

Priska Bächler

Chantal Nadine Marino

Die Stärkung des Sozialen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis zum Erwerb des
Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Abstract

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der sozialen Dimension in einem bio-psycho-sozialen Verständnis in Kinder- und Jugendpsychiatrien auseinander. Die Frage nach der sozialen Dimension in diesem Arbeitsfeld ist von besonderem Interesse, da der Zusammenhang zwischen einer psychischen Erkrankung von Kindern und Jugendlichen und sozialen Problemlagen wissenschaftlich belegt ist und demzufolge in den Blick zu nehmen ist. Die multifaktorielle Verursachung einer psychischen Erkrankung bedingt die Berücksichtigung der biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Während eines stationären Aufenthaltes soll deshalb die Lebenssituation von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien ganzheitlich erfasst sowie alle Dimensionen einer psychischen Erkrankung bearbeitet werden. Die soziale Dimension wird heute nach Ansicht der Autorinnen nicht genügend erfasst. Daher soll folgende Frage bearbeitet werden: *“Wie kann die soziale Dimension in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem bio-psycho-sozialen Verständnis durch die Soziale Arbeit gestärkt werden und welche Empfehlungen lassen sich für eine Praxis ableiten?”*. Die Beantwortung der Fragestellung erfolgt mittels theoretischen Zugangs. Einleitend wird die Kinder- und Jugendpsychiatrie als Institution aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und die Versorgungssituation in der Schweiz aufgezeigt. Aufbauend wird das bio-psycho-soziale Krankheits- und Gesundheitsmodell, an welchem sich Kinder- und Jugendpsychiatrien orientieren, dargelegt und der Zusammenhang einer psychischen Erkrankung von Kindern und Jugendlichen zu den einzelnen Dimensionen hergeleitet. Die soziale Dimension wird aufgrund der Bedeutung für die Fragestellung eingehend bearbeitet und deren vielfältigen Faktoren dargelegt. Schliesslich stützen Theorien und Konzepte die Bedeutung der sozialen Dimension.

Die vorliegende Arbeit konnte die Relevanz der sozialen Dimension einer psychischen Erkrankung herausarbeiten und Auswirkungen auf Kinder, Jugendliche und deren Familien sowie Mängel in der Bearbeitung des Sozialen in Kinder- und Jugendpsychiatrien darlegen. Die gewonnenen Erkenntnisse zeigen auf, wie die Soziale Arbeit die soziale Dimension in Kinder- und Jugendpsychiatrien stärken kann. Zur Verankerung des Sozialen empfehlen die Autorinnen auf der Makro-Ebene eine Überarbeitung der Finanzierung im Gesundheits- und Sozialsystem, auf der Meso-Ebene eine Weiterentwicklung der Ausbildung der Sozialen Arbeit und auf der Mikro-Ebene die Institutionalisierung eines Hausbesuches. Empirische Forschung der sozialen Dimension sowie der Wirkmechanismen von sozialen Interventionen werden als notwendig erachtet, um das Soziale wissenschaftlich fundiert in Kinder- und Jugendpsychiatrien zu festigen. Soziale Arbeit hat die Aufgabe, den Blick auf Kinder, Jugendliche und deren Familien in einem bio-psycho-sozialen Verständnis zu richten und sich für eine Stärkung der sozialen Dimension in Kinder- und Jugendpsychiatrien einzusetzen.

Die Stärkung des Sozialen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Priska Bächler
Chantal Nadine Marino

Bern, Dezember 2020

Gutachterin: Prof. Dr. Yvonne Piesker

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Ausgangssituation	1
1.2 Problemlage	1
1.3 Forschungsstand und Fragestellung	3
1.4 Methodische Vorgehensweise	5
1.5 Fachliche Relevanz	7
2. Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz	8
2.1 Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie	8
2.2 Psychischer Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen	10
2.3 Versorgungslage	13
2.4 Multiprofessionalität und Kooperation	18
2.5 Finanzierungssystem der Leistungen in Kinder- und Jugendpsychiatrien	20
3. Bio-psycho-soziales Krankheits- und Gesundheitsmodell	22
3.1 Biologische Dimension	25
3.2 Psychische Dimension	26
3.3 Soziale Dimension	28
4. Die soziale Dimension von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien	29
4.1 Gesellschaftlicher Wandel	29
4.2 Sozioökonomische Belastungen	32
4.3 Familiäre Belastungen	36
4.4 Psychische Erkrankung eines Elternteils	38
4.5 Migration	39
4.6 Schutzfaktoren	41
4.6.1 Personale Schutzfaktoren	42
4.6.2 Familiäre Schutzfaktoren	43
4.6.3 Soziale Schutzfaktoren	44
5. Theorien und Konzepte	46
5.1 Systemistische Theorie der Sozialen Arbeit	46
5.2 Kapitaltheorie	49
5.3 Lebensweltorientierte Soziale Arbeit	51
5.4 Klinische Sozialarbeit	54

6. Schlussfolgerung	57
6.1 Beantwortung der Fragestellung	57
6.2 Empfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit	59
6.2.1 Überarbeitung Finanzierung im Gesundheits- und Sozialwesen	59
6.2.2 Ausbildung Soziale Arbeit	62
6.2.3 Hausbesuch zur Erfassung der sozialen Dimension	64
6.3 Zusammenfassung der Erkenntnisse	66
6.4 Diskussion	68
6.5 Fazit und Ausblick	71
Literaturverzeichnis	73

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Chronische psychoaffektive und/oder physische Beschwerden	11
<i>Abbildung 2.</i> Anteil Jugendliche mit einem mässig bis schlechten Befinden und häufigem belastendem Stress nach Geschlecht in %	11
<i>Abbildung 3.</i> Anteil Jugendliche mit einem mässig bis schlechten Befinden und häufigem belastendem Stress nach Bildungsstand in %	12
<i>Abbildung 4.</i> Behandlungsstatistik 2004/2005	15
<i>Abbildung 5.</i> Verteilung Hauptdiagnosen	17
<i>Abbildung 6.</i> „Simultandiagnostik“ und „Simultantherapie“	24
<i>Abbildung 7.</i> Faktoren der sozialen Dimension	29
<i>Abbildung 8.</i> Sozialhilfebeziehende nach Altersklasse	32
<i>Abbildung 9.</i> Ansatzpunkte für Lösung sozialer Problemlagen	47
<i>Abbildung 10.</i> Empfehlungen auf der Makro-, Meso- und Mikro-Ebene	59
<i>Abbildung 11.</i> Faktoren zur Stärkung der sozialen Dimension in Kinder- und Jugendpsychiatrien	67

1. Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie war nach Shuler in ihrer frühen Entstehung eng mit der Sozialpädagogik verwoben. So hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie ihre Wurzeln im 19. Jahrhundert in den damaligen Institutionen für bedürftige Kinder und Jugendliche. Die Psychiatrie war bestrebt, ihre Profession in der Medizin zu verankern und distanzierte sich dadurch von der Pädagogik, welche geisteswissenschaftlich geprägt war. Die Ausbildung, die bei der Psychiatrie infolge der Ausrichtung an die Medizin neu an den Universitäten erfolgte, entwickelte andere theoretische Grundlagen. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie war die medizinische Logik von Diagnose und Therapie handlungsleitend und für die Sozialpädagogik die reflektierte Bindungs- und Beziehungsarbeit sowie die Alltagsgestaltung. Diese unterschiedliche Entwicklung führte dazu, dass sich die beiden Institutionen nicht nur inhaltlich, sondern auch räumlich distanzieren. Es entstanden Kliniken für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heime für die Kinder- und Jugendhilfe (2013, S. 1). Diese Trennung hatte zur Folge, dass bei einer psychischen Erkrankung von Kindern und Jugendlichen das Medizinische im Vordergrund stand und die soziale Dimension in den Hintergrund rückte. Die Einführung von Psychopharmaka in den 1950er-Jahren (Brückner, 2015, S. 133) eröffnete der Medizin zusätzlich neue Möglichkeiten, psychische Krankheiten von Kindern und Jugendlichen zu behandeln.

Seit den 1970er-Jahren wurden nach Shuler Anstrengungen unternommen, die beiden Felder zu verbinden und die Theorie und Praxis zu verknüpfen. Psychische Erkrankungen wurden zunehmend unter Berücksichtigung von sozialen Theorien bearbeitet (2013, S. 1). Aus unterschiedlichen Theorien, welche die Beziehung zwischen Körper und Seele zu erklären versuchen, setzte sich das bio-psycho-soziale Modell durch (Egger, 2015, S. 54). Dieser Ansatz ist um ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit bemüht (S. 53). In Kinder- und Jugendpsychiatrien gilt es demzufolge die biologische, psychologische und soziale Dimension einer psychischen Erkrankung zu berücksichtigen.

1.2 Problemlage

Laut WHO sind 20% der Kinder und Jugendlichen von einer psychischen Erkrankung betroffen und 50% der seelischen Leiden von Erwachsenen treten bereits im Jugendalter auf (World Health Organization, 2018, Website). Für das Gesundheitswesen gelten heute psychische Krankheiten als eine der bedeutendsten Problematiken des 21. Jahrhunderts (von Wyl, Howard, Bohleber & Haemmerle, 2017, S. 60).

Eine psychische Erkrankung ist nach Remschmidt und Schmidt auf eine multifaktorielle Verursachung zurückzuführen (2000b, S. 79) und erzeugt Mehrfachproblemlagen bei Kindern,

Jugendlichen und ihren Familien. Nach Klug und Lammel erfordern die komplexen Lebenswelten der Betroffenen eine spezialisierte und professionelle Hilfestellung (2016, S. 3). In Kinder- und Jugendpsychiatrien erfordert dies multiprofessionelle Teams, welche die biologische, psychologische und soziale Dimension in den Blick nehmen und bearbeiten. Nach Hinterhuber und Meise hielt das Soziale durch das bio-psycho-soziale Modell Einzug in die Psychiatrie, jedoch dominiert das Biologische und die Autoren verweisen auf das Ungleichgewicht der einzelnen Dimensionen (2008, S. 148). Egger bestätigt, dass das Modell nicht vollumfänglich umgesetzt wird (2015, S. 54). Ausgehend von den Erkenntnissen der obengenannten Autoren, kann festgehalten werden, dass sich das bio-psycho-soziale Modell in der Medizin nicht durchsetzen konnte. Daraus lässt sich ableiten, dass dieser Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein bedeutsames Entwicklungspotenzial hat. Angesichts der Erhebung der Armutsgefährdungsquote des Jahres 2018, welche in der Altersgruppe 0-17 Jahre 19.3% und bei Alleinerziehenden mit 2 und mehr Kindern 32.8% beträgt (Bundesamt für Statistik, 2020, Website), ist dem Zusammenhang zwischen der materiellen Versorgung und der psychischen Gesundheit in der Schweiz Beachtung zu schenken. Die Armutsgefährdung von nahezu jedem fünften Kind verdeutlicht die Relevanz der Thematik der Armut und ist nach Ansicht der Autorinnen in Kinder- und Jugendpsychiatrien zu beachten. Themen wie Armut, sozioökonomischer Status, familiäre Belastungen, Umgebungsfaktoren sowie Vernetzungs- und Koordinationsarbeiten sind der sozialen Dimension einer psychischen Krankheit anzugliedern. In Anbetracht der multifaktoriellen Verursachung von psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen ist eine Bearbeitung dieser Dimension unumgänglich. Für den Rehabilitationsprozess ist nach Ansicht der Autorinnen die gleichwertige Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen Dimensionen in hohem Masse bedeutend.

In der Auseinandersetzung mit Kinder- und Jugendpsychiatrien stellten die Autorinnen fest, dass Fachkräfte der Sozialpädagogik im Behandlungsteam vertreten sind und Aufgaben der Alltags- und Freizeitgestaltung sowie der Koordination mit Eltern und Schule übernehmen. Bei Stellenausschreibungen in Kinder- und Jugendpsychiatrien fällt auf, dass für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen oft Fachkräfte der Sozialpädagogik oder Pflegefachkräfte gesucht werden. Das Stellenprofil wird dabei nicht differenziert. Die Sozialarbeit, neben Sozialpädagogik der zweite Strang der Sozialen Arbeit, ist in Kinder- und Jugendpsychiatrien kaum vertreten und Soziale Dienste, wie sie in der Erwachsenenpsychiatrie vorhanden sind, scheinen in Kinder- und Jugendpsychiatrien weitgehend zu fehlen.

Die Autorinnen vermuten, dass die soziale Dimension momentan im stationären Setting zu wenig beachtet und bearbeitet wird und sich dies exemplarisch in den Stellenausschreibungen widerspiegelt. Die obenerwähnten Ausführungen weisen darauf hin, dass sich das bio-psycho-

soziale Krankheits- und Gesundheitsmodell in Kinder- und Jugendpsychiatrien bis heute nicht durchsetzen konnte.

1.3 Forschungsstand und Fragestellung

Im Rahmen der Literaturrecherche lassen sich Studien über die aktuelle Versorgungssituation sowie über die kantonalen Psychiatriekonzepte der Kinder- und Jugendpsychiatrien der Schweiz finden. Das Bundesamt für Gesundheit beauftragte Guggenbühl, Ettlín und Ruffin (2012), die Schweizer Psychiatriekonzepte und deren Umsetzung der Kantone zu untersuchen. Der Bericht zeigt Mängel im Bereich der Schnittstellen zwischen den Systemen, bei Übergängen in die Nachsorge sowie bei der Vernetzungsarbeit auf (S. 4-5). Die Versorgungssituation von psychisch erkrankten Personen in der Schweiz nehmen Stocker et al. (2016) in den Blick. Eine schweizweite Unter- oder Fehlversorgung (S. 97), mangelhafte Zugänge für Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (S. 99), hoher unterfinanzierter Bedarf an Vernetzungsarbeit sowie Unterstützung im Bereich Wohnen oder Finanzen kann identifiziert werden (S. 75). Die Studie stellt zudem fest, dass in der Schweiz die Adoleszenten-Psychiatrie gänzlich fehlt (S. 74). Haemmerle (2007) stellt in seiner Master-Thesis zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung lange Wartezeiten fest (S. 21-22). Er benennt zudem Personengruppen, die durch ihre Problemkonstellation (Sucht, Beeinträchtigung oder Delinquenz) Schwierigkeiten haben, einen geeigneten Behandlungsplatz zu finden (S. 25). Ausserdem sieht er in der Vernetzungsarbeit mit dem Sozialwesen Handlungsbedarf, da diese oftmals informell ohne entsprechenden Leistungsvertrag stattfindet (S. 22). Er fordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und nicht-ärztliche Unterstützung im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung der Kinder und Jugendlichen (S. 52-53).

Die Literaturrecherche zum bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsmodell zeigt, dass das Modell eher als Philosophie der medizinischen Versorgung zu verstehen ist (Borrell-Carrió, Suchmann & Epstein, 2004, S. 576). Nach Egger ist der sperrige Begriff des Modells in der Medizin angekommen, dies darf jedoch nicht über die Tatsache hinwegtäuschen, dass der Paradigmenwechsel vom biomedizinischen zu einem ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Modell noch nicht vollzogen ist. Ein Blick in aktuelle Publikationen zeigt, dass die biologisch-medizinische Wissenschaft überwiegt (2015, S. 54). Das bio-psycho-soziale Verständnis von Krankheit und Gesundheit begründet weiter die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Praxis sowie in der Forschung (S. 43). Teams in Kinder- und Jugendpsychiatrien sollten deshalb multiprofessionell aufgestellt sein und alle drei Dimensionen bio-psycho-sozial berücksichtigen.

Die Autorinnen betrachteten das Angebot der Kinder- und Jugendpsychiatrien in der Deutschschweiz und nahmen eine einfache Internetrecherche unter dem Aspekt der Multiprofessionalität vor. Hier zeigt sich, dass das Behandlungsteam sich nicht wie erwartet

zusammensetzt. Wo in der Erwachsenenpsychiatrie die Sozialarbeit meist in Form von Sozialen Diensten multiprofessionell eingebunden wird, ist diese im stationären Setting für Kinder und Jugendliche kaum zu finden. Die Soziale Arbeit ist durch die Sozialpädagogik Bestandteil der multiprofessionellen Behandlung und übernimmt vor allem die alltägliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Die Sozialarbeit, welche andersgelagerte Aufgaben im Rahmen eines Sozialen Dienstes abdeckt, ist in der von den Autorinnen untersuchten Kinder- und Jugendpsychiatrien kaum anzutreffen. Das Konsultieren der Websites der Kinder- und Jugendpsychiatrien Basel, Bern, Chur, Oberwallis, St. Gallen und Zürich in Bezug auf Sozialarbeit hat ein relativ einheitliches Bild ergeben. So wird das multiprofessionelle Behandlungsteam in Bern, Chur, Oberwallis und Zürich durch Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen ergänzt (UPK Basel, n.d.; UPD Bern, n.d.b; KJP Graubünden, n.d.; PZ Oberwallis, n.d.; KJPD St. Gallen, 2015; PUK Zürich, 2020). In St. Gallen arbeiten lediglich in spezifischen Angeboten wie in der „Zweigstelle für Jugendliche“ Sozialarbeitende. Ansonsten ist in St. Gallen einzig die Sozialpädagogik Teil des Behandlungsteams (KJPD St. Gallen, 2015, Website). Auf ihrer Website umschreibt die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Chur die Tätigkeit der angestellten Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. So übernehmen diese in Absprache mit den Eltern stellvertretend deren Aufgabe und gestalten den Alltag sowie die Freizeit mit den Kindern und Jugendlichen (KJP Graubünden, n.d.). Das Behandlungsteam der Kinder- und Jugendpsychiatrie Oberwallis besteht laut Website aus ärztlichen und psychologischen Therapeutinnen und Therapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Pflegefachkräften und Fachkräften aus der Sozialpädagogik (PZ Oberwallis, n.d.).

Die Recherche der Autorinnen zeigt auf, dass die Soziale Arbeit mit der Sozialpädagogik im interdisziplinären Setting der Kinder- und Jugendpsychiatrie etabliert ist. Im Gegenzug dazu ist die Sozialarbeit, die sich ergänzend um Wohnlösungen, Vernetzungs- und Koordinationsarbeiten kümmert sowie Zugänge zu finanziellen Ressourcen schafft, nicht im Angebot vertreten. Ortmann und Röh halten in ihren Ausführungen fest, dass die sozialen Problemlagen der zentrale Gegenstand der Sozialen Arbeit ist und dieser, im Interesse ihrer Adressatinnen und Adressaten, mehr als bis anhin berücksichtigt und professionell bearbeitet werden sollte. Das Soziale gerät immer wieder aus dem Blick, obwohl im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit dieser Dimension die grösste Aufmerksamkeit gehört und deren Hilfe- und Gesundungspotenzial in Fachkreisen bekannt ist (2008, S. 10).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Mängel in der Bearbeitung der sozialen Dimension in einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Kindern und Jugendlichen in der Psychiatrie bestehen. Dies zeigt sich in den eingangs erwähnten Studien zur Versorgungssituation, bei den Psychiatriekonzepten und in der Internetrecherche. Auch wenn die Sozialpädagogik und andere

Disziplinen Aufgaben der Sozialarbeit übernehmen, zeigt sich durch die Ergebnisse der Studien, dass soziale Aspekte nicht vollumfänglich abgedeckt und bearbeitet werden können. Die Soziale Arbeit hat soziale Problemlagen zum Gegenstand und dadurch die Aufgabe, auf die Relevanz des Sozialen aufmerksam zu machen. Eine psychische Erkrankung von Kindern und Jugendlichen ist mehrdimensional und erfordert eine ganzheitliche Erfassung. Die Autorinnen erachten es als unerlässlich, die soziale Dimension in Kinder- und Jugendpsychiatrien in den Blick zu nehmen und zu stärken. Für diese Bachelor-Thesis lässt sich deshalb folgende Fragestellung ableiten:

„Wie kann die soziale Dimension in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem bio-psycho-sozialen Verständnis durch die Soziale Arbeit gestärkt werden und welche Empfehlungen lassen sich für eine Praxis ableiten?“

1.4 Methodische Vorgehensweise

Für die Beantwortung der Fragestellung wird die Methode der Theoriearbeit gewählt. Mittels einer systematischen Literaturrecherche in Bibliothekskatalogen sowie Fachzeitschriften wird fachspezifische Literatur gesucht und durch die Autorinnen bearbeitet. Die gewählte Fragestellung wird anschliessend in Unterthemen gegliedert, welche sich in den Hauptkapiteln der Bachelor-Thesis widerspiegeln. Die Autorinnen nehmen vier Hauptthemen in den Fokus, welche für die Beantwortung der Fragestellung zentral sind.

