbesondere bei der Gestaltung von Übergängen, einbringen.

6.2 Schlussfolgerungen und Ausblick

Das Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein noch sehr junges Feld. Der Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung in der heutigen Gesellschaft ist tendenziell

zunehmend. Diese Tatsache legt nahe, dass das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie weiter erforscht, entwickelt und ausgebaut werden soll.

Die Sozialpädagogik ist bereits Bestandteil der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bringt jedoch zahlreiche Kompetenzen mit, die bisher noch nicht ausgeschöpft werden. Gerade für die Übergangsgestaltung sind beispielsweise die Vernetzungskompetenzen, Lebensweltorientierung, Arbeit mit dem Umfeld und Familiensystem oder Ressourcenorientierung der Sozialpädagogik von zentraler Bedeutung für einen gelingenden Übergang in eine Anschlusslösung. Die Sozialpädagogik soll sich deshalb im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie weiter etablieren. Dazu benötigt es einerseits das persönliche Engagement von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen im Alltag und die selbstbewusste Vertretung der eigenen Berufsgruppe. Weiter müssen Kinder- und Jugendpsychiatrien strukturell so organisiert sein, dass diese Kompetenzen eingebracht werden können. Ein geregeltes Austrittsmanagement mit geregelten Zuständigkeiten und Konzeptualisierung von genannten Themen wie Eltern- und Familienarbeit oder Partizipation tragen ebenfalls dazu bei, dass sozialpädagogisches Wissen und Potenzial vermehrt genutzt werden kann.

Weiter sollen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in ihrer Ausbildung auf die Berufspraxis mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen vorbereitet werden. Wissen über psychische Erkrankungen sowie Wissen aus der Entwicklungspsychologie bringt eine Annäherung an die anderen in Kinder- und Jugendpsychiatrien vertretenen Berufsgruppen und erleichtert so die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Umgekehrt sollen auch von Seiten der Medizin, Psychiatrie und Psychologie vermehrt sozialrechtliche Grundlagen und Wissen über sozialpädagogische Hilfeangebote vermittelt werden.

Das Fördern der interdisziplinären Zusammenarbeit im Allgemeinen trägt dazu bei, dass Hilfeprozesse gelingen und Übergänge möglichst reibungslos stattfinden können. Dazu benötigt es geeignete, institutionalisierte Austauschgefäße, Klärung von Rollen und Zuständigkeiten sowie das Definieren eines gemeinsamen Fallverständnisses, Behandlungsplans und von gemeinsamen Zielen.

Ein wichtiges Thema, welches in der vorliegenden Arbeit nicht genauer untersucht wurde, ist die Kooperation der verschiedenen Hilfesysteme. Auch hier ist eine funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig, damit das Versorgungssystem gerade die extrem belastete und gefährdete Hochrisikoklientel aufzufangen vermag. Neben einer funktionierenden interdisziplinären Zusammenarbeit ist die Kooperation der verschiedenen Hilfen für Kinder und Jugendliche jedoch noch von anderen Faktoren abhängig, wie etwa dem Finanzierungssystem.

Das Thema der Finanzierung wurde in dieser Arbeit ebenfalls nur am Rande angesprochen. Die Autorinnen erachten es als notwendig, Finanzierungsmodelle im Sozial- und Gesundheitswesen nach Lücken im System zu untersuchen und mit dem aktuellen Stand der Forschung aus der klinischen Sozialarbeit abzugleichen. Neue Finanzierungsmodelle könnten dazu beitragen, dass die Versorgung gerade von Hochrisikoklientel wie Grenzgängern oder Care Leavern besser abgedeckt wäre sowie aktuelle Diagnose- und Behandlungsmethoden erweitert werden könnten.

Abschliessend kann gesagt werden, dass das Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie tendenziell an gesellschaftlicher Relevanz zunimmt, da der Handlungsbedarf für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen gross ist. Deshalb und weil die Kinder- und Jugendpsychiatrie immer auch eine Schnittstelle zur Sozialen Arbeit darstellt, ist das Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch für die Soziale Arbeit von Bedeutung. Es bedarf weiterer Forschung, beispielsweise in den Bereichen interdisziplinäre Zusammenarbeit oder fachübergreifendes Fallverstehen. Auf der sozialpolitischen Ebene bedarf es neuer Kooperations- und Finanzierungsmodelle. Die Sozialpädagogik bringt wertvolle Kompetenzen und Handlungsansätze für die Übergangsgestaltung mit, diese gilt es, in den Alltag von Kinder- und Jugendpsychiatrien stärker zu integrieren und so das Potenzial der Sozialpädagogik auszuschöpfen.