Im Kapitel 2. *Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz* wird zuerst mit Tramer (1964) und Alexander und Selesnick (1966) historisch die Entstehung der Kinder- und Jugendpsychiatrien hergeleitet. Die Adressatinnen und Adressaten dieser Institution sind Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen. Mit der Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology (Steinhausen & Metzke-Winkler, 1998), der aktuellsten HBSC Studie (Ambord, Eichenberger & Delgrande, 2020) sowie dem Obsan Dossier (Von Wyl, Howard, Bohleber & Haemmerle, 2017) soll das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz sowie Daten über die Prävalenz der psychischen Störungen dargelegt werden. Die Bass-Studie über die Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz (Stocker et al., 2016) zeigt zudem die aktuelle Versorgungssituation auf. Die Auseinandersetzung mit der interdisziplinären Zusammenarbeit zeigte, dass diese Begrifflichkeit in Studien sowie in der Praxis verwendet wird. In der Literaturrecherche ergab der Begriff der Multiprofessionalität mehr Treffer. Die Autorinnen verwenden deshalb in dieser Arbeit den durch die Verfasserinnen und Verfasser verwendeten Begriff, bei eigenen Ausführungen wird die Bezeichnung Multiprofessionalität gewählt. Die

Bearbeitung des Finanzierungssystems rundet das Kapitel mit dem institutionellen Blick auf die Kinder- und Jugendpsychiatrien der Schweiz ab.

Im Kapitel 3. *Bio-psycho-soziales Krankheits- und Gesundheitsmodell* werden die Begrifflichkeiten *Gesundheit* und *Krankheit* im Verständnis der WHO und dem bio-psycho-sozialen Modell dargelegt. Engel (1977), der das Modell populär machte, bildet für dieses Kapitel die Grundlage und wird durch Egger (2015) ergänzt. Die einzelnen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Krankheits- und Gesundheitsmodell werden in Unterkapiteln theoretisch anhand Egger (2015) erklärt und der Bezug zur psychischen Erkrankung von Kindern und Jugendlichen für die jeweilige Dimension beispielhaft dargestellt.

Im Kapitel 4. *Die soziale Dimension von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* wird die vorangehende theoretische Herleitung mit dem Bezug zur Kinder- und Jugendpsychiatrie vervollständigt. Zentrale Faktoren der sozialen Dimension für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen werden bearbeitet und dargelegt. Die Faktoren gesellschaftlicher Wandel, sozioökonomische Belastungen, familiäre Belastungen, psychische Erkrankung eines Elternteils und Migration stellen ein erhöhtes Risiko für eine psychische Erkrankung für Kinder und Jugendliche dar und werden in eigenständigen Unterkapiteln erläutert. Schutzfaktoren schliessen den Blick auf die soziale Dimension ab. Für die Bearbeitung dieser Thematik werden relevante Studien sowie Wissen von Kinder- und Jugendpsychiatern wie Renschmidt und Fombonne (2000) und Fegert und Resch (2012) hinzugezogen.

Um die soziale Dimension in einem bio-psycho-sozialen Verständnis in Kinder- und Jugendpsychiatrien zu stärken, werden im Kapitel 5. *Theorien und Konzepte* wissenschaftliche Theoriebestände hinzugezogen. Hierfür wählen die Autorinnen die systemistische Theorie der Sozialen Arbeit von Staub-Bernasconi (2002), die Kapitaltheorie von Bourdieu (2012) sowie die Lebensweltorientierung von Thiersch (2015) aus. Weiter wird die klinische Sozialarbeit mit Schaub (2008) und Pauls (2013) erläutert, da diese aufgrund der Recherche an der Schnittstelle zwischen Medizin und Soziale Arbeit als elementar eingestuft wird.

Nach der Bearbeitung der obengenannten Themen werden die Erkenntnisse in Kapitel 6. *Schlussfolgerung* zusammengeführt und die Fragestellung durch die Autorinnen beantwortet sowie Empfehlungen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene ausformuliert.

Die Autorinnen haben in der vorliegenden Arbeit alle übernommenen Abbildungen an die gendergerechte Sprache angepasst. Zur besseren Nachverfolgbarkeit der Ursprungsdokumente wurde die Reihenfolge der Verfasserinnen und Verfasser von der Originalquelle übernommen und können deshalb von der vorgeschriebenen alphabetischen Sortierung der Richtlinien der American Psychological Association (APA) abweichen. Wie bereits in Kapitel 1.2 *Problemlage*

dargelegt, beinhaltet die Begrifflichkeit *Soziale Arbeit* im Verständnis der Autorinnen die beiden Stränge Sozialarbeit und Sozialpädagogik. In dieser Arbeit wird deshalb grundsätzlich der Begriff *Soziale Arbeit* verwendet und die Begrifflichkeiten *Sozialarbeit* und *Sozialpädagogik* explizit benennt, wenn ausschliesslich auf diesen Strang Bezug genommen wird.

1.5 Fachliche Relevanz

Die Einflüsse der Umwelt auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind vielfältig und es ist heute unumstritten, dass zwischen psychischen Störungen und sozioökonomischen Belastungen oder familiären Stressoren ein Zusammenhang besteht. Dies verdeutlicht, dass die soziale Dimension in einem bio-psycho-sozialen Verständnis eine zentrale Rolle im Behandlungs- und Therapieangebot in Kinder- und Jugendpsychiatrien einnehmen sollte. Die vorhergehenden Erläuterungen zeigen auf, dass aktuell das *Soziale* in diesem integrativen Verständnis in den Kinder- und Jugendpsychiatrien zu wenig abgedeckt wird und die Soziale Arbeit nur marginal vertreten ist.

Gemäss Berufskodex der Sozialen Arbeit verpflichtet sich diese dem Ziel, Zugänge zu schaffen, Teilhabe zu ermöglichen, auf soziale Umfeldler einzuwirken und die soziale Integration zu fördern (Avenir Social, 2010, S. 6). Die Autorinnen stufen diese Aspekte in Kinder- und Jugendpsychiatrien als bedeutend ein. Die Soziale Arbeit kann für Kinder und Jugendliche und ihre Familien Zugänge zu Ressourcen schaffen, für Entlastung der Eltern sorgen, wichtige interne und externe Vernetzungs- und Koordinationsarbeiten übernehmen sowie einen allfälligen Übertritt in die Berufswelt begleiten. Das Ziel sollte sein, das Kind selbst, das soziale Umfeld und die Lebenswelt des Kindes und deren Familien nachhaltig zu stabilisieren, um eine bestmögliche Entwicklung zu gewährleisten.

In dieser Bachelor-Thesis soll wissenschaftlich fundiert und anhand theoretischer Zugänge aufgezeigt werden, welche Zusammenhänge und Auswirkungen die soziale Dimension bei der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat. Die Autorinnen erhoffen sich durch die konkreten Empfehlungen mögliche Handlungsansätze für eine Stärkung der sozialen Dimension.

2. Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und beleuchtet die Institution aus fünf Perspektiven, welche in den nachfolgenden Unterkapiteln dargestellt werden. Nach einer historischen Herleitung der Entstehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird der Blick auf die Adressatinnen und Adressaten der Institution gerichtet und geht der Frage des psychischen Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz nach. Die Versorgungslage analysiert die Situation in der Schweiz und zeigt diese anhand vorliegender Studien auf. Eine weitere Perspektive bildet die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und es erfolgt eine Auseinandersetzung mit der Thematik der Multiprofessionalität und Kooperation in Kinder- und Jugendpsychiatrien. Das Finanzierungssystem der Kinder- und Jugendpsychiatrie schliesst den institutionellen Blick ab.

2.1 Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Alexander und Selesnick betonen bei der Entstehung der Kinderpsychiatrie die Arbeiten von Rousseau und Pestalozzi, welche Kinder nicht als kleine Erwachsene betrachteten, sondern die Kindheit als Wachstums- und Entwicklungsphase begründeten, welche Begleitung und Erziehung benötigt (1966, S. 375). Als bedeutenden Markstein in der Behandlung von Kindern bezeichnet Tramer die vom Schweizer Arzt Johannes Guggenbühl im Jahre 1841 gegründete Kretinenanstalt auf dem Abendberg bei Interlaken, in welcher Kinder, die *geistig defekt* oder seelisch krank waren, betreut wurden. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurden neben der Minderintelligenz auch andere psychische Störungen in den Blick genommen (1964, S. 562). Tramer erwähnt in seinen Ausführungen Meyer, einen schweizerischen Psychiater, der 1895 einen Artikel über seelisch-geistige Störungen bei Kindern verfasste und empfahl, Kinder in den Schulen zu behandeln und dafür Psychiaterinnen und Psychiater einzubeziehen. Die Psychoanalyse von Freud beeinflusste die Beachtung der kindlichen seelischen Entwicklung und Störungen und beeinflusste die werdende Kinderpsychiatrie (S. 563-564).

Die zu Beginn des 20. Jahrhunderts durchgeführten Forschungsarbeiten förderten nach Alexander und Selesnick das Bewusstsein, die Ursachen von Delinquenz nicht defekten Genen zuzuschreiben und von Bestrafung abzusehen. Die Studien förderten zudem die Zusammenarbeit von verschiedenen Professionen, welche die Faktoren untersuchten, die zu abweichendem Verhalten führten. Soziale Aspekte wurden berücksichtigt und mit psychologischen Tests und psychiatrischen Diagnosen verbunden. So integrierte das „Boston Psychopathic Hospital“ bereits im Jahr 1912 Sozialarbeitende in das Behandlungsteam, welche die Aufgabe hatten, das Kind in der Schule und zu Hause zu beobachten (1966, S. 377).

Die steigende Anzahl von Kindern, die von Sprachstörungen, Angstzuständen, Schul- oder Erziehungsschwierigkeiten betroffen waren und die Annahme, wonach in Zukunft die seelische Belastung und daraus resultierend psychische Störungen bei Kindern zunehmen werde, führten nach Tramer anfangs der 1930er-Jahren zu Überlegungen, ein eigenes medizinisches Fach zu begründen (1964, S. 567). Schmeck und Schlüter ergänzen diese Ausführungen und weisen auf die zu Beginn des 20. Jahrhunderts auftretende Problemlage der Verwahrlosung hin. Verwahrloste Kinder und Jugendliche gerieten vermehrt in den Blick des öffentlichen Interesses und es wurden Optionen für die Behandlung und die Betreuung geprüft. Aichhorn nahm in diesem Prozess eine wichtige Rolle ein. Er entwickelte eine Theorie und Praxis von „positiven Kinderheimen“, die sich gegenüber den dominierenden Besserungsanstalten, in welchen Verwahrloste umerzogen wurden, klar abgrenzte (2012, S. 81). Alexander und Selesnick ergänzen diese Ausführungen mit dem Hinweis, wonach Aichhorn auch die Beziehung zwischen Eltern und Kind in den Fokus nahm und die Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes darlegte (1966, S. 378).

In der bekannten psychiatrischen Klinik Burghölzli in Zürich entstand in den 1920er-Jahren unter der Leitung von Jakob Lutz (1903-1998) eine psychiatrisch geführte Beobachtungsstation für schwer erziehbare Kinder (Schmeck & Schlüter). Diese gilt als Ursprung für die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz. Die Abgrenzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Psychiatrie und Kinderheilkunde lässt sich nach Ende des 2. Weltkrieges verorten. Langsam etablierte sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie zur eigenständigen medizinischen Fachdisziplin. In diesem Zusammenhang ist die Vorreiterrolle der Schweiz zu erwähnen, welche bereits im Jahr 1953 den Titel der Spezialärztin und des Spezialarztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie verlieh (2012, S. 81). In diese Zeit fällt nach Tramer die Gründung von „Kinderpsychiatrischen Vereinigungen“, welche sich nicht ausschliesslich ärztlich, sondern zusätzlich durch Vertreter von anderen Professionen wie Psychologinnen und Psychologen, Soziologinnen und Soziologen und Sozialarbeitenden zusammenstellte (1964, S. 569).

In den 1970er-Jahren ist die längst fällige Reform der Psychiatrie, die sogenannte Psychiatrie-Enquête, verortet (Paulitsch & Karwautz). Diese förderte einen menschlicheren Umgang und eine Weiterentwicklung der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen (2008, S. 20). Bedeutende Verbesserungen waren die Gleichstellung von körperlich und psychisch Kranken und die Einbindung von Psychopharmaka, Sozio- und Milieuthérapie. Das wesentliche Ziel dabei war es, die soziale Ausgrenzung von psychisch erkrankten Menschen zu verhindern (S. 23). Diese Veränderungen beeinflussten auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie und so wurde die Einbindung der Eltern und Erzieher und das soziale Umfeld der Betroffenen ein wichtiger Bestandteil des Therapie- und Beratungsprozesses (Tölle & Windgassen, 2006, S. 5).

Wie in Kapitel 1.1 *Ausgangssituation* beschrieben waren die Sozialpädagogik und die Kinder- und Jugendpsychiatrie lange eng verknüpft. Die unterschiedliche fachliche Entwicklung der beiden Bereiche hatte eine Distanzierung zur Folge, die bis heute nicht ganz überwunden werden konnte. Obwohl die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Sozialpädagogik dasselbe Ziel verfolgen und ihren Adressatinnen und Adressaten Voraussetzungen schaffen wollen, um Mängel auszugleichen und Entwicklungsschritte zu fördern, beschreibt Diethelm die Zusammenarbeit der beiden Fachbereiche als distanziert (2013, S. 1).

2.2 Psychischer Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen

In den Grundsätzen der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (IR 0.810.1) wird Gesundheit als „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ verstanden. Die Schweiz stimmt mit den Bestimmungen der WHO überein und ratifiziert diese Verfassung am 7. April 1948. In diesem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit wird in diesem Kapitel die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz näher betrachtet. Die WHO definiert den Zustand des Wohlbefindens und eine Ausschöpfung der eigenen Fähigkeiten als Teil der psychischen Gesundheit (2019, S. 1). Deshalb werden einleitend Studien zur Lebenszufriedenheit und zum Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz herangezogen, bevor auf die Thematik der psychischen Störungen oder Auffälligkeiten eingegangen wird.

Die HBSC Studie, welche internationale Vergleiche sowie Aussagen zu Trends zulässt, wird bei 11- bis 15-jährigen Schulkindern alle vier Jahre durchgeführt. Bei der HBSC Studie aus dem Jahr 2018 handelt es sich somit um die neunte durchgeführte Befragung seit 1986. Sie zeigt, dass Kinder und Jugendliche in der Schweiz sich mehrheitlich wohlfühlen und gesund sind. So geben 87.2% der Befragten an, dass ihre Lebenszufriedenheit eher hoch bis hoch ist und dass 88.5% ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet bis gut einschätzen (Ambord, Eichenberger & Delgrande, 2020, S. 8-9). Die Auswertung der Fragebögen zeigt in Abbildung 1 weiter auf, dass 40.7% der Kinder und Jugendlichen im letzten halben Jahr mindestens zwei physische oder psychoaffektive Beschwerden zeigten. Müdigkeit, Gereiztheit, Einschlafschwierigkeiten wie auch Bedrücktheit und Traurigkeit zählen zu den meisterswähnten chronischen Beschwerden der Kinder und Jugendlichen, wobei die Erstgenannten verglichen zu den Vorjahren zunehmen (S. 12-13).

Chronische psychoaffektive und/oder physische Beschwerden in %

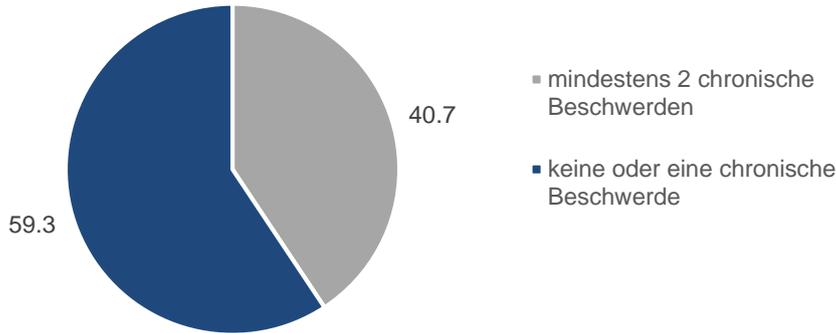


Abbildung 1. Chronische psychoaffektive und/oder physische Beschwerden. Nach Ambord, Eichenberger & Delgrande, 2020, S. 12.

Gemäss dem Obsan Dossier aus dem Jahr 2017 zur psychischen Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen werden in der Schweiz in schulärztlichen Untersuchungen kantonal Befragungen durchgeführt. Die Themenschwerpunkte und Altersgruppen unterscheiden sich je nach Kanton und sind daher kaum vergleichbar (Von Wyl, Howard, Bohleber & Haemmerle, 2017, S. 48). Trotzdem sollen hier einige Erkenntnisse dieser veröffentlichten Berichte exemplarisch aufgenommen werden. Tschumper untersuchte die Gesundheit der Jugendlichen der Stadt Bern und greift dafür auf Daten der schulärztlichen Untersuchung, der Schulsozialarbeit sowie der Berner Jugendprojekte zurück (2016, S. 4). Ähnlich wie bei der HBSC Studie empfinden Mädchen mit 89% und Knaben mit 91% ihr eigenes Empfinden als gut bis ausgezeichnet (S. 17). Bei konkreter Nachfrage der Schulärztinnen und Schulärzte über das psychische Befinden antworten 9% der Jungen, dass ihr psychisches Befinden mässig bis schlecht ist, Mädchen zeigen hier mit 16% mehr Probleme. Bei der Stressbelastung weisen Knaben einen Wert von 5% auf und liegen tiefer als Mädchen mit 11%. Ebenfalls kann festgestellt werden, dass das psychische Befinden bei tieferem Bildungsstand der Eltern tiefer ausfällt (S. 19). Diese Ergebnisse wurden in den Abbildungen 2 und 3 visuell dargestellt.