7 Literaturverzeichnis

- Avenir Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Avenir Social.
- Beck, Norbert (2012). Vernetzung und Kooperation zwischen Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe: Chancen und Probleme in der Versorgung. In Stefan Raueiser & Michele Noterdaeme (Hrsg.), *Netzwerke und Übergänge. Kinder- und Jugendpsychiatrie vor aktuellen Herausforderungen* (S.67-78). Irsee: Grizeto Verlag.
- Bosshard, Marianne, Ebert, Ursula & Lazarus, Horst (2013). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Blülle, Stefan (2013). Kinder und Jugendliche platzieren. Ein Handlungsleitfaden für platzierungsbegleitende Fachpersonen. In Integras. *Leitfaden Fremdplatzierung* (S. 10-69).
- Bundesamt für Statistik (2009). *BFS Aktuell. Ergebnisse der medizinischen Statistik 2009. Spitalaufenthalte von Jugendlichen*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Statistik (ohne Datum). *Instrumente zur medizinischen Kodierung*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html>
- Bütow, Birgit (2012). *Grenzen der Sozialpädagogik. Spannungszonen der Kooperation zwischen Kin- der- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Soziale Arbeit. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete*.
- Conen, Marie-Luise (2002). *Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie*. Heidelberg: Carl-AuerSysteme-Verlag.
- Deutsches Sozialgesetzbuch vom 24. März 1997 (SGB III)
- Diethelm, Karl (2013). Institutionen der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In Integras. *Leitfaden Fremdplatzierung* (S. 124-132).
- DocCheckFlexikon (ohne Datum). *DSM4*. Gefunden unter https://flexikon.doccheck.com/de/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders
- Fachstelle Kinderbetreuung (ohne Datum). *Ambulante Hilfen zu Hause*. Gefunden unter https://www.fachstellekinder.ch/ambulante_hilfen/ambulante_hilfen/
- Fachstelle Kinderbetreuung (ohne Datum). *Konzept stationäre Angebote*. Gefunden unter https://www.fachstellekinder.ch/kinder_in_pflegefamilien/konzept/
- Flick, Uwe (2000). In Uwe Flick, Ernst Kardoff & Ines von Steinke (Hg). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S.251-265). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, Uwe (2011). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Freitag, Christine M., (2012). Das Proprium der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Stefan Raueiser & Michele Noterdaeme (Hrsg.), *Netzwerke und Übergänge. Kinder- und Jugendpsychiatrie vor aktuellen Herausforderungen* (S.17-26). Irsee: Grizeto Verlag.