Anteil Jugendliche mit einem mässig bis schlechten Befinden und häufigem belastendem Stress nach Geschlecht in %

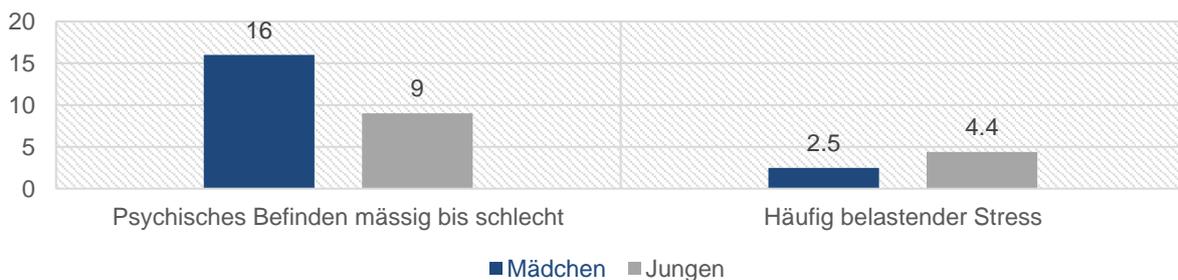


Abbildung 2. Anteil Jugendliche mit einem mässig bis schlechten Befinden und häufigem belastendem Stress nach Geschlecht in %. Nach Tschumper, 2016, S. 19.

Anteil Jugendliche mit einem mässig bis schlechten Befinden und häufigem belastendem Stress nach Bildungsstand der Eltern in %

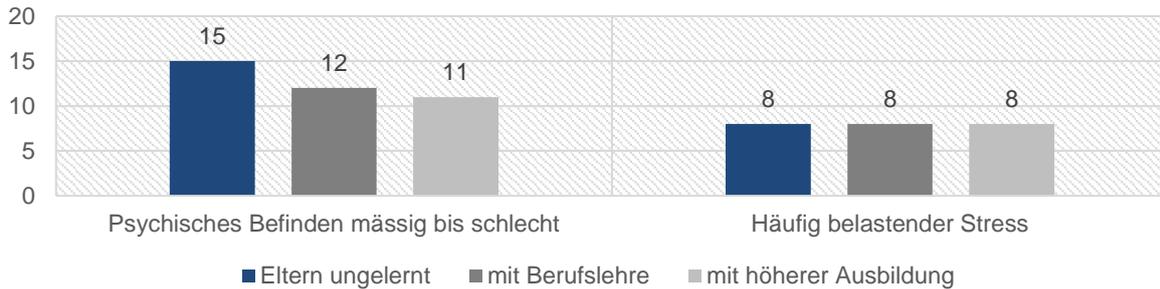


Abbildung 3. Anteil Jugendliche mit einem mässig bis schlechten Befinden und häufigem belastendem Stress nach Bildungsstand der Eltern in %. Nach Tschumper, 2016, S. 19.

Die Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich haben im Schuljahr 2012/2013 eine wiederholte Befragung der Gesundheit von 13- bis 16-jährigen Jugendlichen durchgeführt (2013, S. 7). In der Thematik der psychosozialen Gesundheit zeigen sich ähnliche Werte wie bei der HBSC und der Berner Studie. 85% der befragten Jugendlichen sind gesamthaft mit ihrem Leben gut bis ausgezeichnet zufrieden (S. 18). Herauszuheben ist, dass Jugendliche im Speziellen zu den Themen Angst und Depression befragt wurden. Die Auswertungen zeigen, dass 17% der Jugendlichen in einem medizinisch relevanten Ausmass Anzeichen einer Depression zeigen (S. 22). Ängste, Sorgen und Nervosität zeigen weitere 16% der Befragten (S. 21).

Zusammenfassend hält der Obsan Bericht fest, dass die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nicht systematisch erhoben wird und so verlässliche Daten fehlen. Auch sind die kantonal ausgelegten Studien nicht vergleichbar. Hervorzuheben ist, dass über Kinder im Vorschulalter kaum Untersuchungen vorliegen (Von Wyl, Howard, Bohleber & Haemmerle, 2017, S. 4).

Psychische Störungen stellen nach der WHO „Störungen der psychischen Gesundheit einer Person dar, die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen gekennzeichnet sind“ (2019, S. 1). Wie bei der psychischen Gesundheit zeigen sich hier Lücken bei der Erfassung von psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Dies hält der Obsan Bericht fest und verweist auf die Studie der Zürich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology mit Daten aus dem Jahr 1994 (Von Wyl, Howard, Bohleber & Haemmerle, 2017, S. 40). Aufgrund fehlender Daten wird diese Studie hier aufgenommen und aufgrund der Aktualität mit der KiGGS-Studie aus Deutschland verglichen. Nach Steinhausen und Metzke-Winkler ergibt sich aufgrund der Befragung von 1964 Schülerinnen und Schüler im Raum Zürich eine Prävalenz von psychischen Störungen von 22.5% (1998, S. 262).

Die Prävalenz variiert je nach Alter und Geschlecht und ist in untenstehender Tabelle 1 ersichtlich:

Tabelle 1

	7 bis 9 Jahre			10 bis 13 Jahre			14 bis 17 Jahre		
	N	Fälle	Prävalenz	N	Fälle	Prävalenz	N	Fälle	Prävalenz
Jungen	29	13	34.7	10 1	45	34.0	7 9	21	15.8
Mädchen	27	9	31.7	83	25	16.0	6 0	12	8.6

Erläuterung: Die Prävalenzen bei Jungen und Mädchen sinken mit steigendem Alter. Die Daten stammen aus Steinhausen und Metzke-Winkler, 1998, S. 267.

Bei einer weiteren Differenzierung der Störungsbilder zeigt sich für Angststörungen eine Prävalenz von 11.4%, Verhaltensauffälligkeit im speziellen ADHS von 5.3%, affektive Störungen von 0.7% und missbräuchlichem Substanzkonsum von 0.3% (S. 265). 12.5% der Kinder und Jugendlichen weisen zudem eine komorbide Störung und somit mindestens eine weitere Diagnose auf (S. 262). In der KiGGS Studie werden deutschlandweit Kinder und Jugendliche durch das Robert Koch-Institut in einer Längs- und Querschnittstudie untersucht. Die Auswertung der Befragung zeigt, dass gesamthaft 20.2% der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten zeigen. Mädchen liegen mit 16.9% tiefer als Jungen mit 23.4%. Geschlechtsunabhängig wird jedoch ersichtlich, dass mit sinkendem Sozialstatus die psychischen Auffälligkeiten deutlich ansteigen (2014, S. 3). Die Werte der Schweiz und Deutschland scheinen mit 22.5% in der Schweiz und 20.2% in Deutschland vergleichbar, obwohl die Zahlen jeweils unterschiedliche Erhebungen und Kategorisierungen beinhalten. Wichtig für die Fragestellung dieser Arbeit ist jedoch, dass davon ausgegangen werden kann, dass jedes vierte oder fünfte Kind vermutlich von einer psychischen Auffälligkeit oder dem Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, betroffen ist. Diese Erkenntnis ist für die Versorgungs- sowie Angebotsgestaltung innerhalb der Schweiz grundlegend und wird im nachfolgenden Kapitel näher dargelegt.

2.3 Versorgungslage

In der Gesamtschau Gesundheit2020 legt der Bundesrat Prioritäten fest, welche bis ins Jahr 2020 in der Gesundheitspolitik Schweiz angestrebt werden. Im Rahmen des Handlungsfeldes Versorgungsqualität wird in Bezug auf psychische Erkrankungen eine Weiterentwicklung des ambulanten und stationären Angebotes angestrebt. Dieses soll zeitgemäss sein, dem gesellschaftlichen Wandel gerecht werden und die Versorgung sicherstellen (Bundesamt für Gesundheit, 2013, S. 7). Dafür sind verstärkt Massnahmen im Rahmen der Prävention und Früherkennung von psychischen Erkrankungen umzusetzen (S. 8). Ein Blick in die rechtliche Grundordnung der Schweiz zeigt, dass die Aufgaben der medizinischen Grundversorgung beim Bund und den Kantonen liegen. In Artikel 117a der Bundesverfassung vom 18. April 1999 (BV;

SR 101) ist geregelt, dass Bund und Kantone die medizinische Grundversorgung sicherstellen. In Art. 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 wird den Kantonen die Verantwortung für die Koordination der Spitalplanung und deren Umsetzung übertragen (KVG; SR 832.10).

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragte Guggenbühl, Ettlín und Ruffin, die Psychiatriekonzepte, die Planung und deren Umsetzung in der Schweiz zu analysieren. An dieser Untersuchung nahmen 24 Kantone teil (2012, S. 4). Die Analyse der kantonalen Konzepte zeigt, dass 22 Kantone über eine Planung für die stationäre psychiatrische Versorgung, jedoch nur 13 Kantone über eigentliche Psychiatriekonzepte verfügen (S. 13). Bei allen 22 Konzepten wird bei deren Erarbeitung die Gesundheitsdirektion sowie die psychiatrischen Dienste und die Kliniken miteinbezogen, jedoch lediglich 8 Kantone arbeiten mit den Leistungserbringern des Sozialwesens wie Sozialdienste oder Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden aus dem Feld der psychiatrischen Versorgung zusammen (S. 15). Ein patientenorientiertes Angebot nahe an der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten, die Förderung der Integration und gesellschaftlichen Teilhabe und die Präferenz *ambulant vor stationär* sind Zielsetzungen und Grundsätze, die alle Konzepte gemeinsam haben. Die pluridisziplinäre Zusammenarbeit, wie die Interdisziplinarität in dieser Studie genannt wird, und die bessere Integration der Psychiatrie ins soziale Versorgungssystem werden als Ziele genannt (S. 17-18). Die Studie zeigt zudem auf, dass in der Schweiz 22 Kantone über eine Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügen (S. 24). In lediglich 4 Kantonen besteht für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie eine gute Abdeckung, beim ambulanten Angebot geht die Studie von 10 Kantonen mit guter Abdeckung aus. Die anderen Kantone weisen eine Versorgungslücke auf, da weniger als 90% der Bevölkerung mit den öffentlichen Verkehrsmitteln in einem Zeitraum von 30 Minuten das Angebot erreichen können (S. 27-28). Bei den Schnittstellen zwischen Kranken- und Invalidenversicherungen und zwischen der stationären Therapie und der Nachsorge sehen Guggenbühl, Ettlín und Ruffin Verbesserungspotential. Die Vernetzungs- und Koordinationsarbeiten stellen zudem hohe Anforderungen an Institutionen (S. 5) und so braucht es für eine patientenorientierte Versorgung eine bessere Vernetzung und Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern und mehr Interdisziplinarität (S. 31). Am Beispiel des Kantons Basel-Land ist feststellbar, dass eine stärkere Fokussierung auf die biologische Dimension auch im Sinne einer Medikalisierung stattfindet (S. 20). Guggenbühl, Ettlín und Ruffin befürchten dadurch eine Abspaltung des Sozialen (S. 36). Deshalb empfehlen sie soziale Themen im Sinne eines Public Health Ansatzes stärker ins Medizinalberufegesetz (MedBG; SR 811.11) einzubinden und zu integrieren (S. 41).

Die Master-Thesis von Haemmerle befasst sich mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der Schweiz. Obwohl diese Thesis aus dem Jahr 2007 etwas zurückliegt, wird sie

in dieser Arbeit verwendet. In der Zwischenzeit wurde keine neuere Erhebung durchgeführt (Patrick Haemmerle, pers. Mitteilung, 11.06.20). Die Daten der Studie stammen aus Befragungen von öffentlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten, von privaten Kinder- und Jugendpsychiatern sowie von Anbietern von Kinder- und Jugendpsychotherapien (2007, S. 4). Nach Haemmerle wurden im Jahr 2004 im stationären Bereich gesamthaft 1'456 Fälle (Kinder, Jugendliche und deren Familien) und im Jahr 2005 2'516 Fälle behandelt. Es handelt sich dabei um eine Zunahme von 73%. Bei neuen Fällen ist der Anstieg von 1608 Fällen im Jahr 2004 auf 1906 Fälle im Jahr 2005 mit einem Zuwachs von 18.6% weniger stark (S. 16). Die Daten wurden in Abbildung 4 für Leserinnen und Leser veranschaulicht.

Behandlungsstatistik 2004/2005

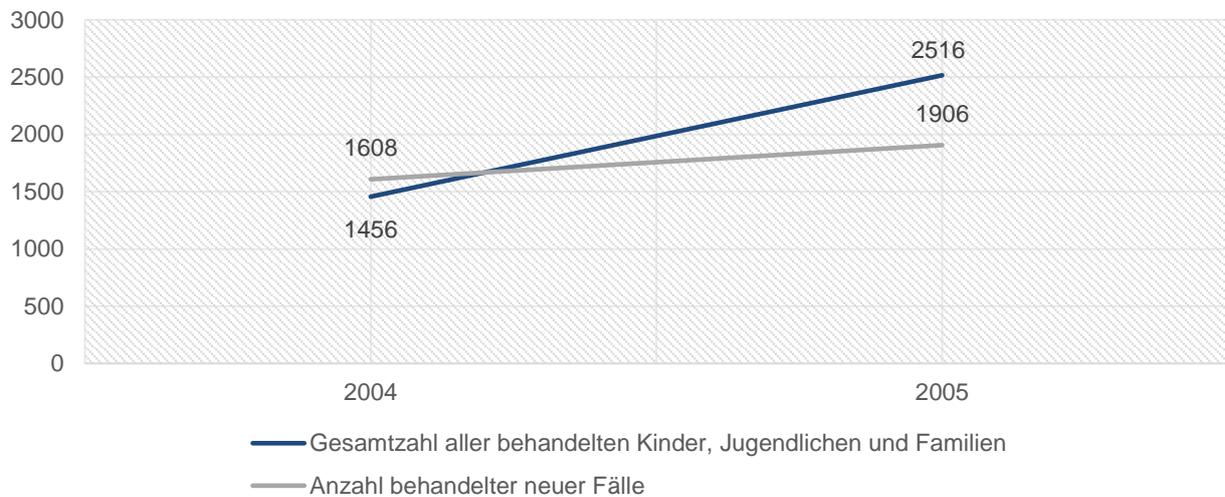


Abbildung 4. Behandlungsstatistik 2004/2005. Nach Haemmerle, 2007, S. 16.

Für eine Versorgungsplanung, welche im Verantwortungsbereich der Kantone liegt, bräuchte es zudem eine systematische Erhebung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen (S. 18). Dies ist heute leider nicht der Fall. Die Befragung von Haemmerle zeigt, dass nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema MAK von den behandelten Fällen 46% der Kinder und Jugendlichen eine Verhaltens- und emotionale Störung, 30% eine Belastungs- und Anpassungsstörung und 11% depressive Störungen zeigen (S. 19). Die Versorgungslücke in mehreren Kantonen wurde bereits durch Guggenbühl, Ettlín und Ruffin festgestellt (2012, S. 28). Nach Haemmerle haben jedoch 66.7% aller Institutionen zusätzlich Wartelisten, davon sind Notfälle ausgeschlossen. 66.7% der Institutionen haben Wartelisten zwischen 2-3 Monaten und 10% sogar mehr als 3 Monate (2007, S. 21-22). In der Versorgungsplanung gibt es zudem Gruppen von Kindern und Jugendlichen, welche neben der psychiatrischen Diagnose eine geistige Beeinträchtigung, eine Suchterkrankung oder delinquentes Verhalten haben. Durch diese spezielle Problemkonstellationen gelten diese als unterversorgt (S. 25). Hier gibt es kaum passende Angebote im ambulanten oder stationären Bereich. Aus der Befragung wird weiter deutlich, dass

der Wunsch nach Optimierung der Vernetzungsarbeit vorliegt (S. 27). So finden bereits heute mehrheitlich Austausche mit Sozialdiensten und Institutionen für Kinder- und Jugendschutz auf informeller Ebene statt (S. 22). Deshalb plädiert Haemmerle für eine regionale Kooperation mit Leistungserbringern aus dem Sozialwesen und für eine bessere Vernetzung (S. 53). Für die Zukunft einer sozialpsychiatrisch orientierten Kinder- und Jugendpsychiatrie sieht Haemmerle daher die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit und die Unterstützung des nicht-ärztlichen Fachpersonals als erstrebenswert an (S. 53). Nach Haemmerle stellt sich die Frage, wie die jeweiligen Dienste zu Lasten der Krankenversicherung abgerechnet werden können. Diese Frage wird für die Gestaltung des Versorgungssystems zentral sein (S. 60).

Stocker et al. haben im Jahr 2016 für das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS die Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz untersucht. Mittels Befragungen der wichtigsten Akteure in einer Behandlung von psychisch erkrankten Personen, Fachpersonen an Schnittstellen sowie öffentliche Institutionen wurde die Versorgung empirisch untersucht (2016, S. X). Aus der Untersuchung wird deutlich, dass im Bereich der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen eine deutliche Unter- und Fehlversorgung in allen Regionen und Angeboten vorliegt (S. 97). Die Angebotssituation zeigt nicht nur einen Mangel an Fachpersonal, sondern auch Lücken im Behandlungsangebot auf und hält die langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz fest (S. 98). Familien mit tiefem sozioökonomischem Status verfügen meist nur über eine Grundversicherung und haben deshalb kaum Wahlmöglichkeiten bei Therapeutinnen und Therapeuten. Weiter liegen alternative Angebote, die über eine Zusatzversicherung bezahlt würden, nicht im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten. Dies führt in Anbetracht der langen Wartezeiten dieser finanzierbaren Angebote zu einer mangelnden Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe (S. 99). Stocker et al. betonen die Notwendigkeit, dass sich das Gesundheitssystem besser mit dem Sozialsystem vernetzt und so Personen mit schweren psychischen Erkrankungen gerecht werden kann. Der individuelle Bedarf geht oftmals über eine therapeutische Behandlung hinaus und erfordert Hilfestellung in unterschiedlichen Bereichen wie Wohnen oder Finanzen (S. 75). Sie bezeichnen den heutigen Informationsaustausch und die Zusammenarbeit unter den Institutionen als mangelhaft (S. 73). Der Einbezug der verschiedenen Systeme wie Schule und Familie innerhalb der Vernetzungsleistungen ist aktuell unterfinanziert und diese Tatsache benennen Stocker et al. gerade in Kinder- und Jugendpsychiatrien als problematisch (S. V). Die Untersuchung zeigt auf, dass Fachärztinnen und -ärzte häufig sozialarbeiterische Aufgaben wie Informationsaustausch mit Angehörigen und Vernetzungsarbeit mit Behörden, Institutionen und Lehrkräften übernehmen, welche über ihre Kernaufgaben hinausgehen würden (S. 29-30). Hervorzuheben ist auch, dass die Adoleszenten-Psychiatrie fehlt (S. 74). Junge Erwachsene mit einer psychischen Erkrankung werden heute bis Stichtag 18 Jahren entweder in stationären Kinder- und Jugendpsychiatrien

oder ab 18 Jahren in Erwachsenenpsychiatrien aufgenommen. Diese Altersgruppe hat besondere Bedürfnisse und es stehen kritische Übergänge ins Erwachsenen- und Berufsleben an, die besonderer Beachtung bedürfen. Weder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch in der Erwachsenenpsychiatrie sind alters- und entwicklungsgerechte Angebote vorhanden.