- Gahleitner, Silke, Borg-Laufs, Michael & Schwarz, Marion (2010). Gedanken zu einer bedarfsgerechten Versorgung aus der Perspektive Klinischer Sozialarbeit. In Silke Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3* (S. 291-300). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Gahleitner, Silke B., (2012). Klinische Sozialarbeit. In Marc Schmid, Michael Tetzner, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 90-109). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Gahleitner, Silke Birgitta, Scheuermann, Ulrike & Ortiz-Müller, Wolf (2012). Lebenskrisen und Lebensübergänge managen - von der Theorie zur Praxis. In Gahleitner, Silke Birgitta & Hahn, Gernot (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten: klinische Sozialarbeit* (S. 80-96). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Glatt, Anita (2018). *Bachelor-Kolloquium. Forschungswerkstatt. Elemente Forschungsdesign und Sampling*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Groen, Gunter & Jörns-Presentati, Astrid (2017). *Grenzgänger - Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe*. Hamburg: Psychiatrie Verlag.
- Hölzl, Heinrich, Knab, Eckhart, Mörsberger, Heribert, Remschmidt, Helmut & Scholten, Hans (Hrsg.) (2011). *Fachübergreifend helfen: Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Erziehungshilfe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Hölzlein, Manfred (2012). Schnittstellen zu Nahtstellen machen. In Stefan Raueiser & Michele Noterdaeme (Hrsg.). *Netzwerke und Übergänge. Kinder- und Jugendpsychiatrie vor aktuellen Herausforderungen* (S.11-14). Irsee: Grizeto Verlag.
- Hometreatment Aargau (ohne Datum). *Finanzierung*. Gefunden unter <https://www.hota.ch/finanzierung>
- Huber, Sven & Schierz, Sascha (2015). Was charakterisiert „das Sozialpädagogische“ an sozialpädagogischen Zugängen zu Devianz? In Braches-Chyrek, Rita (Hrsg.). *Neue disziplinäre Ansätze in der Sozialen Arbeit* (S. 70-86). Opladen: Barbara Budrich.
- Kinderschutz Schweiz (ohne Datum). *Menschenrechte für Kinder*. Gefunden unter <https://www.kinderschutz.ch/de/kinderrechte.html>
- Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden (ohne Datum). *Therapie*. Gefunden unter <https://kjp-gr.ch/angebot/ambulante-angebote/therapie-2/>
- Kirchweger, Sonja (2010). Klinische Sozialarbeit mit Kindern und Jugendlichen – eine besondere Herausforderung im psychiatrischen Alltag. In Silke Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3* (S. 272-274 / 275-276). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Kölch, Michael & Fegert, Jörg M. (2012). Ethische Grundlagen in der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Marc Schmid, Michael Tetzner, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 161-175). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Leuthold, Ursula & Krüger, Paula (2018). *Modul Kinderschutz*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

- Liebig, Brigitte & Nentwig-Gesemann, Iris (2009). Gruppendiskussion. In Stefan Kühl, Petra Strodtz & Andreas (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung* (S. 102-123). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lüttringhaus, Maria (2000). *Stadtentwicklung und Partizipation. Fallstudien aus Essen Katernberg und der Dresdner Äusseren Neustadt*. Bonn: Stiftung Mitarbeit.
- Mayer, Horst Otto (2009). *Interview und schriftliche Befragung. Das Leitfadeninterview als Experteninterview*. München: Oldenbourg Verlag.
- Metzger, Marius (2018). *Bildung*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Metzger, Marius (2018). *Erziehung*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Metzger, Marius (2018). *Sampling: Wie kommt man zur Stichprobe?* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Meuser, Michael & Nagel, Ulrike (1991). ExpertInneninterviews – vielfacherprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In Detlef Garz & Klaus Kraimer (Hrsg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen* (S. 441-471). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Müller-Luzi, Seraine & Schmid, Marc (2017). Gelingensfaktoren und Stolpersteine in der Kooperation der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie aus Sicht sozialpädagogischer Fachkräfte. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66 (8), 576-598.
- Niehaus, Susanna (2019). Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Ramb, Winfried & Colla, Ernst Herber (2012). Menschliche Würde in der Lebensphase natürlicher Abhängigkeit – Jugendpsychiatrische und sozialpädagogische Aspekte. In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 193-201). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Raueiser, Stefan & Noterdaeme Michele (Hrsg.) (2012). *Netzwerke und Übergänge. Kinder- und Jugendpsychiatrie vor aktuellen Herausforderungen*. Irsee: Grizeto Verlag.
- Rogers, Carl R. (2012). *Der neue Mensch* (9. überarb. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schepker, Renate (2012). Kinder- und Jugendpsychiatrische Bedarfsentwicklung und Versorgungsstrukturen (unter Berücksichtigung der Übergänge ins Erwachsenenalter). In Stefan Raueiser & Michele Noterdaeme (Hrsg.), *Netzwerke und Übergänge. Kinder- und Jugendpsychiatrie vor aktuellen Herausforderungen* (S.35-54). Irsee: Grizeto Verlag.
- Schleiffer, Roland & Gahleitner, Silke (2010). Schwierige Klientel oder schwierige Helfende. In Silke Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3* (S.202-203). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Schmeck, Klaus & Schlüter-Müller, Susanne (2012). Theoretische Grundlagen der Psychiatrie. In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-

- Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 78-85). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Schmid, Marc (2012). Forschung an der Schnittstelle von Psychiatrie und Sozialpädagogik. In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 110-127). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Schnurr, Stefan (2014). Partizipation. In Hans-Uwe Otto & Hans Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit: Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (S.1171-1178). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schröder, Martin & Colla, Herbert Ernst (2012). In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.). *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S.21-39). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Schubert, Franz-Christian (2012). Ressourcen und Ressourcenarbeit. In Gahleitner, Silke Birgitta & Hahn, Gernot (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten: klinische Sozialarbeit* (S. 112-137). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210)
- Selbsthilfe Schweiz (ohne Datum). *Gemeinschaftliche Selbsthilfe*. Gefunden unter <https://www.selbsthilfeschweiz.ch/shch/de/was-ist-selbsthilfe/Gemeinschaftliche-Selbsthilfe.html>
- Seiffge-Krenke, Inge (2012). Entwicklungsaufgaben der Lebensalter. In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 90-109). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Shuler, Benjamin (2013). Pflegekinderhilfe. In Integras. *Leitfaden Fremdplatzierung* (S. 89-112).
- Sievers, Britta, Thomas, Severine & Zeller, Maren (2015). *Jugendhilfe – und dann? Zur Gestaltung der Übergänge junger Erwachsenen aus stationären Erziehungshilfen*. Frankfurt am Main: IGfH.
- Sozpaeddiag (ohne Datum). *Sozialpädagogische Diagnosen für Jugendliche*. Gefunden unter <http://sozpaeddiag.home.tele2net.at/diagnosen.html>
- Tetzler, Michael (2012). Sozialpädagogische Theorieperspektiven und der Capabilities Approach. In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 58-77). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Unicef (ohne Datum). *Kinderrechte in der Schweiz*. Gefunden unter <https://www.unicef.ch/de/unsere-arbeit/schweiz-liechtenstein/kinderrechte>
- Uhlendorff, Uwe (2010). *Sozialpädagogische Diagnosen III. Ein sozialpädagogisch-hermeneutisches Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung*. Weinheim: Juventa.
- Wamb, Winfried & Colla, Herbert Ernst (2012). In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.). *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S.193-201). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Warnke, Andreas (2015). Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. *Frühförderung interdisziplinär*, 34, 243-246

- Wedemeyer, Friederike & Wiesmann, Claudia (2017). Ziele und Methoden der Partizipation von Kindern und Jugendlichen in der Psychiatrie. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, 22 (1), 243-265.
- Weinhold, Kathy & Nestman, Frank (2012). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (S. 52-67). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Widulle, Wolfgang (2012). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen*. (2. durchgesehene Aufl.) Wiesbaden: Springer VS.
- Von Aster, Matthias (2012). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe – Schnitt- oder Nahtstelle? In Stefan Raueiser & Michele Noterdaeme (Hrsg.), *Netzwerke und Übergänge. Kinder- und Jugendpsychiatrie vor aktuellen Herausforderungen* (S.83-94). Irsee: Grizeto Verlag.
- Zatti, Kathrin Barbara (2005). *Pflegekinderwesen Schweiz. Analyse, Qualitätsentwicklung und Professionalisierung*. Gefunden unter <https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/3541.pdf>

8 Anhang

Interviewleitfaden Gruppendiskussion

Behandlungsteam: Psychologin FF, Pflege, Sozpäd

Ablauf:

- Vorstellung Sereina & Doris
- Vorstellen Bachelorarbeit: *Übergänge sind ein Thema, welches aktuell stark im Fokus der Sozialpädagogik ist. Patientinnen und Patienten der KJP stehen vor der Herausforderung, sowohl biografische als auch institutionelle Übergänge zu bewältigen. Ausgestaltung, Die Sozialpädagogik interessiert sich dafür, wie solche Übergänge ausgestaltet und begleitet werden können. In unserer BA interessieren wir uns für die Frage, wie Übergängen von der KJP in Anschlusslösungen gelingen können.*
- Ablauf & Ziel Diskussion
- Offene Fragen

Diskussionsfragen:

Einstiegsfrage:

- Erzählen Sie doch mal wie die Übergänge von der KJP in eine Anschlusslösung gestaltet werden

Immanente Nachfragen

Gliederung in drei Teile (vor, während, nach)

- Was passiert **vor** dem Übergang? (Planung?)
-Wer ist für was zuständig?
- Was passiert **während** dem Übergang?
-ist dies eine besondere Phase?
-spezifische Form der Begleitung?
-welche Akteure spielen in dieser Phase eine Rolle
- Was passiert **nach** dem Übergang?
-Nachsorge-Kontakt?