Nachdem die Gesundheitspolitik, die rechtliche Verankerung, die Verantwortlichkeiten und die aktuelle Versorgungslage in der Schweiz aufgezeigt wurden, sollen Fallzahlen aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz aus dem Jahr 2018 diese Thematik abrunden. Di Francesco, Durrer, Kobelt, Kronenberg und Ruchti haben für anq (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) den nationalen Vergleichsbericht in stationären Kinder- und Jugendpsychiatrien erstellt. Diese Erhebung wird jährlich in den 32 registrierten Kliniken vorgenommen und ausgewertet (2019, S. 5). Im Erhebungszeitraum vom 1.1.2018 bis 31.12.2018 werden 3'326 abgeschlossene Fälle (Kinder, Jugendliche und deren Familien) behandelt. Zum Zeitpunkt des Eintrittes sind 23.8% unter 13-jährig und 76.2% über 14-jährig (S. 35). Der Anteil von Mädchen ist mit 61.6% höher als derjenige der Jungen mit 37.8% (S. 36). In Abbildung 5 ist die Verteilung der Hauptdiagnosen der betroffenen Kinder und Jugendlichen in der Schweiz im Jahr 2018 ersichtlich.

Verteilung Hauptdiagnosen

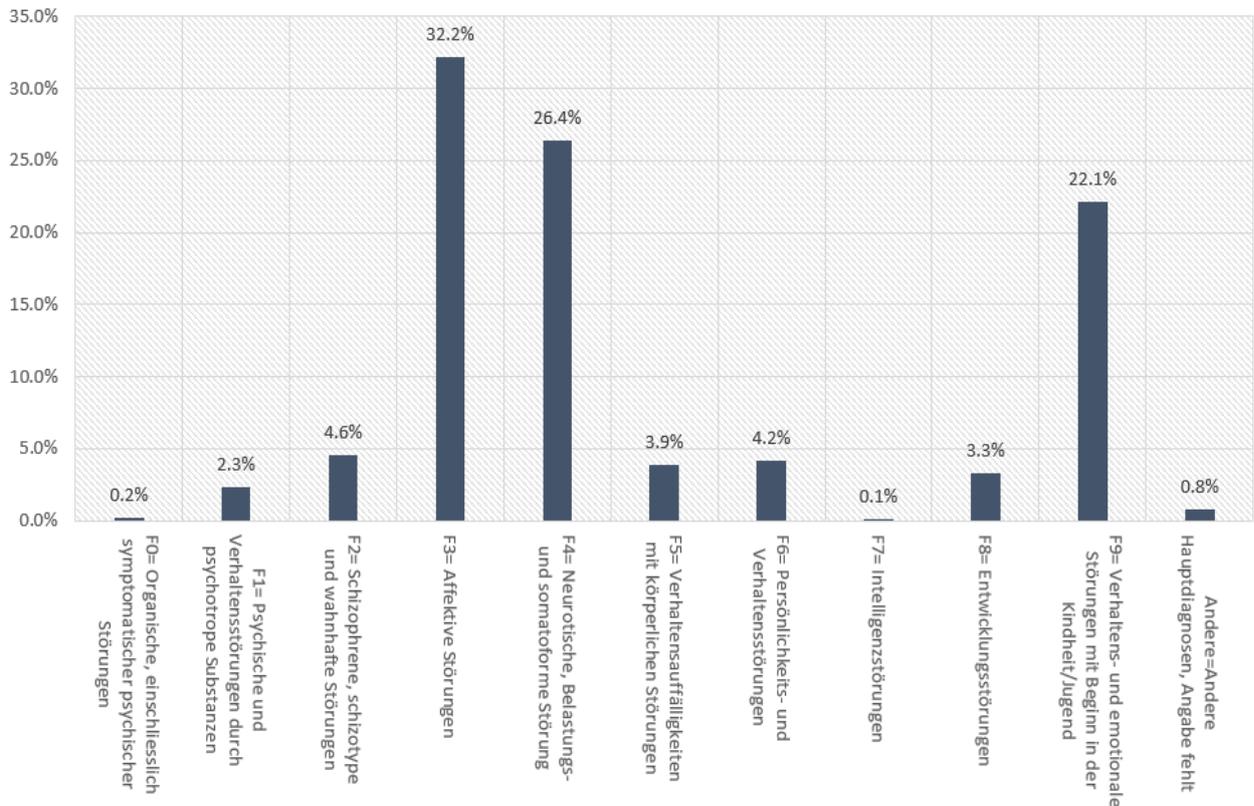


Abbildung 5. Verteilung der Hauptdiagnosen. Nach Di Francesco, Durrer, Kobelt, Kronenberg und Ruchti, 2019, S. 36.

Die aufgezeigten Studien zur Versorgungssituation in der Schweiz machen die Notwendigkeit der multiprofessionellen Zusammenarbeit in Kinder- und Jugendpsychiatrien deutlich. Im Fokus des nächsten Kapitels steht deshalb die Zusammenarbeit der Berufsgruppen in Kinder- und Jugendpsychiatrien.

2.4 Multiprofessionalität und Kooperation

Der Begriff multiprofessionell betont mit der Vorsilbe „multi“ den Aspekt des Vielfachen und hat sich nach Bauer im deutschsprachigen Raum durchgesetzt. Im Internationalen Sprachgebrauch wird meistens von Interprofessionalität gesprochen, was eher auf das Verbinden von professionellen Sicht- und Handlungsweisen hindeutet. Dieser sprachliche Unterschied darf nicht über die Tatsache hinwegtäuschen, dass die Begriffe synonym verwendet werden (2018, S. 731). Die Grundannahme von Multiprofessionalität lässt sich nach Heyer, Hollweg, Karic und Maack trotz mehrschichtigem Diskurs und den daraus resultierenden vielfältigen Ansprüchen an Akteurinnen und Akteure und Institutionen einheitlich bestimmen. So begründet die zunehmende Komplexität von gesellschaftlichen Problemlagen und die daraus folgenden Ansprüche an Fachkräfte die Notwendigkeit von Multiprofessionalität. Die Mehrdimensionalität erfordert zunehmend eine spezialisierte Problembearbeitung was wiederum eine Ausdifferenzierung von Berufsrollen zur Folge hat und Multiprofessionalität unerlässlich macht (2019, S. 9).

Multiprofessionelle Zusammenarbeit hat nach Bauer in der Psychiatrie eine lange Tradition. So wurde die Fürsorge, welche als Vorreiterin der klinischen Sozialarbeit bezeichnet werden kann, bereits in den 1920er-Jahren in die Behandlung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung eingebunden. Die Psychiatrie-Enquête und die daraus entstandenen Entwicklungen führten zu einer bedeutenden fachlichen sowie organisatorischen Veränderung im Hinblick auf die psychiatrischen Behandlungen. Für Psychiaterinnen und Psychiater sowie Pflegefachkräfte veränderte sich das Aufgabengebiet und neue Berufsgruppen wie Psychologinnen und Psychologen, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Ergo-, Physio-, Musik- und Kunsttherapeutinnen und -therapeuten wurden für eine umfassende Behandlung von psychisch kranken Menschen herangezogen (2018, S. 732). Die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Berufsgruppen funktioniert nicht immer ohne Spannungen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in welcher die Medizin als Leitdisziplin gilt und ihre medizinische Behandlungslogik vorrangig ist, sind deshalb andere professionelle Fachkräfte gefordert, ihren Nutzen darzulegen und sich zu positionieren. Auch fehlendes Wissen um die Handlungsmethoden anderer Berufsgruppen und deren fachlichen Logik kann nach Bauer zu Spannungen führen (S. 735). So können beispielsweise Haltungen von Fachkräften der Sozialen Arbeit und der Psychologie in Kinderschutzfragen unterschiedlich sein und Kindeswohlgefährdungen aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und beurteilt werden.

In vielen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit prägt multiprofessionelle Zusammenarbeit den Alltag von Fachkräften und wird nach Bauer als fachliche Kompetenz vorausgesetzt (S. 727). In Kinder- und Jugendpsychiatrien ist die Vielfalt der Berufsgruppen mit unterschiedlichen Qualifikationen besonders ausgeprägt. Bauer misst diesen Unterschieden eine hohe Bedeutung zu und sie sind nach ihr ein wichtiger Teil der Multiprofessionalität (S. 728). Sie betont, dass in Kinder- und Jugendpsychiatrien erst die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen ein umfassendes Behandlungsangebot möglich machen. Multiprofessionalität wird gelebt, wenn Menschen in ihren Problemlagen von allen professionellen Fachkräften mit der je eigenen Perspektive wahrgenommen werden und die gewonnenen Erkenntnisse zusammengeführt in die Intervention einfließen (S. 731).

Multiprofessionelle Zusammenarbeit erfordert deshalb Austausch über fachliche Perspektiven und daraus ableitend das Aushandeln gemeinsamer Ziele. In diesem Sinn lässt sich nach Bauer multiprofessionelle Zusammenarbeit auch als Kooperation bestimmen (S. 735). Nach Merten ist professionelle Kooperation in der Sozialen Arbeit notwendig und auch er weist auf die gestiegenen Anforderungen an Fachkräfte, welche die komplexen Lebenslagen der Adressatinnen und Adressaten erfordern, und auf das erweiterte Dienstleistungsangebot hin (2015, S. 21). Diese Veränderungen benötigen ein Beachten der Systemzusammenhänge und einer Entwicklung der Kooperation mit anderen Fachkräften. Die zahlreichen Schnittstellen wie Abklärung, Zuweisung und der gesamte Behandlungsablauf bedürfen einer Abstimmung mit den verschiedenen Berufsgruppen und erfordern Zusammenarbeit und Vernetzung. Die Modelle bezüglich Indikation und Intervention sowie Zielsetzungen weichen voneinander ab und beeinträchtigen die Zusammenarbeit. Als zusätzliche Schwierigkeit ist die Abgrenzung von Zuständigkeiten zu nennen (S. 22). So sind Aufgaben in Kinder- und Jugendpsychiatrien wie beispielsweise Koordinations- und Vernetzungsarbeiten oft nicht klar definiert. Aufgaben von Fachkräften der Psychologie, Pflege und der Sozialen Arbeit überschneiden sich und benötigen deshalb besonders viel Abstimmung.

Merten betont, dass in der Ausbildung der verschiedenen Berufsgruppen multiprofessionelle Kompetenzen zu vermitteln seien und sich Studiengänge nicht auf spezifisches Fachwissen und Methoden begrenzen dürfen. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit erfordert nach ihm die Fähigkeit, für die eigene berufsspezifische Perspektive professionell einstehen zu können, Methodenkompetenz für die Gestaltung einer wirksamen Teamarbeit und Konfliktbearbeitung sowie Kenntnisse über zielorientierte Netzwerkarbeit (2015, S. 22). Schröder und Colla ergänzen diese Ausführungen und fordern von der akademischen Ausbildung, dass diese ihren Nachwuchskräften die Kompetenzen und die Grenzen ihrer Disziplin vermittelt, damit Kooperation in der Praxis ein selbstverständliches Element wird (2012, S. 36). In Kinder- und Jugendpsychiatrien ist dies insofern von grosser Bedeutung, weil verschiedene Berufsgruppen

das Soziale bearbeiten. Das Wissen um die Kompetenzen und Grenzen unterstützt das Formulieren des Auftrags der einzelnen Berufsgruppen und das Zuteilen von entsprechenden Zuständigkeiten.

Pauls stellt fest, dass die psycho-soziale Behandlung kein sicherer Bereich ist, welcher einer bestimmten Berufsgruppe zugehörig ist. Die Soziale Arbeit ist demnach gefordert, Aufgaben bezüglich der sozialen Dimension zu bestimmen und diese gegenüber anderen Berufen zu beanspruchen, insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo Psychologinnen und Psychologen sowie Pflegefachkräfte sozialarbeiterische Tätigkeiten übernehmen (2013, S. 24).

2.5 Finanzierungssystem der Leistungen in Kinder- und Jugendpsychiatrien

In der Schweiz gilt das Krankenversicherungs-Obligatorium. Das bedeutet, dass jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz eine Grundversicherung gegen Krankheit abschliessen muss. Die Höhe des jährlichen Selbstbehaltes, das Alter und der Wohnort der Person sind Faktoren, welche Grundlage für die Berechnung der monatlichen Prämie sind. Eine freiwillige Zusatzversicherung kann zudem Kosten, welche die Leistungen der Grundversicherung übersteigen, decken. Die Wahl liegt eigenverantwortlich bei der versicherten Person. Wie in der gesamten Politik der Schweiz zeigt sich im Gesundheitssystem der Föderalismus. Die obligatorische Krankenversicherung obliegt der Verantwortung des Bundes, wobei die Spitalversorgung, die Prävention sowie die Ärztezulassungen im Verantwortungsbereich der Kantone liegen (EDA, 2017, Website). Jeder Kanton ist verpflichtet, eine Spitalplanung durchzuführen und das Angebot an Spitalbehandlungen für die Kantonsbevölkerung sicherzustellen. Nach einem festgelegten Finanzierungsschlüssel werden die Kosten im Falle einer stationären Behandlung, wie bei einem Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, auf die Wohnkantone (mit mind. 55%) und den Krankenversicherer der Person (max. 45%) aufgeteilt (Bundesamt für Gesundheit, 2020a, Website). Die betroffene Person selbst übernimmt Kosten im Rahmen der Franchise und einer Selbstbeteiligung von 10% bis max. CHF 350.-- bei Kindern und Jugendlichen.

Gemäss Bundesamt für Gesundheit werden stationäre Spitalbehandlungen aus dem somatischen Bereich seit 2012 schweizweit mit leistungsbezogenen Fallpauschalen über das Tarifsystem SwssDRG abgegolten. Im Bereich der stationären Psychiatrie wurde dafür die Tarifstruktur TARPSY eingeführt (2020b, Website). Nach SwissDRG kann mit TARPSY für die stationäre Psychiatrie eine einheitliche schweizweite Tarifabrechnung entwickelt und implementiert werden. TARPSY kennt keine Fallpauschalen, sondern leistungsbezogene Tagespauschalen (2016, S. 1). Die Einführung der Tarifstruktur TARPSY erfolgt nach Beyer und Rohner in Kinder- und Jugendpsychiatrien per 1.1.2019. Grundlage für die Berechnung sind Alter, Hauptdiagnose, Symptomschweregrad und Nebendiagnosen (2016, S. 1404).

Auch wenn sich die Fragestellung der Autorinnen auf das stationäre Setting bezieht, soll hier noch ein Exkurs in die Abrechnung von ambulanten Leistungen erfolgen. Ambulante ärztliche Leistungen werden mit dem Einzelleistungstarif TARMED ebenfalls über die Grundversicherung abgerechnet. Hier werden jedoch nur ärztliche Psychotherapien vergütet, nichtärztliche Therapien werden ausschliesslich unter der Bedingung einer Delegation entschädigt (Bundesamt für Gesundheit, 2020c, Website). Dies ist bei praktizierenden Psychologinnen und Psychologen bekannt. Unter die Rubrik ambulant fallen nicht nur Psychotherapien, sondern auch Tageskliniken. Nach Aebi sind heute viele ambulante Leistungen wie Tageskliniken nicht kostendeckend und mit der Finanzierung über TARMED unterfinanziert und schlechter gestellt als der stationäre Bereich. Dies setzt Fehlanreize, da das ambulante Setting für Patientinnen und Patienten oftmals nicht nur kostengünstiger, sondern auch zielführender wäre (2018, Website). Nach Guggenbühl, Ettlín und Ruffin sind 16 der 24 befragten Kantone ebenfalls der Meinung, dass das heutige Finanzierungssystem stationäre Aufenthalte begünstige (2012, S. 32). Sie gehen sogar davon aus, dass die KVG und TARMED Tarife weitere Entwicklungen verhindern und das Risiko einer Selektion in rentable / nicht rentable Fälle besteht (S. 36). Nach Haemmerle ist eine Verschlechterung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zu befürchten, wenn keine tarifpolitischen Entwicklungen stattfinden (2007, S. 53).

Die Grenzen zwischen dem Gesundheits- und Sozialsystem sind bei einer psychischen Erkrankung von Kindern und Jugendlichen fließend. Eltern benötigen für ihre Kinder und Jugendlichen neben therapeutischen Leistungen häufig weitere ambulante Angebote. Diese stammen meist aus dem Sozialsystem. Zum Verständnis gehen die Autorinnen deshalb kurz auf die Finanzierung dieser Leistungen ein. So werden die Kosten von Angeboten wie beispielsweise die ambulante Erziehung- und Familienberatung, die Schulpsychologie oder die Schulsozialarbeit für Kinder, Jugendliche und deren Familien durch den Kanton getragen und sind für Betroffene kostenlos. Das Angebot unterscheidet sich jedoch von Kanton zu Kanton. Für eine sozialpädagogische Familienbegleitung oder andere Erziehungshilfen, welche Betroffene zu Hause aufsuchen und intensivere Unterstützung bieten können, müssen nach Art. 276 des Zivilgesetzbuches Abs. 1 die Kosten durch die Familie selbst übernommen werden (ZGB; SR 210). Ist dies aufgrund der finanziellen Verhältnisse der Familie nicht möglich, kann der Kanton oder die Gemeinde in Form der Sozialhilfe gemäss dem Gesetz über den Kindes- und Erwachsenenschutz Art. 42 Abs. 1 für die anfallenden Kosten aufkommen (KESG; 213.316).

3. Bio-psycho-soziales Krankheits- und Gesundheitsmodell

Dieses Kapitel befasst sich vertieft mit dem bio-psycho-sozialen Krankheits- und Gesundheitsmodell. In einem ersten Teil wird ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und Krankheit geschaffen, bevor auf das Modell mit seiner Entstehungsgeschichte, Umsetzung und Kritikpunkten eingegangen wird. In den darauffolgenden Unterkapiteln werden die einzelnen Dimensionen näher erläutert und der konkrete Bezug zu Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hergestellt.

Der Begriff der Gesundheit wird in Kapitel 2.2 *Psychischer Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen* aus der Perspektive der Weltgesundheitsorganisation erläutert. Die Definition in den Grundsätzen der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation zeigt, dass die *Gesundheit* als ein ganzheitlicher Zustand verstanden wird, der verschiedene Dimensionen wie das Soziale, das Körperliche und das Geistige miteinbezieht (IR 0.810.1). Engel formuliert Gesundheit im Verständnis des bio-psycho-sozialen Krankheits- und Gesundheitsmodells folgendermassen: "Wenn sich der Organismus erfolgreich in seine Umgebung einzufügen und diesen Zustand frei von ungebührlicher Spannung beizubehalten vermag und wenn er zu Wachstum, Entwicklung und Aktivität in integrierter und wirksamer Form fähig ist (...)" (1970, S. 301). Alles dafür Notwendige nimmt der menschliche Organismus von innen oder aussen. Im Gegensatz zur Gesundheit versteht sich Krankheit als Ungleichgewicht, wenn die Anpassung oder das Einfügen in die Umgebung nicht mehr funktioniert (S. 301). Nach Egger fehlt dem Organismus bei Krankheit die Fähigkeit, sich anzupassen oder die Störung zu beheben oder auszugleichen (2015, S. 77). Da der Mensch sich laufend der Umgebung anpassen muss, kann Gesundheit und Krankheit als ein dynamischer Prozess verstanden werden (Engel, 1970, S. 301).

Das bio-psycho-soziale Krankheits- und Gesundheitsmodell wurde nach Egger durch die Publikationen von Engel (1977) populär (2015, S. 55). Das Modell ist nach Egger jedoch nicht der Verdienst einer spezifischen Person, sondern ist vielmehr auf ein gesamtes Netzwerk von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zurückzuführen (2008, S. 13). Goodman erweiterte das Modell von Engel und bezeichnet die Modifizierung als *body-mind-unity-theory*. Gegenüber dem ursprünglichen Modell wird die Realität als rein psycho-physisches Ereignis sowie die individuelle Erfahrung der Person miteinbezogen (zitiert nach Egger, 2015, S. 66-67). Dieses Theoriekonzept ist nach Egger aktuell das bedeutendste Modell für ein ganzheitliches Verständnis von Krankheit und Gesundheit des Menschen (2008, S. 13).

Das bio-psycho-soziale Krankheits- und Gesundheitsmodell soll nach Engel das bis zu diesem Zeitpunkt dominante biomedizinische Krankheitsmodell ablösen, das auf Molekularbiologie als wissenschaftliche Grundlage baut. Nur messbare abweichende Variablen können in diesem biomedizinischen Verständnis berücksichtigt werden, soziale, psychologische und

verhaltensspezifische Dimensionen der Krankheit werden missachtet (1977, S. 130). Dies begünstigt nach Adler die Spaltung des Menschen in Körper und Seele und führt so zu einer dualistischen Betrachtung. Doch die Errungenschaften der Biomedizin führte auch zu der heute erfolgreichen modernen Medizin (2014, S. 83). Egger betont, dass das biomedizinische Modell ignoriert, dass der Mensch fühlt, denkt sowie seine Handlungen bewusst ausführt (2018, S. 1157). Buttner sieht im bio-psycho-sozialen Krankheits- und Gesundheitsmodell deshalb einen Appell von Engel an die Medizin, das mechanische Denken (Mensch als Maschine) und den damit verbundenen Reduktionismus zu überwinden (2018, S. 13).

Die Rahmung erhält das bio-psycho-soziale Krankheits- und Gesundheitsmodell nach Egger durch die Systemtheorie. Nach der Systemtheorie sind in der Natur verschiedene Systeme vorhanden und hierarchisch geordnet. Grössere Einheiten wie Biosphäre, Gesellschaft, Kultur stehen hierarchisch gesehen vor den kleineren Einheiten wie der Familie, der Person selbst, der Organe, Gewebe bis hin zu den subatomaren Teilchen. Alle Hierarchieebenen sind als System zu verstehen, die in Beziehung zueinander stehen und verbunden sind. So bewirkt eine Änderung eines Systems auch eine Veränderung der über- oder untergeordneten Systeme (2015, S. 56-57). Das System der Person wiederum setzt sich aus den drei Dimensionen

- biomedizinisch,
- psychologisch sowie
- öko-sozial

zusammen (S. 62). Die einzelnen Dimensionen werden in den Unterkapiteln *3.1 Biologische Dimension*, *3.2 Psychologische Dimension* sowie in *3.3 Soziale Dimension* näher beleuchtet und der Zusammenhang zu betroffenen Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung erläutert. Beim bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsmodell geht es nach Egger nicht um eine reine Addition der drei Dimensionen (S. 54). Vielmehr sind biologische, psychologische und öko-soziale Faktoren an einem Prozess wechselseitig beteiligt (S. 60). Nach Adler handelt es sich dabei um einen multifaktoriellen Zusammenhang anstelle eines linearen Schemas einer Wenn-Dann Wirkung (2014, S. 75). In dieser Wenn-Dann Betrachtung wird missachtet, dass der Mensch in der Lage ist zu lernen (S. 83). Warnke und Lehmkühl gehen davon aus, dass gerade psychische Erkrankungen auf eine multifaktorielle Verursachung zurückzuführen sind (2003, S. 22). Auch nach Renschmidt und Schmidt ist eine psychische Erkrankung von Kindern und Jugendlichen multifaktoriell bedingt (2000b, S. 79). Folglich bietet sich die Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells beim Verstehen einer psychischen Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen an.

Das bio-psycho-soziale Gesundheits- und Krankheitsmodell wird nach Egger von Nutzenden oft als komplex erlebt (2008, S. 13). Sein Raster in Abbildung 6, welches auf die weiterentwickelte

body-mind-unity-theory aufbaut, soll eine mögliche Umsetzung des Modells in einer Praxis aufzeigen. Nach Egger ist es nicht nötig, Expertin oder Experte in allen Bereichen zu sein. Vielmehr sollte ein Grundverständnis für die andere Dimension mit der zugrunde liegenden Sprache und Sichtweise geschaffen werden, um Wechselwirkungen zu erkennen. Egger sieht in multiprofessionellen Teams eine Lösungsmöglichkeit (S. 17-18). Dies wird in Abbildung 6 auf der Stufe der *Integration der Mehrebenen-Diagnostik* sowie der *multimodalen Therapie* ersichtlich. Hier sollen die Daten der bio-psycho-sozialen Diagnostik der einzelnen Dimensionen aus der ersten Stufe zusammengetragen und in einen Zusammenhang gebracht werden. So können Interventionen auf der nachfolgenden Ebene der Therapie koordiniert und aufeinander abgestimmt werden mit dem Ziel, das Gleichgewicht des Menschen in einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit wiederherzustellen (S. 18).

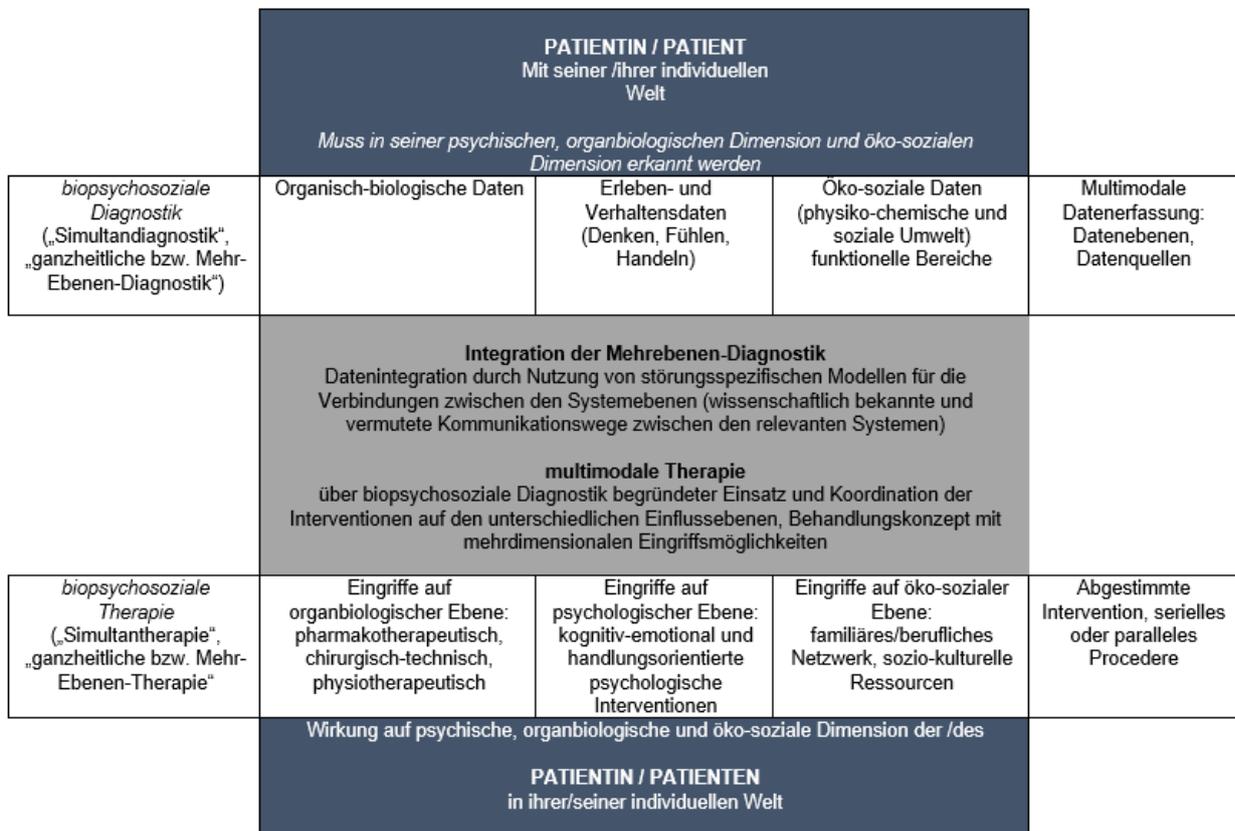


Abbildung 6. „Simultandiagnostik“ und „Simultantherapie“ im diagnostisch-therapeutischen Team. Nach Egger, 2008, S. 18.

Borrell-Carriò, Suchman und Epstein stellen nach fast drei Jahrzehnten seit der Publikation von Engel fest, dass das bio-psycho-soziale Modell eher als philosophischer Weg zu sehen ist, wie Krankheit oder Leiden auf multiplen Organisationsebenen von der molekularen bis zur gesellschaftlichen verstanden werden kann. Der Wert des Modells liegt nicht in der Errungenschaft neuer wissenschaftlicher Gesetze, sondern in der Wiederorientierung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten (2004, S. 576). So ist die Öffnung des Blickwinkels in der medizinischen Disziplin der nachhaltigste Beitrag von Engel (S. 581). Auch nach Egger

wurde der Paradigmenwechsel zur bio-psycho-sozialen Medizin nicht vollzogen. Dies zeigt sich in der nach wie vor vorhandenen Überlegenheit der Publikationen im Bereich der biologisch-medizinischen Wissenschaft (2015, S. 54). Auf eine fehlende empirische Basis des Modells verweist Buttner, deshalb sieht er in dem bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsmodell weder eine Theorie noch ein Modell, sondern spricht von einer Meta-Theorie (2018, S. 14). Eine mögliche Ursache könnte im fehlenden Begriffssystem des Modells liegen, das nach Egger als mögliche Kritik des bio-psycho-sozialen Modells angeführt und als mögliche Erklärung angebracht werden kann (2015, S. 64).

3.1 Biologische Dimension

In der Dimension *bio* wird nach Egger die biologische Beobachtungsebene subsumiert. Dies beinhaltet beispielsweise Aspekte der Ätiologie oder der Pathogenese (2015, S. 74). Exemplarisch wird in diesem Kapitel der Bezug zu genetischen Faktoren, zu Schwangerschaft, zu Stoffwechselerkrankungen sowie zu körperlichen Folgen einer psychischen Erkrankung hergestellt. Diese Aspekte bilden keine körperliche Diagnostik ab, sondern sollen lediglich einen Einblick in die biologische Dimension von psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen geben. Die ausgewählten Faktoren sollen beispielhaft aufzeigen, wie die biologische Dimension mit einer psychischen Erkrankung von Kindern und Jugendlichen zusammenhängen kann.

In Bezug auf psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind nach Warnke und Lehmkuhl genetische Faktoren als Erklärungsansatz von besonderem Forschungsinteresse. So konnte beispielsweise bei Angst- sowie Zwangsstörungen, autistischen Störungen und manisch-depressiven Psychosen eine genetische Vorbelastung nachgewiesen werden (2003, S. 23). Dies konnte die Zwillings-Studie von Kendler, Neale, Kessler, Heath und Eaves bei Depressionen feststellen, sie weist jedoch darauf hin, dass neben der genetischen familiären Vorbelastung die Umwelt eine grössere Rolle spielt (1992, S. 263). Resch und Fegert gehen ebenfalls davon aus, dass genetische Faktoren psychische Erkrankungen mitverursachen, sehen jedoch davon ab, psychische Erkrankungen rein genetisch zu erklären (2012, S. 118). Nach Remschmidt und Schmidt erhöhen genetische Vorbelastungen zwar die Vulnerabilität, lassen jedoch keine Vorhersagen über das Auftreten von Symptomen zu (2000b, S. 78-79).

Die Aufnahme der gesundheitlichen familiären Situation, um genetische Vorbelastungen zu erfahren, ist lediglich ein Teil der biologischen Dimension. Die Exploration der frühen Entwicklung und so auch der Schwangerschaft sind nach Sims und Curran zentrale Aspekte (1999, S. 185). Gemäss der Meta-Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Deutschland hat der Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft Folgen für die körperliche und psychische Entwicklung der Kinder. So besteht das Risiko bei 30-40% von alkoholabhängigen Frauen, ein

Kind mit fetalen Alkoholsyndrom (FAS) zu gebären (2002, S. 55). Das kann für das Kind körperliche Beeinträchtigungen, Intelligenzminderungen, gestörtes Sozialverhalten, Hyperaktivität oder Konzentrationsstörungen zur Folge haben (S. 36). Die Auswirkungen eines alkoholkranken Elternteils auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Verlauf ihrer Entwicklung wird im Kapitel 4.4 *Psychische Erkrankung eines Elternteils* erneut aufgenommen und aus dieser Perspektive betrachtet.

Die biologische Dimension erfasst auch das Alter und Geschlecht der Kinder und Jugendlichen. Nach Remschmidt und Schmidt entwickeln Jungen im Schulalter doppelt so häufig eine psychische Störung wie Mädchen. Mädchen neigen jedoch eher zu Angst- und Somatisierungsstörungen und in der Adoleszenz zu ängstlich-depressiven Störungen (2000b, S. 77).

Mit einer körperlichen Untersuchung werden zudem körperliche Folgen einer psychischen Erkrankung wie beispielsweise selbstverletzendes Verhalten, Über-/ Untergewicht, Zustand der Zähne oder allgemeiner Pflegezustand erkannt (Resch, Fegert & Buchmann, 2012, S. 155-156). Sims und Curran sehen die Notwendigkeit einer routinemässigen Laboruntersuchung (1999, S. 192). So können sich nach Resch, Fegert und Buchmann Stoffwechselerkrankungen erstmals als eine psychische Erkrankung äussern. Deshalb unterstreichen die Autoren die Relevanz einer körperlichen Diagnostik (2012, S. 155-156).

Den Zusammenhang von biologischen Faktoren und einer psychischen Erkrankung hält Rutter fest. Kinder und Jugendliche mit einer körperlichen Erkrankung haben ein doppelt so hohes Risiko an einer psychischen Störung zu erkranken (zitiert nach Remschmidt & Schmidt, 2000b, S. 78). Die hier aufgeführten Beispiele unterstreichen die Relevanz der biologischen Dimension in Kinder- und Jugendpsychiatrien und zeigen gleichzeitig präventive Ansatzmöglichkeiten auf.

3.2 Psychische Dimension

Die psychologische Beobachtungsebene wird nach Egger der *psychologischen* Dimension zugeordnet. Hierbei sind das Verhalten und das subjektive Erleben der betroffenen Person, die Aspekte der Persönlichkeit, der persönliche Lebensstil und die individuellen Bewältigungsstile zu erfassen (2015, S. 74). Nachfolgend wird auf ausgewählte Aspekte dieser Dimension eingegangen. Die exemplarischen Erläuterungen bilden jedoch keine psychiatrische Diagnostik ab, sondern geben lediglich einen Einblick in mögliche Faktoren in dieser Dimension.

Kinder und Jugendliche in einer stationären Psychiatrie zeigen sehr unterschiedliche Verhaltensweisen. Diese gilt es in der psychologischen Dimension aufzunehmen und zu erkennen. So zeigen sich nach Remschmidt und Schmidt beispielsweise bei Tic-Störungen oder dem Gilles-de-la-Tourette-Syndrom bei Betroffenen vokale oder motorische Tics, die nicht

beeinfluss- oder unterdrückbar sind und daher willkürlich auftreten (2000c, S. 154). Kinder und Jugendliche mit diesem Störungsbild haben unkontrollierte Körperzuckungen, Wortmeldungen oder Laute. Im Gegensatz dazu haben Betroffene bei einer Zwangsstörung nach Remschmidt und Schmidt zwanghafte Rituale (S. 173). Dies kann sich durch zwanghaftes Händewaschen oder Füße auf den Boden tippen äussern. Diese beiden Verhaltensweisen sollen aufzeigen, wie unterschiedlich sich das Verhalten der betroffenen Kinder und Jugendlichen äussern kann und wie sie von einem *normalen* Verhalten abweichen. Die psychische Normalität orientiert sich nach Resch, Fegert und Buchmann an einem arithmetischen Mittel eines normalen Verhaltens und an gesellschaftlichen Idealbildern. Doch nicht allein die gesellschaftliche Betrachtung fließt in eine Normierung hinein, sondern auch die familiäre Betrachtung und die Bewertung des Kindes selbst (2012, S. 145). Deshalb müssen in der psychologischen Dimension das subjektive Erleben und der Leidensdruck des Kindes oder Jugendlichen aufgenommen werden. Anhand der motorischen und vokalen Tics lässt sich dies verdeutlichen. So können Tics durch das Umfeld als belastend wahrgenommen werden, da diese Abweichung von aussen direkt auffällt und unangenehm sein kann. Im Gegenzug wird dasselbe Verhalten durch betroffene Kinder und Jugendliche als nicht störend empfunden.

Nach Remschmidt und Schmidt sind Kinder, Jugendliche und ihre Familien in die Diagnostik einzubeziehen. Mit zunehmendem Alter können Kinder und Jugendliche präzisere Aussagen zum eigenen Befinden machen oder die Situation individuell bewerten. Die individuelle Wahrnehmung der Situation der einzelnen Familienmitglieder und die Beobachtung der Beziehungsdynamik des Familiensystems sind weitere wichtige Aspekte, welche in die psychologische Dimension einfließen (2000a, S. 60). Bei einem Drogenkonsum von Kindern und Jugendlichen kann es sich lediglich um ein Ausprobieren handeln oder als Bewältigungsstrategie dienen. Für Remschmidt und Schmidt ist deshalb für eine Diagnostik zentral, Bewältigungsmuster oder Abwehrmechanismen zu kennen (2000a, S. 62).

Abschliessend soll die Persönlichkeit von Kindern oder Jugendlichen noch in die psychologische Dimension aufgenommen werden. Nach Sims und Curran werden als Aspekte der Persönlichkeit Charakterzüge bezeichnet, die das Verhalten der Person bestimmen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, ob die Person in der Lage ist Emotionen wie Wut, Liebe oder Trauer zu zeigen oder zu kontrollieren. Auch das Eingehen oder Pflegen von Beziehungen gehört zu diesen Aspekten der Persönlichkeit (1999, S. 187). Persönlichkeitsmerkmale sind bedeutend, da Eigenschaften wie Kontrollbewusstsein, Autonomie, und soziale Orientierung in der Forschung als protektive Merkmale einer psychischen Erkrankung erkannt wurden (Remschmidt & Schmidt, 2000b, S. 79). Die Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen zu erfassen ist in Kinder- und

Jugendpsychiatrien zentral. Einerseits können so Schutzfaktoren identifiziert und andererseits vorhandene Ressourcen gestärkt werden.

3.3 Soziale Dimension

Die *soziale* Dimension schliesst die Erläuterung zu den einzelnen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Krankheits- und Gesundheitsmodell ab. Die in dieser Dimension enthaltene ökosoziale Beobachtungsebene hält nach Egger umweltbezogene sowie gesellschaftliche Lebensbedingungen fest. Auch familiäre und berufliche Faktoren oder das soziale Netzwerk sollen in die Diagnostik mit einfließen (2015, S. 74). Aufgrund der Fragestellung dieser Arbeit, welche sich auf die Stärkung der sozialen Dimension in einem bio-psycho-sozialen Verständnis bezieht, wird die soziale Dimension von Kindern und Jugendlichen in einer stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie detailliert analysiert und im Kapitel 4. *Die soziale Dimension von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien* dargelegt.