Exmanente Nachfragen:

- Wie (nach welchen Kriterien) wird entschieden, was nach dem Aufenthalt folgt?
- Wer übernimmt dabei welche Funktion? Psychologin/Pflege/Sozpäd und wie gestalten die einzelnen Berufsgruppen den Übergang?
- Welche Rolle nimmt die Sozialpädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein bei der Gestaltung von Übergängen? → Sicht aller Befragten
- Was sind Herausforderungen bei der Gestaltung von Übergängen in eine Anschlusslösung? Was gelingt? Stolpersteine?

Leitfaden Gruppeninterview

Leitungsebene

Ablauf:

- Vorstellung Sereina & Doris
- Vorstellung Bachelorarbeit: *Übergänge sind ein Thema, welches aktuell stark im Fokus der Sozialpädagogik ist. Patientinnen und Patienten der KJP stehen vor der Herausforderung, sowohl biografische als auch institutionelle Übergänge zu bewältigen. Ausgestaltung, Die Sozialpädagogik interessiert sich dafür, wie solche Übergänge ausgestaltet und begleitet werden können. In unserer BA interessieren wir uns für die Frage, wie Übergängen von der KJP in Anschlusslösungen gelingen können.*
- Ablauf & Ziel Interview

Interviewleitfaden:

Einstiegsfrage:

- Erzählen Sie doch mal wie die Übergänge von der KJP in eine Anschlusslösung gestaltet werden

Immanente Nachfragen

Gliederung in drei Teile (vor, während, nach)

- Was passiert **vor** dem Übergang? (Planung?)
-Wer ist für was zuständig?
- Was passiert **während** dem Übergang?
-ist dies eine besondere Phase?
-spezifische Form der Begleitung?
-welche Akteure spielen in dieser Phase eine Rolle
- Was passiert **nach** dem Übergang?
-Nachsorge-Kontakt?

Exmanente Nachfragen:

- Wie (nach welchen Kriterien) wird entschieden, was nach dem Aufenthalt folgt?
- Wer übernimmt dabei welche Funktion?
Psychologin/Pflege/Sozpäd/Leitungsebene und wie gestalten die einzelnen Berufsgruppen den Übergang?
- Welche Rolle nimmt die Sozialpädagogik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein bei der Gestaltung von Übergängen? → Sicht aller Befragten
- Was sind Herausforderungen bei der Gestaltung von Übergängen in eine Anschlusslösung? Was gelingt? Stolpersteine

Leitfadeninterview mit Sozpäd

Interviewleitfaden:

- Erzähle doch mal, wie die Übergänge von der KJP in eine Anschlusslösung gestaltet werden
- Welche Aufgaben übernimmst du dabei, welche Aufgaben die anderen Beteiligten? Welche Rolle nimmt die Sozialpädagogik bei der Gestaltung von Übergängen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein?
- Wie (nach welchen Kriterien) wird entschieden, was nach dem Aufenthalt folgt?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit im Behandlungsteam in Bezug auf Anschlusslösungen?
- Was sind Herausforderungen bei der Gestaltung von Übergängen in eine Anschlusslösung? Was gelingt? Stolpersteine?
- Wo siehst du Möglichkeiten für die Sozialpädagogik bei der Begleitung von Übergängen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie? Entwicklungspotenzial?

Wichtige Nachfrage jeweils: Was würdest du dir wünschen, was bräuchte es?

Immanente Nachfragen

Gliederung in drei Teile (vor, während, nach)

- Was passiert **vor** dem Übergang? (Planung?)
-Wer ist für was zuständig?
- Was passiert **während** dem Übergang?
-ist dies eine besondere Phase?
-spezifische Form der Begleitung?
-welche Akteure spielen in dieser Phase eine Rolle
- Was passiert **nach** dem Übergang?
-Nachsorge-Kontakt?