4. Die soziale Dimension von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden durch die Autorinnen ausgewählte Faktoren der sozialen Dimension bearbeitet und die Auswirkungen, welche diese auf die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien haben, untersucht. Die Einflüsse der sozialen Dimension erfordern von Kindern und Jugendlichen vielfältige Anpassungen. Wenn diese nicht geleistet werden können, gefährdet dies die psychische Gesundheit und stellen somit ein Risiko dar. Kinder und Jugendliche reagieren auf die Auswirkungen der sozialen Dimension je nach vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen unterschiedlich und sind in hohem Masse von vorhandenen Schutzfaktoren abhängig. Nach der Bearbeitung der sozialen Dimension wird deshalb im Kapitel 4.6 *Schutzfaktoren* aufgezeigt, welche Aspekte bei Kindern und Jugendlichen und ihren Familien zu beachten sind, damit Anpassungsleistungen gelingen können. Die Abbildung 7 verdeutlicht die Mechanismen der sozialen Dimension und den Risiko- und Schutzfaktoren.

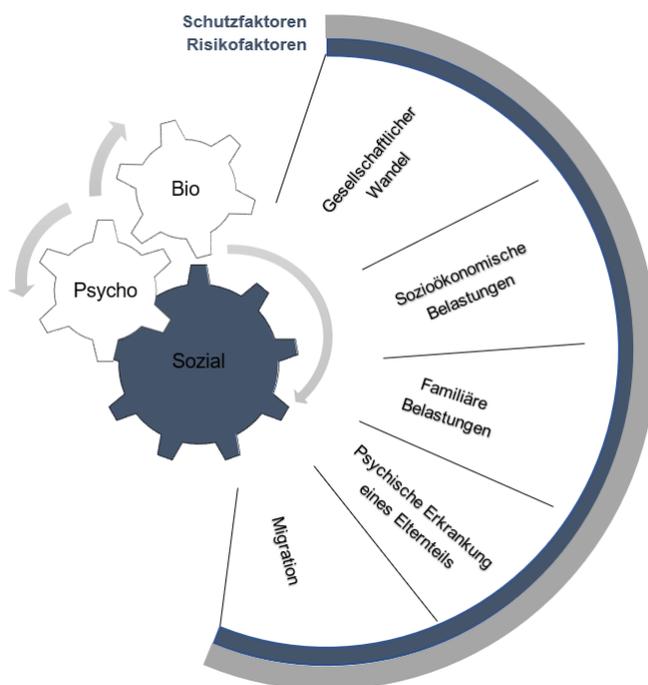


Abbildung 7. Faktoren der sozialen Dimension

4.1 Gesellschaftlicher Wandel

Die heutige Gesellschaft ist nach Keupp von einer doppelten Erosion betroffen. So vollziehen sich weitreichende technologische und ökonomische Prozesse, welche die Gesellschaft und ihr Gefüge verändern und dramatische Auswirkungen auf die Biografie von Frauen und Männern haben. Zudem erodieren vorhandene Deutungsmuster, welche bis anhin das Potenzial hatten, soziale Veränderungen aufzufangen. Das vergangene Jahrhundert war zusätzlich von zwei

Weltkriegen und einschneidenden politischen und wirtschaftlichen Umbrüchen gezeichnet. Trotz dieser dramatischen Ereignisse konnten sich die Menschen auf beständige und tragende Wertvorstellungen verlassen und sich an diesen orientieren, was Sicherheit verlieh und eine gewisse Normalität ermöglichte. Das Zeitalter der Globalisierung und des Kapitalismus zieht in allen erdenklichen Bereichen Umgestaltungen nach sich, welche die gesamte Gesellschaft betreffen (2012, S. 35). Der Soziologe Anthony Giddens betont, dass die heutigen bedeutendsten Veränderungen den persönlichen Bereich wie Beziehungen, Ehe und Familie betreffen, und da diese das innerste Gefühlsleben berühren, kann ihnen nicht ausgewichen werden (2012, S. 69). Kleve bestätigt diese Ausführungen und ergänzt, dass die Modernisierung durch Spezialisierung, Rationalisierung, Bürokratisierung und Aufklärung, welche die Individualisierung betont, zu Beginn des 20. Jahrhunderts viele Ambivalenzen hervorgebracht hat. Diese Veränderung ermöglicht einem Teil der Gesellschaft reich zu werden, andere führt sie in die Armut, sie bringt Lösungen und Probleme, birgt Chancen und Risiken (2003, S. 121).

Keupp nimmt die Mischung von Belastungen, Risiken und Chancen ebenfalls auf und erläutert die daraus folgenden Auswirkungen. So ist die Alltagswelt von Beschleunigung geprägt und der Druck, keine Zeit zu vergeuden und nichts zu verpassen, ist gross. Es gilt, sich als produktive und dynamische Arbeitskraft in der Berufswelt zu integrieren und ein erfolgreiches Mitglied der Gesellschaft zu sein. Weiter besteht die Erwartung, das Leben selbstwirksam in die Hand zu nehmen, planen und organisieren zu können. Die Individualisierung führt dazu, dass jeder für seine Gesundheit, schulischen Leistungen aber auch für sein Scheitern allein zuständig ist (2012, S. 36). Für Familien und Kinder bedeutet dies, dass die Integration in die Gesellschaft und die Vorbereitung dazu bereits im Kleinkindalter beginnt. Musikalische Frühförderkurse, Fremdsprachenkurse, oder Schwimmkurse sind in der frühen Kindheit in der westlichen Gesellschaft die Regel und mit der Einschulung kommen Hobbys sowie Nachhilfestunden hinzu. Die Förderung des Nachwuchses, der Leistungsdruck der Eltern und eine durchstrukturierte Freizeit können für Kinder und Jugendliche zur Überforderung führen. Das heutige Schulsystem erfordert von Kindern hohe Selbst- und Sozialkompetenzen und die Fähigkeit sich selbst strukturieren zu können. Eltern sind gefordert ihre Kinder optimal zu unterstützen und ihre Erziehung an die gesellschaftlichen Anforderungen auszurichten. Dies ist beispielsweise im Hinblick auf soziale Medien eine Herausforderung und Eltern benötigen dazu vielfältige Ressourcen.

Schumacher bezeichnet die moderne Gesellschaft als offen und unbestimmt, in welcher grundsätzlich alles möglich ist (2018, S. 222). Keupp nimmt diese Beschreibung auf und erläutert, dass die sich aufweichenden Rollenbilder einen selbstbestimmten Lebensentwurf ermöglichen, aber auch Unsicherheiten auslösen und zu einer Enttraditionalisierung führen können, welche Menschen in fundamentalistische Kreise treiben kann. Auch die Identitätsarbeit, welche heute

individuell und oft eigenständig erfolgt, wird durch das Fehlen von Modellen zu einer herausfordernden Aufgabe und erfordert zahlreiche Lebenskompetenzen, welche die vorherige Generation in diesem Ausmass noch nicht benötigte (2012, S. 36-37). Diese Ausführungen lassen schlussfolgern, dass die Arbeit an der Identität eine zunehmend komplexe Lebensaufgabe ist. Von Jugendlichen wird erwartet, dass sie sich mit den Möglichkeiten von individuell wählbaren Lebensformen auseinandersetzen und selbstbestimmt ihre Identität erarbeiten. Als zusätzlich erschwerend für die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit und der Identität gestaltet sich nach Meinung der Autorinnen die Überflutung der sozialen Medien. Sie stellt Jugendliche vor die Schwierigkeit, sich abzugrenzen und losgelöst von Idealvorstellungen die eigene Identität zu entwickeln.

Gahleitner beschreibt, dass die sich rasch verändernden sozialen und kulturellen Bedingungen von Menschen eine ausreichend gesunde und flexible Antwort auf diese erfordern. Personen mit einer Beeinträchtigung, sei es psychisch und physisch, sind mit diesen Anpassungsleistungen sehr gefordert und oft überfordert (2012, S. 90-91). Pauls ergänzt diese Ausführungen und weist auf die sozialen und materiellen Ressourcen hin, welche benötigt werden, um die Herausforderungen der modernen Gesellschaft zu bewältigen. Sind diese notwendigen Ausstattungen nicht genügend vorhanden, sind Menschen ihrer Lebenssituation und den sozialen Veränderungen ausgesetzt. Der gesellschaftliche Wandel geht zudem mit erodierenden Sozialbeziehungen einher, welche zu Überforderung von sozial und wirtschaftlich weniger gut gestellten Menschen führt (2013, S. 11). So haben die individualistische Lebensgestaltung und die Mobilität dazu geführt, dass Familien oft entfernt von Verwandten wohnen und nicht auf ein unterstützendes Familiensystem zurückgreifen können. Für Kinder und Jugendliche besteht durch die sozialen Medien die Gefahr, dass Freundschaften und Beziehungen oberflächlich gestaltet werden und an Tragfähigkeit einbüßen.

Diese Veränderungen haben nach Keupp Einfluss auf Menschenbilder und ihre orientierende Bedeutung für die Individuen, auf Annahmen, was als normal gilt und somit auf psychosoziale Handlungen (2012, S. 44). So verändert sich die Vorstellung von abweichendem Verhalten aufgrund gesellschaftlicher Bewertungen. Dies kann beispielsweise dazu führen, dass Volksschulen bezüglich eines sozialen Verhaltens vermehrt Abklärungen in der Erziehungsberatung empfehlen. Für Fachkräfte der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutet dies, Deutungsmuster, Werte, Einstellungen und Normalitätsvorstellungen aufzuspüren, diese zu verstehen und kritisch zu betrachten und gemeinsam mit den Betroffenen in einen gesellschaftlichen Zusammenhang zu setzen und zu bearbeiten. Diese Auseinandersetzung ist ein längerer Prozess und die Ressourcen von Kindern,

Jugendlichen und ihren Familien reichen oft nicht aus, diesen ohne professionelle Hilfe bewältigen zu können.

4.2 Sozioökonomische Belastungen

Als wichtigsten Einflussfaktor auf die Gesundheit von Menschen nennt Spencer den sozioökonomischen Status (2003, S. 704). Jungbauer-Gans und Kriwy weisen bei Armut in Industrienationen zudem darauf hin, dass diese oft nicht als existenzbedrohende Notlage zu verstehen ist, aber Exklusion von bedeutenden Lebenschancen nach sich zieht (2004, S. 10).

Die Daten der Publikation „Berichterstattung für Wirtschaftliche Hilfe 2018“ weist aus, dass ein Drittel der Sozialhilfebezügler in der Schweiz Kinder und Jugendliche ausmachen (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2019, S. 9). Nachfolgende Abbildung 8 teilt die Sozialhilfebeziehenden des Kantons Bern nach Altersklassen auf.

Sozialhilfebeziehende nach Altersklasse

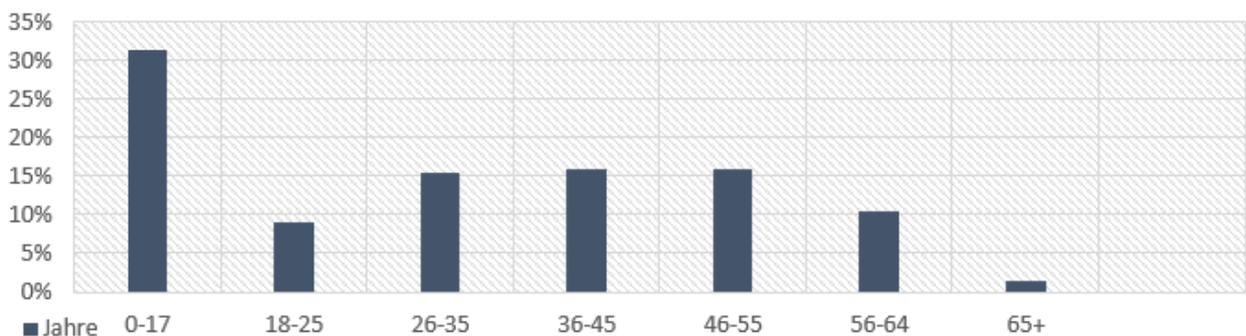


Abbildung 8. Sozialhilfebeziehende nach Altersklassen. Nach Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2019, S. 9.

Diese Zahlen machen die Bedeutung und Relevanz des Themas Armut sichtbar, und die Autorinnen legen in den nächsten Ausführungen die vielfältigen Facetten von Armut dar.

Götz unterteilt Armut in drei Begriffe: absolut, relativ und subjektiv. Wenn existenzielle Grundbedürfnisse wie Nahrung und Kleidung nicht mehr gedeckt werden können, wird der Begriff der absoluten Armut verwendet (2016, S. 60). Bei relativer Armut fehlt es an materiellen und immateriellen Gütern, zudem sind Zugänge zu Lebenschancen, verglichen mit dem Wohlstand der entsprechenden Gesellschaft, begrenzt (S. 61). Subjektive Armut ist das Gefühl von Menschen, für sie bedeutende Bedürfnisse nicht wahrnehmen zu können und aufgrund ihrer finanziellen Verhältnisse nicht wie gewünscht an der Gesellschaft teilhaben zu können (S. 61-62). Nach Mansel wird Armut oft eindimensional betrachtet und auch in neueren Studien werden die Mehrfachproblemlagen ausgeblendet.

Der Autor hat für seine Untersuchung deshalb für Jugendliche drei Aspekte definiert, nach welchen Armut bestimmt werden kann.

1. Wenn Eltern aufgrund der Bildung und des Wohnortes über wenig Anerkennung und somit über einen tiefen sozialen Status verfügen.
2. Wenn anzunehmen ist, dass infolge schulischer Misserfolge der Einstieg in das Berufsleben erschwert ist und sich Karrierechancen verringern.
3. Wenn die finanziellen und materiellen Möglichkeiten, über die Jugendliche verfügen können, weit unter denen der Gleichaltrigen sind (2002, S. 116).

Die von Mansel durchgeführten Untersuchungen zeigen, dass ein hoher Anteil der Jugendlichen aus Familien mit einem tiefen sozialen Status die Schullaufbahn nicht erfolgreich absolvieren können. Der Anteil dieser Jugendlichen beträgt 19.1% und steht dem Anteil aus der Normalpopulation mit 5.9% gegenüber (S. 121). Zudem zeigt die Studie, dass fast drei Viertel der Jugendlichen aus Familien mit einem tiefen sozialen Status eine Schule für Lernbeeinträchtigte oder die Hauptschule besuchen (S. 122). Bei den Jugendlichen der Normalpopulation besuchen 37.7% ein Gymnasium und 37.7% eine Realschule, bei denen aus sozial schwachen Familien sind es lediglich 7.1% respektive 14.9% (S. 123). Auffallend erscheint die Tatsache, dass die subjektiv armen Jugendlichen in Bezug auf die Schule gegenüber der Normalpopulation stark verunsichert sind, diese als belastend empfinden und vermehrt Schulangst entwickeln (S. 124). Diese Untersuchungen zeigen auf, dass die verschiedenen Deutungen von Armut oft eine vertiefte Bearbeitung mit den Kindern und Jugendlichen benötigen. Schulverweigerung kann beispielsweise eine Folge von subjektiver Armut oder eines tiefen sozialen Status sein kann. Um Betroffene wirkungsvoll zu unterstützen ist es notwendig, die entsprechende Deutung zu aufzuspüren.

Richter und Hurrelmann weisen auf die ungleiche Verteilung von finanziellen Ressourcen hin, welche vor allem Haushalte mit Kindern betreffen. Diese Benachteiligung wirkt sich auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen in verschiedenen Aspekten aus. So hat die soziale Ungleichheit nicht nur Auswirkungen auf den Wohl- und Bildungsstand, sondern beeinflusst die physische und psychische Gesundheit und die Lebensqualität massgeblich. In den letzten Jahren wurde die Verflechtung von gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit international vermehrt Gegenstand von sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Forschung (2009, S. 7). Diese Wechselwirkung wurde im Kapitel 2.2 *Psychischer Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen* dargelegt und die KiGGS Studie aus Deutschland angeführt, welche auf den Zusammenhang von psychischer Gesundheit und sinkendem Sozialstatus hinweist (Robert Koch Institut, 2014, S. 3).

Mielck und Helmert bestätigen diese Verknüpfung und erwähnen die zahlreichen Armutsberichte und Publikationen, welche in den letzten Jahren in Deutschland veröffentlicht wurden und darlegen, wie soziale Ungleichheit und Gesundheit zusammenhängen. Diese Arbeiten zeigen, wie tiefer sozialer Status die Gesundheit beeinflusst, dass Menschen aus unteren Schichten kränker sind und dadurch unter einer höheren Mortalitätsrate leiden als Personen, die über einen höheren sozialen Status verfügen. Um soziale Ungleichheit zu bestimmen sind die drei Merkmale Bildung, berufliche Stellung und Einkommen massgebend. Diese Faktoren ermöglichen eine Einteilung in oben und unten, deshalb wird von vertikaler sozialer Ungleichheit gesprochen. Zudem legen sie den sozialen Status in der Gesellschaft fest (2016, S. 493-494). Die horizontale soziale Ungleichheit erfasst neben Merkmalen wie Alter und Geschlecht auch Faktoren des Familienstandes und der Anzahl der Kinder. Es ist bedeutsam, diese beiden Achsen bei der Untersuchung von stark belasteten Bevölkerungsgruppen zu beachten, um sie möglichst genau beschreiben zu können (S. 495). Für die vorliegende Arbeit ist das Merkmal des Familienstandes und der Anzahl der Kinder besonders hervorzuheben. Wie im Kapitel 1.2 *Problemlage* erwähnt, stellt das Bundesamt für Statistik fest, dass in der Schweiz Alleinerziehende mit 2 und mehr Kindern stark gefährdet sind und die Armutsgefährdungsquote bei 32.8% liegt (2020, Website). Die Beachtung des Geschlechts ist insofern bedeutend, weil festgestellt werden kann, dass alleinerziehende Frauen von Armut stärker betroffen sind als alleinerziehende Männer, die meistens gesundheitlich und ökonomisch über mehr Ressourcen verfügen (Seiffge-Krenke, 2012, S. 252). Pauli und Hornberg betonen in diesem Zusammenhang jedoch die gesamtgesellschaftlichen Veränderungen, welche eine differenzierte Sicht erfordern und diese eindimensionale Perspektive nicht länger allgemein gültig ist (2010, S. 634).

Diese Ausführungen legen nahe, dass eine hohe Anzahl der Kinder und Jugendlichen in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie von einem tiefen sozioökonomischen Status oder von Armut betroffen sind. Dies wirkt sich im Alltag der Kinder beispielsweise auf die Wahl des Hobbys, die Bezahlung und Teilnahme an Klassenfahrten, die Spielwaren und die Kleidung aus. Die knappen finanziellen Verhältnisse können sich beim Ernährungsverhalten der Familie, bei der Kinderbetreuung, bei Ferien oder Familienausflügen wie Wanderungen oder Museumsbesuche zeigen. Auch bei der Berufswahl können finanzielle Ressourcen von Eltern darüber entscheiden, ob Jugendliche ein Gymnasium oder eine kostenpflichtige Ausbildung geniessen können. Der Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit und einem tiefen sozioökonomischen Status ist unumstritten. Deshalb sind nach Ansicht der Autorinnen Zugänge für solche Familien zu schaffen. Eine finanzielle Unterstützung durch die wirtschaftliche Sozialhilfe könnte im Falle eines Anspruchs das Familienbudget entlasten oder lokale Vereine oder Fondsgesuche könnten eine gemeinsame Familienauszeit oder ein Beitrag an ein gewünschtes Hobby ermöglichen. Gemeinsame Erlebnisse können Familien in dieser schwierigen Zeit einer psychischen

Erkrankung von Kindern und Jugendlichen aufschauflern lassen und die Beziehung zueinander stärken.

Den obengenannten gesamtgesellschaftlichen Veränderungen ist nach Keupp auch die Arbeitswelt ausgesetzt, so ist Arbeitsplatzsicherheit, wie sie noch früher vorhanden war, heute oft nicht mehr gegeben (2012, S. 40). Es werden flexible Arbeitnehmende verlangt, welche sich verändernden Marktentwicklungen anpassen können. Keupp zitiert in diesem Zusammenhang Sennett, der ausführt, dass die Verunsicherungen des modernen Arbeitslebens begleitet werden durch die Angst des Scheiterns und der Erfolglosigkeit. Scheitern ist demzufolge nicht mehr länger ein Phänomen, das die Unterschicht, sondern vermehrt die Mittelschicht betrifft (S. 41). Wenn Eltern arbeitslos werden, sind Kinder und Jugendliche mitbetroffen und leiden unter vielfältigen Aspekten. Arbeitslosigkeit führt oft zu finanziellen Engpässen, belastet das Familienklima und kann zu einem Wohnungswechsel in ein sozial schlechteres Quartier führen. Für Kinder und Jugendliche ist die Gesamtbelastung solcher Veränderung oft einschneidend und erfordert Anpassungs- und Bewältigungskompetenzen. Haushofer und Fehr belegen in ihrer Forschungsarbeit die negativen Veränderungen, welche Armut auf die psychologischen Funktionen haben kann, und dass diese oft zu veränderten Verhaltensweisen wie Risikoverhalten und Selbststeuerung führt. Dies wiederum kann dazu führen, dass die Armut verlängert wird oder kann verhindern dieser zu entkommen (2014, S. 866). Die dargelegten Erkenntnisse weisen auf die Mitbetroffenheit der Kinder und Jugendlichen hin, wenn Eltern arbeitslos werden. Auch wenn nicht zwingend finanzielle Engpässe die Folge davon sind, gilt es doch die psychischen Stressfaktoren für Kinder und Jugendliche wie Unsicherheit und Angst vor der Zukunft, ein möglicher Umzug, Schulwechsel und somit die Auswirkungen auf soziale Beziehungen, zu beachten. Die Erkenntnisse machen deutlich, dass desto früher die Armut bearbeitet wird, je weniger werden die psychologischen Funktionen der Kinder und Jugendlichen verändert und desto besser gelingt es, dieser negativen Entwicklung entgegenzuwirken.

Abschliessend gehen die Autorinnen kurz auf Umweltfaktoren ein, welche Kinder und Jugendliche in ihrer psychischen Gesundheit gefährden. In Kapitel 3.3 *Soziale Dimension* erwähnt Egger die ökosoziale Beobachtungsebene dieser Dimension, in der auch umweltbezogene Faktoren berücksichtigt werden (2015, S. 74). Nach Fehr, Hornberg und Wichmann sind Umwelteinflüsse entscheidend für die Entwicklung von Krankheiten und deren Verläufe (2016, S. 574). Umweltaspekte wie Wohnverhältnisse, Grünflächen, Lärmkulissen und Ernährung beeinflussen die Gesundheit massgeblich (S. 575). In beengten Wohnungen verfügen Kinder und Jugendliche oft nicht über ein eigenes Zimmer und somit über Rückzugsmöglichkeiten. In zubetonierten Quartieren fehlen häufig Grünflächen, welche mit Spielplätzen ausgestattet sind, wo Kinder sich bewegen und auf natürliche Weise soziale Kontakte pflegen können. Im Kapitel 5.3

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit werden diese Umweltfaktoren ausdifferenziert und es wird dargelegt, wie diese bearbeitet und verändert werden können.

Die Erforschung der obengenannten Zusammenhänge und die daraus resultierenden Erkenntnisse erweitern fachliches Wissen und unterstützen die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bearbeitung dieser Verknüpfungen. Es ist Aufgabe der Sozialen Arbeit, obengenannte Verflechtungen ausdifferenzieren. Am Beispiel der Armut kann dies dargelegt werden. Die Diskrepanz, die zwischen absoluter, relativer und subjektiver Armut bestehen kann, ist durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit aufzuspüren und gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen und deren Eltern zu benennen und zu bearbeiten. So kann beispielsweise die subjektive Deutung von Armut von Kindern und Jugendlichen, welche Verunsicherung und Ängste auslösen und die Teilhabe in der Gesellschaft beeinträchtigen kann, erkannt und gezielt entgegengewirkt werden.

4.3 Familiäre Belastungen

Die Familie ist einem steten Wandel unterworfen und entwickelt sich durch soziale Veränderungen wie beispielsweise die Individualisierung. Elternschaft ist von diesem Umbruch besonders betroffen, wie auch die Rolle der Kinder, die sich nach Seiffge-Krenke, verändert hat. Kinder haben heute für die Eltern vermehrt einen sogenannten psychologischen Nutzen, der den bis anhin ökonomischen Nutzen ablöst (2009, S. 154). Die Autorin betont, dass dadurch neurotische Familienkonstellationen entstehen können und der psychologische Wert negative Auswirkungen haben kann (2012, S. 250). Wenn Kinder von Eltern als Ersatz für den Ehepartner benutzt werden oder Kinder das erreichen sollen, was die Eltern nicht schafften, kann dies zu physischen und psychischen Belastungen führen und die Entwicklung behindern. Der Wechsel der Bedeutung der Kinder veränderte das Verständnis von Erziehung und die strenge, autoritäre Erziehung wurde durch einen verständigungsorientierten Erziehungsstil abgelöst. Der Wegfall der traditionellen Erziehungsmethoden und das Umsetzen von anspruchsvollen Erziehungsaufgaben fordert von Eltern die Kompetenz, Unterstützung und Eigenaktivität sowie Billigung und Forderung aushandeln zu können (2009, S. 155). Gemäss Seiffge-Krenke greifen Eltern für diese herausfordernde Aufgabe vermehrt auf psychologische Kontrollmechanismen wie Herabsetzung oder Liebesentzug zurück. Die gestiegene Bedeutung von Kindern und die veränderten Erziehungsstile, die Autonomie fördern, sind positiv zu werten (2012, S. 251). Der psychische Druck auf Kinder hat jedoch zugenommen und die psychologische Kontrolle, die die autoritäre Erziehung abgelöst hat, kann auf die Gesundheit auf problematische Weise einwirken (S. 252). Die Folge ist, dass Kinder und Jugendliche an ihrer Leistung, insbesondere der schulischen, gemessen werden. Gelingt es nicht, diese zu erfüllen, erhöhen Eltern den Druck mithilfe von Sanktionen wie das Verbieten des Ausübens des Hobbys, das Pflegen von Kontakten zu Peers, Abwertung oder Liebesentzug, was die Beziehung zu den Eltern zusätzlich belastet und das

Vertrauen mindert. Kinder- und Jugendpsychiatrien stehen deshalb vor der komplexen Aufgabe, nicht nur die Kinder und Jugendlichen zu behandeln, sondern die Eltern einzubinden. Gelingt es nicht, die Eltern während eines Klinikaufenthalts ihrer Sprösslinge in ihren Erziehungskompetenzen zu stärken, gehen Kinder und Jugendliche nach diesem zurück in ein Familiensystem mit Erziehungsmethoden, welche die psychische Gesundheit weiterhin belasten.

Nach Seiffge-Krenke veränderte sich die eheliche Beziehung insofern, als diese einerseits an Intensität zugenommen und andererseits an Stabilität abgenommen hat. Dies hat eine steigende Scheidungsrate zur Folge (2009, S. 155). Familienformen haben in ihrer Vielfalt zugenommen und Kinder und Jugendliche wachsen vermehrt in Stief- oder Patchworkfamilien auf (Seiffge-Krenke & Schneider, 2012, S. 167). Die Autorin und der Autor betonen in ihrem Beitrag weiter, dass der Beginn und das Ende der Familienphase Übergänge sind, welche genügend Zeit für die Anpassung erfordern. Das Aufnehmen respektive die Verabschiedung eines neuen Familienmitgliedes benötigt ausreichend Zeit, bis das Familiensystem wieder zur Ruhe kommt. Erhält dieser Übergang nicht genügend Aufmerksamkeit, kommt es zu unüberbrückbaren Konflikten und endet häufig in einer Trennung oder Scheidung (S. 190). Amato hat in seiner Studie die Folgen von Trennung und Scheidung umfassend untersucht. Er betont, dass Scheidung für Kinder, Jugendliche und ihre Familien ein kritisches Lebensereignis darstellt, das vielfältige Stressoren auslösen kann (2000, S. 1270). Ein Umzug und Schulwechsel, aber auch elterliche Konflikte oder der Kontaktverlust zu einem Elternteil, können sich als belastend auswirken und bedürfen einer Anpassung (S. 1271). Hantel-Quitmann betont, dass familiäre Konflikte normal sind und es diese für die Entwicklung des Kindes im Sinne einer Reifung braucht. Der Autor hebt jedoch krank machende Konflikte hervor, welche das Kind in seiner Entwicklung behindern und schädigen sowie von emotionalen Spannungen begleitet sind (2015, S. 202). Bei einer Trennung oder Scheidung geraten Kinder und Jugendliche oft in einen Loyalitätskonflikt, welcher nach Staub viel psychische Energie erfordert. Fehlen den Betroffenen die nötigen Ressourcen, um diesen Konflikt zu bewältigen, kann es zu einer Entwicklung einer psychischen Erkrankung kommen. Ängste, aggressives Verhalten, Schwierigkeiten in der Schule und depressive Tendenzen können Folgen davon sein. Wenn es zu einer Symptombildung kommt, droht diese in den Mittelpunkt zu rücken und das eigentliche Problem zu verdecken. Dies führt oft zu einer Pathologisierung und droht die Belastung des Kindes zusätzlich ansteigen zu lassen (2018, S. 31). Scheidungen, Trennungen und Übergänge lösen häufig Krisen aus und erfordern von Betroffenen Anpassungsleistungen. Es ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutend, dass Fachkräfte ihr Augenmerk auf Krisen und Übergänge richten und sozial auffälliges Verhalten auch im Hinblick auf eine mögliche Überforderung von Anpassungsleistungen bearbeiten. Auffälliges introvertiertes oder extrovertiertes Verhalten gilt es unter diesen Aspekten zu erkennen und in Zusammenhang mit der krisenhaften Situation zu setzen. Um krisenhafte Lebenssituationen zu bewältigen sind

Schutzfaktoren in hohem Masse bedeutend. Diese werden im Kapitel 4.6 *Schutzfaktoren* näher dargelegt.

4.4 Psychische Erkrankung eines Elternteils

Sozial-epidemiologische Erkenntnisse zeigen, dass Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil ein deutlich höheres Risiko aufweisen, Verhaltensauffälligkeiten, psychische oder somatische Erkrankungen zu entwickeln (Bauer, Heitmann, Reinisch & Schmuhl, 2010, S. 265). Plass und Wiegand-Grefe konnten in ihren Untersuchungen aus dem Jahr 2012 aufzeigen, dass es epidemiologisch gesehen für Kinder das höchste Risiko darstellt, selbst an einer psychischen Erkrankung zu erkranken und dass 50% der Betroffenen bereits ein psychisch auffälliges Verhalten zeigen (S. 11). In Kinder- und Jugendpsychiatrien in Deutschland hat nach Hantel-Quitmann die Hälfte der Patientinnen und Patienten Eltern mit einer psychischen Erkrankung. Die psychischen Krankheiten, mit denen Kinder konfrontiert werden, sind vielfältig und affektive Störungen wie auch Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Angst- und Zwangsstörungen gehören dazu (2015, S. 132). Kinder von psychisch erkrankten Eltern gehen sehr unterschiedlich mit der Krankheit um. Faktoren wie Geschlecht, Temperament und Alter sind bedeutsam. Die Schwere der psychischen Krankheit hat dabei einen grossen Einfluss und es ist nach Plass und Wiegand-Grefe erheblich, ob es sich um eine Depression handelt, bei dem sich der Elternteil zurückzieht, oder um eine Psychose mit einem zeitlich begrenzten Realitätsverlust (2012, S. 23). Klinikeinweisungen des psychisch erkrankten Elternteils sind für Kinder besonders belastend und Informationen sowie Aufklärung bezüglich der Krankheit werden als zentral erachtet, um Unsicherheiten zu reduzieren (S. 24). Dieses Wissen kann Kinder darin unterstützen, Ängste abzubauen, kann dies jedoch auch verstärken (Hantel-Quitmann, 2015, S. 134). Es ist bedeutend, Informationen altersentsprechend und entwicklungsangemessen zu formulieren, damit das Kind diese versteht und sie beruhigend wirken (S. 135). Nach Plass und Wiegand-Grefe geben rund zwei Drittel der Kinder als Erwachsene an, nie über die Erkrankung der Eltern gesprochen zu haben (2012, S. 24-25). Aufgrund der fehlenden Informationen verarbeitet das Kind das Erlebte auf seine Art, und Hantel-Quitmann hält fest, dass diese Formen der Verarbeitung negativere Folgen haben können als die Erkrankung an sich. Ausserfamiliäre Beziehungen sind hilfreich, die psychische Erkrankung eines Elternteils zu bewältigen (2015, S. 135). Freunde und Angehörige ausserhalb der Kernfamilie sind deshalb wichtige Bezugspersonen, damit das Kind die Erfahrung machen kann, dass es normal denkt und fühlt und mit ihm alles in Ordnung ist. Es ist bedeutsam, dass das Kind sichere Beziehungen erlebt und es die unsichere Beziehung des kranken Elternteils kompensieren kann. Wenn die elterliche Erkrankung tabuisiert wird, ist es für betroffene Kinder unmöglich, ausserhalb der Familie Hilfe zu holen und so bleibt ihnen wirksame Unterstützung verwehrt. Auffälliges Verhalten von Kindern kann falsch interpretiert werden und erscheint womöglich unverständlich (S. 136).

Nach Hantel-Quitmann kann eine Rollenumkehr zwischen Kindern und Eltern die Folge der elterlichen psychischen Erkrankung sein. Dort, wo Kinder für Erwachsene sorgen und vielleicht als Partnerersatz dienen, spricht man in der Familienpsychologie von Parentifizierung. In der Folge verlieren die Kinder ihre Kindheit. Mangelndes Selbstwertgefühl, fehlende Selbstwirksamkeitsgefühle, Frühreife und Depressionen können unter anderem längerfristige Folgen der Parentifizierung sein (2015, S. 137). Die Autorinnen möchten in diesem Zusammenhang speziell die Kinder und Jugendlichen von suchterkrankten Elternteilen hervorheben. Diese Kinder und Jugendlichen übernehmen häufig bereits im frühen Kindesalter Verantwortung für ihre Geschwister, wecken sich selbst, machen Frühstück und führen den Haushalt. Das elterliche Verhalten aufgrund von Substanzkonsum wie beispielsweise Alkohol, Heroin oder Kokain, ist für Kinder unvorhersehbar, Versprechen werden nicht eingehalten und Stimmungsschwankungen der Eltern sind die Regel. Dies stellt für betroffene Kinder und Jugendliche ein Risiko für eine persönliche Erkrankung dar und ist eine enorme Belastung.

Hantel-Quitmann hält fest, dass in Familien, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, meistens mehrere verstärkende Faktoren vorhanden sind, die diese zu Hochrisikofamilien werden lassen (2015, S. 154). Risikofaktoren wie psychische Erkrankungen in der Familiengeschichte, fehlende Stabilität, Verdrängung und Tabuisierung der Krankheit, mangelnde kommunikative Kompetenzen und belastete Familienbeziehungen sind in diesen Familien überdurchschnittlich vorhanden und potenzieren einander. Nur protektive Faktoren können diese Wirkung mildern und es ist deshalb bedeutsam, diese herauszuarbeiten und zu stärken (S. 155).

4.5 Migration

Abschliessend ergänzen die Autorinnen die soziale Dimension mit der zunehmenden Thematik der Migration. Der Fokus wird auf Kinder und Jugendliche der ersten Migrantengeneration gelegt und dabei Auswirkungen des Integrationsprozesses auf die psychische Gesundheit näher betrachtet. Auf den Migrationsprozess wird aufgrund der Komplexität der Thematik nur knapp eingegangen.

Migration in ein fremdes Land stellt ein Lebensereignis dar, welches häufig von sozioökonomischer Benachteiligung geprägt ist und gesundheitliche Probleme nach sich zieht (Maier-Pfeiffer, Kurtz, Brand, Hartmann & Jungmann, 2013, S. 222). Das Verlassen der Heimat und des sozialen Umfeldes sowie tragische Fluchterfahrungen sind Aspekte, welche die Migration überschatten und die gesamte Familie belasten. Kinder und Jugendliche fühlen sich häufig entwurzelt und befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen der Kultur ihrer Herkunftsfamilie und der des Zuwanderungslandes. Der Neuanfang in einem fremden Land wird von vielfältigen Anpassungsleistungen für die Eltern und für die Kinder begleitet. Den Wechsel von der Herkunftsin die Aufnahmekultur beschreibt Machleidt als Transitionsphase, in der die Identität der

Betroffenen verändert wird und zu einer Entwicklung führt, die als kulturelle Adoleszenz, als Ablösung des eigenen Kulturraumes, bezeichnet werden kann (2013, S. 23-24). Wenn Kinder von Migrantinnen und Migranten Diskriminierung und sozialen Ausschluss erleben, erhöht dies die Stressbelastung, die sich auf deren Gesundheit negativ auswirkt (S. 38-39). Der Autor führt weiter an, dass verschiedene Studien wie die Meta-Studie von Canter-Graee und Selten aus dem Jahr 2005 aufzeigen, dass Kinder der ersten Migrantengeneration eine höhere Verletzlichkeit für psychische Erkrankungen wie beispielsweise Schizophrenie aufweisen als ihre Eltern (S. 69). Machleidt betont, dass sich die Krankheit Schizophrenie oft in der Adoleszenz manifestiert. Kinder von Migranten, welche in dieser Phase die altersbedingte und die kulturelle Adoleszenz erleben, können demnach einer doppelten Vulnerabilität ausgeliefert sein (2013, S. 70).

Wie Kinder und Jugendliche von Migrantinnen und Migranten in Kinder- und Jugendpsychiatrien wirksam unterstützt werden können, zeigt eine Studie aus den Niederlanden. Veling et al. untersuchten den Zusammenhang zwischen ethnischer Dichte in den Stadtteilen von Den Haag und der Häufigkeit von psychotischen Erkrankungen. Die Studie konnte nachweisen, dass je mehr Menschen von einer Ethnie nah beieinander wohnen, desto kleiner die Anzahl der Erkrankungen ist (2008, S. 66). Geiger und Razum bestätigen diese Erkenntnisse und deuten ethnische Netzwerke als wichtige soziale Ressourcen (2016, S. 617). Auch Machleidt betont, dass aus psychohygienischer Sicht dieses Phänomen positiv zu bewerten sei (2013, S. 71), als Schutz und Orientierung diene sowie Isolierung mildere (S. 18). Er fügt zudem an, dass die psychische Vulnerabilität für Kinder, durch die soziale und psychische Belastung der Eltern im Integrationsprozess höher zu sein scheint als die der Eltern, und somit als Risikofaktor von mentaler Gesundheit einzustufen ist (S. 63-64). Das Wissen um die Wichtigkeit von ethnischen Netzwerken ist insofern sehr interessant, weil diese im Zusammenhang mit Parallelgesellschaften in der Gesellschaft oft kritisch betrachtet und negativ bewertet werden. Für die Soziale Arbeit in Kinder- und Jugendpsychiatrien bedeutet dies jedoch, Kindern, Jugendlichen und ihren Familien Angebote für die Integration in die neue Kultur zu vermitteln und gleichzeitig den Kontakt zu ethnischen Netzwerken zu stärken. Im Kontakt mit den Familien ist auf eine einfache Sprache zu achten und je nach sprachlichen Kompetenzen der Betroffenen mit Übersetzerinnen und Übersetzern zu arbeiten. Oft ist es auch angezeigt mit Kulturvermittlerinnen und -vermittlern zusammenzuarbeiten um den Kindern, Jugendlichen und ihren Familie Diagnosen, Behandlungsansätze und -abläufe zu erklären und allfällige verschiedene Bewertungen von psychischen Erkrankungen zu thematisieren.

Um die vielfältigen Risiken der sozialen Dimension mildern zu können sind protektive Faktoren nötig. Im nächsten Kapitel werden die Schutzfaktoren dargelegt und aufgezeigt, wie diese gestärkt werden können.

4.6 Schutzfaktoren

Die im Kapitel 4. *Die soziale Dimension von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* ausgeführten Faktoren zeigen auf, dass es zahlreiche Risiken gibt, welche auf Kinder und Jugendliche im Verlauf ihrer Entwicklung einwirken können. Nach Bürgin und Steck wäre eine einseitige Betrachtung und somit eine isolierte Fokussierung auf die Risikofaktoren jedoch nicht zielführend. So sind auch Schutzfaktoren zu berücksichtigen (2008, S. 481). Schutzfaktoren sind im Verständnis nach Bürgin und Steck Faktoren „welche die Reaktion eines Individuums auf negative Umwelteinflüsse, die üblicherweise einen ungünstigen Ausgang bewirken, modifizieren oder im positiven Sinne verändern“ (S. 482). So können nach Fegert und Resch Risikofaktoren eine Entwicklung von Kindern oder Jugendlichen zwar negativ beeinflussen, doch während des Prozesses können protektive Faktoren die negativen Auswirkungen reduzieren. Auch eröffnen protektive Faktoren Chancen für Betroffene und fördern die Bewältigung des Umwelteinflusses (2012, S. 134). Renschmidt und Fombonne unterscheiden zwischen den personalen, den familiären sowie den äusseren und somit umgebungsbezogenen Schutzfaktoren. Sie gehen von einer Interaktion zwischen Risiko- und Schutzfaktoren im Verlauf der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus (2000, S. 29). Bender und Lösel stellen fest, dass Faktoren jeweils als Risiko- oder auch als Schutzfaktor auf das Individuum wirken können (1997, S. 661). So zum Beispiel die sozioökonomische Situation, die als Schutzfaktor im positiven Sinne ausgelegt werden kann und bei einer Mangelsituation als Risikofaktor.

Im Zusammenhang mit Risiko- und Schutzfaktoren wird vermehrt der Begriff der Resilienz verwendet. Nach Fegert und Resch handelt es sich bei Resilienz um eine persönliche Widerstandsfähigkeit. Risiken wirken sich sehr unterschiedlich auf Individuen aus, dies auch unter scheinbar gleichen Bedingungen. So kann ein Teil der Kinder psychische Auffälligkeiten entwickeln sowie eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen und andere entwickeln sich gesund ohne jegliche Symptome weiter (2012, S. 133). Die Resilienz kann auch als Ressourcenorientierung verstanden werden (S. 134). Rutter sieht im Begriff der Resilienz die Feststellung, dass Menschen sich gut und gesund entwickeln, und dies trotz einer Risikoerfahrung, mit der eigentlich eine Folgeerscheinung zu erwarten wäre. Er bezeichnet Resilienz als ein interaktives Konzept zur Überwindung von Umweltrisiken, Stress oder sonstigen Widrigkeiten (2006, S. 1). So kann Resilienz gerade durch die Exposition und nicht durch Vermeidung von Umweltrisiken entstehen oder sich weiterentwickeln (S. 6). Schutz entsteht durch die Art und Weise, wie Menschen mit Widrigkeiten umgehen. Resilienz fokussiert somit auf Coping-Mechanismen, mentale Einstellungen und personale Eigenschaften. Resilienz baut ursprünglich auf Risiko- und Schutzfaktoren auf, kann aber als dynamischer Prozess und nicht als statischer Faktor verstanden werden (S. 8).

Die Autorinnen sehen im salutogenetischen Modell von Antonovsky eine weitere ressourcenorientierte Sicht auf Kinder, Jugendliche und deren Familien. Im Zentrum der Salutogenese von Antonovsky steht die gesamte Geschichte des Menschen sowie die Coping-Ressourcen der Person selbst. Die Salutogenese versteht Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum und fragt nach den Faktoren, welche eine Bewegung Richtung des gesunden Pols auf dem Kontinuum führen können (1997, S. 29-30). Stressoren sind nach Ansicht der Salutogenese nicht permanent zu reduzieren, sondern werden als omnipräsent betrachtet (S. 30). Das Konzept des Kohärenzgefühls ist dabei einer der wichtigsten Faktoren, der diese Bewegung auf dem Kontinuum steuert (S. 33). Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit sind erhebliche Komponenten des Kohärenzgefühls (S. 34-35). Zusammenfassen lässt sich das Kohärenzgefühl damit, dass es sich hierbei um ein Gefühl des Vertrauens der Person handelt, dass ein Stressor aus der Umwelt zu erklären und teilweise vorherzusehen ist. Dieser Stressor kann aus der inneren oder äusseren Umwelt sein. Die Person ist in der Lage, die dafür benötigten Ressourcen bereitzustellen und ist überzeugt, dass sich die notwendigen Anstrengungen lohnen (S. 36).

Resilienz, Kohärenzgefühl und Schutzfaktoren können Kindern und Jugendlichen bei Entwicklungsaufgaben und negativen Umwelteinflüssen unterstützen. In den nachfolgenden Unterkapiteln wird die Strukturierung von Renschmidt und Fombonne übernommen, es werden Faktoren der Resilienz sowie klassische protektive Faktoren beleuchtet. So werden im Kapitel *4.6.1 Personale Schutzfaktoren*, in Kapitel *4.6.2 Familiäre Schutzfaktoren* und in *4.6.3 Soziale Schutzfaktoren* anhand von Studien dargelegt. Bei den Studien handelt es sich nach Häfner, Franz, Lieberz und Schepank meist um Längsschnittstudien. Nur so lassen sich längerfristige Folgen sowie die psychische oder physische Gesundheit erkennen (2001, S. 403).

4.6.1 Personale Schutzfaktoren

Die berühmte Kauai Studie wird 1955 durch Werner auf der Hawaiianischen Insel mit Kindern aus unterschiedlichen Ethnien und meist aus sozioökonomisch belasteten Familien durchgeführt. Die Kinder werden während ihrer Entwicklung begleitet und beobachtet. Der Bericht von Werner fasst die Resultate dieser Studie zusammen (1996, S. 47). Die Resultate werden jeweils in Unterkapiteln der einzelnen Kategorien der Schutzfaktoren aufgeteilt. Dieser Abschnitt befasst sich deshalb ausschliesslich mit den personalen Aspekten, welche aus der Studie resultieren. 1 der 3 Kinder, die Unbesiegbaren, entwickeln sich in der Studie nach Werner trotz der hohen Risikobelastung zu kompetenten jungen Erwachsenen ohne Verhaltensauffälligkeiten (S. 48). Werner sieht im Temperament der Kinder einen Faktor, der sich positiv auf die Entwicklung auswirkt. Ein *easy* Temperament wird hier hervorgehoben (S. 50). Die Kinder werden zudem als auffällig aktiv, sozial orientiert mit guten Kommunikationsfähigkeiten und der Fähigkeit zur Selbsthilfe beschrieben (S. 48). Das Temperament von Kindern und Jugendlichen wird auch nach

Wachs als protektiven Faktor identifiziert. Er geht ebenfalls davon aus, dass gewisse Eigenschaften mit einer höheren Resilienz für Betroffene einhergehen. So können Optimismus, Flexibilität, Geselligkeit, Selbstregulation und Fähigkeit der Aufmerksamkeitsfokussierung und Aufgabenorientierung in diesem Zusammenhang positiv hervorgehoben werden (2006, S. 32). Für die Überzeugung, belastende Umweltereignisse bewältigen zu können, ist zudem die Selbstwirksamkeitserwartung von Kindern und Jugendlichen hervorzuheben. Eine Korrelation der Selbstwirksamkeitserwartung mit Persönlichkeitsmerkmalen wie Optimismus, Selbstwertgefühl oder internaler Kontrolle kann in der Studie von Schwarzer festgestellt werden (1994, S. 105). Als weiterer Prädiktor für die Entwicklung sozialer Kompetenzen in der Kindheit wird durch Masten et al. die Intelligenz des Kindes erkannt. Eine hohe Intelligenz hat gemäss der Studie einen signifikanten positiven Effekt auf das aktuelle und das zukünftige Bewältigungsverhalten von Betroffenen (1999, S. 162).

4.6.2 Familiäre Schutzfaktoren

Die Kauai Studie identifiziert für Kinder die positive Aufmerksamkeit durch Familienangehörige als protektiven Faktor, um sich zu einer kompetenten erwachsenen Person zu entwickeln. Jedes dieser Kinder hat nach Werner mindestens eine Person, zu der eine Bindung aufgebaut werden konnte, von welcher sie im Verlauf der Kindheit viel Aufmerksamkeit erhalten hat. Einige dieser wichtigen Rollenvorbilder für die Identitätsentwicklung sind Ersatz-Eltern, Grosseltern, ältere Geschwister oder Kinderbetreuerinnen und Kinderbetreuer. Das Familienleben der *Unbesiegbaren* wird zudem als strukturiert beschrieben und ist geprägt von Regeln, Hausarbeit und täglichen Routineabläufen (1996, S. 48). Es zeigt sich, dass die elterliche Erziehung und Pflege sich in den Kompetenzen und dem Selbstwertgefühl des Kindes widerspiegeln (S. 49-50).

Nach Darling ist der Erziehungsstil der Eltern ein Indikator für das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen und lässt Vorhersagen über soziale Kompetenzen, Bildungsstand, psychosoziale Entwicklung und Problemverhalten von Kindern und Jugendlichen zu (1999, S. 3). Der autoritative Erziehungsstil und die Aspekte der elterlichen Reaktionsfähigkeit und Nachfragebereitschaft werden hierbei positiv hervorgehoben. Dieses elterliche Verhalten führt bei Kindern und Jugendlichen zu sozialen Kompetenzen sowie zu einer höheren Verhaltenskontrolle. So kann bei Mädchen und Jungen ein niedrigeres Problemverhalten beobachtet werden (S. 4). Nach Uhlendorff berücksichtigen autoritative Eltern die Wünsche und die Interessen der Kinder und respektieren ihre Autonomie, nutzen aber auch die elterliche Macht, um ihre Sichtweisen durchzusetzen. Widerstand der Kinder wird aufgenommen und thematisiert sowie die Zielvorstellung der Eltern und die Wünsche der Kinder werden in Entscheidungen berücksichtigt (2001, S. 23).

Bürgin und Steck fassen zusammen, dass resiliente Familien einen stark ausgeprägten Familienzusammenhalt haben und sich flexibel an Umwelteinflüsse anpassen können. Das Familienklima ist in diesen Familien geprägt von Vertrauen und Toleranz und es besteht die Überzeugung, Probleme zusammen lösen zu können (2008, S. 487). Die erläuterten Studien zu den familiären Schutzfaktoren sind ebenfalls für die soziale Dimension in einem bio-psycho-sozialen Verständnis von besonderer Relevanz. Der Einfluss der Eltern und der Erziehungsstil haben nach diesen Erkenntnissen eine nachweisbare Wirkung auf die Kompetenzen und auf das Bewältigungsverhalten des Kindes. Diese Ergebnisse legen die Schlussfolgerung nahe, dass in Kinder- und Jugendpsychiatrien die Eltern mehr in die Behandlung einbezogen werden sollen. Nach Ansicht der Autorinnen sind gemeinsame Mittwochnachmittage, wie dies in Kinder- und Jugendpsychiatrien teilweise gehandhabt wird, nicht genügend und müssten ausgebaut werden.

4.6.3 Soziale Schutzfaktoren

Nach Werner zeigen sich in der Kauai Studie, dass Gatekeeper wie Freunde, Beziehungen ausserhalb der Familie, Lehrerinnen und Lehrer sowie Nachbarinnen und Nachbarn als protektive Faktoren bei der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gewertet werden können (1996, S. 50). Mit dieser sozialen Unterstützung können sich Kinder den Widrigkeiten des Lebens stellen, sich erfolgreich anpassen und sich zu kompetenten Erwachsenen entwickeln (S. 49). Die Studie von Ezzell, welche die Anpassung von körperlich missbrauchten Kindern und der Zusammenhang zur sozialen Unterstützung untersucht, sieht in letzterer ebenfalls eine wichtige Ressource. Die Unterstützung der Lehrpersonen, des Freundeskreises und der Familie wurde untersucht und zeigt, dass bei internalisierendem Bewältigungsverhalten der Kinder die familiäre Unterstützung speziell hervorgehoben werden konnte. Doch auch die Unterstützung des Freundeskreises und der Lehrpersonen hat eine positive Wirkung auf Kinder und ihr Bewältigungsverhalten (2000, S. 647-648). Eine Cliquenzugehörigkeit oder die Einbindung in eine soziale Gruppierung kann nach Bender und Lösel die Zufriedenheit und das Zugehörigkeitsgefühl von Kindern und Jugendlichen positiv beeinflussen und so das Risiko einer Verhaltensauffälligkeit oder antisozialem Verhalten reduzieren. Der Freundeskreis kann jedoch sowohl einen Schutz- als auch einen Risikofaktor darstellen (1997, S. 661). Hier schliesst die Erkenntnis von Bürgin und Steck an, die davon ausgehen, dass ein Engagement für einen Glauben ein Schutzfaktor ist (2008, S. 483). Kinder und ihre Familien, die in Glaubensgemeinschaften und somit einer sozialen Gruppierung eingebunden sind, erfahren dort Sicherheit, Halt und Unterstützung. Die soziale Unterstützung kann durch die Familie, durch den Freundeskreis oder andere relevante Bezugspersonen wahrgenommen werden. Der sozialen Unterstützung wird zugeschrieben, dass sie Risikofaktoren oder negativen Umwelteinflüssen entgegenwirken und so die Folgen modifizieren kann. Zudem wird auf die Vernetzung mit einem informellen Netzwerk hingewiesen (S. 482-483). Die Autorinnen sehen ergänzend zu den Ausführungen von Bürgin und Steck, dass eine Glaubensgemeinschaft

nicht nur Schutz- sondern auch Risikofaktor für Kinder und Jugendliche sein kann. Die positiven und negativen Aspekte einer Glaubensgemeinschaft müssen deshalb im Einzelfall geprüft und beurteilt werden.

Die soziale Einbettung in Familie, einen Freundeskreis oder einer Gruppierung und die daraus resultierende soziale Unterstützung kann nach den obgenannten Ausführungen als Schutzfaktor betrachtet werden. Bürgin und Steck sehen weiter in einer guten sozioökonomischen Situation, welche im Gegensatz zum bereits ausgeführten Risikofaktor steht, einen protektiven Faktor (2008, S. 159). Die Kauai Studie von Werner bestätigt dies und sieht in einem hohen Bildungsstand der Mutter einen Aspekt, der als Schutzfaktor betrachtet werden kann (1996, S. 50).

Die sozialen Schutzfaktoren sollten in der Diagnose in einem bio-psycho-sozialen Verständnis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besondere Beachtung erfahren. Die erläuterten Studien zeigen durch die Identifikation der positiven Wirkung einer sozialen Einbindung und Unterstützung auf die psychische Gesundheit auch mögliche Handlungsansätze bei Kindern und Jugendlichen in der Psychiatrie auf.

5. Theorien und Konzepte

Um die Bedeutung der sozialen Dimension in Kinder- und Jugendpsychiatrien beurteilen zu können, braucht es neben dem bio-psycho-sozialen Modell weiteres theoretisches Wissen. Für diese Arbeit wurden Theorien und Konzepte aus verschiedenen Disziplinen ausgewählt, welche nachfolgend jeweils in Unterkapiteln erläutert und der Bezug zur sozialen Dimension sowie zum Arbeitsfeld hergestellt wird.

5.1 Systemistische Theorie der Sozialen Arbeit

Staub-Bernasconi erarbeitet in ihrem Werk „Soziale Probleme – Dimension ihrer Artikulation“ im Jahr 1983 in ihrer Dissertation die Grundzüge ihrer bedeutenden Theorie der Sozialen Arbeit. Sie setzt sich mit sozialen Problemen auseinander und sucht erstmals transdisziplinäre Erklärungen (2002, S. 296). Der systemische Ansatz des Systemtheoretikers Mario Bunge, vereint individuelle und gesellschaftliche Prozesse in seiner Theorie und bildet die Basis für die weiterentwickelte Theorie von Staub-Bernasconi und Obrecht (S. 297-298). Bevor in diesem Kapitel auf die theoretischen Ausführungen sozialer Probleme von Staub-Bernasconi eingegangen wird, erfolgt eine kurze Einführung in die Grundgedanken des emergentistischen Systemismus von Bunge. Nach Bunge existiert die Welt auch ohne direkt an sie zu denken und konkrete *Dinge* machen ihren Bestandteil aus. Bis auf das Universum ist jedes dieser *Dinge* als eigenes System oder eine Komponente davon zu verstehen und verfügt über individuelle Eigenschaften und Gesetzmässigkeiten (zitiert nach Obrecht, 2000, S. 210). Die Emergenz im Verständnis von Bunge kommt nicht zu den Komponenten heran, sondern ist eine direkte Folge einer Interaktion der einzelnen Komponenten (S. 209). Die Veränderung ist die Ordnung, alles verändert sich. Systeme sind miteinander verbunden und stehen so mehr oder weniger in Beziehung zueinander. Mindestens eine Verbindung ist jedoch immer gegeben (S. 210). Staub-Bernasconi nennt physikalische, biologische, chemische, soziale, kulturelle und psychische als mögliche Arten von Systemen (2012, S. 270). Bunge sieht in sozialen Systemen charakteristische Mechanismen (2010, S. 376), die als erforderlicher Prozess zu verstehen sind und auf das soziale System eine gründende und bewahrende Funktion haben können (S. 375). So können auf der einen Seite Mechanismen zur Veränderung eines sozialen Systems prozesshaft ablaufen und auf der anderen Seite zustandserhaltende Prozesse in Richtung Bewahrung steuern (S. 379).

Nach Obrecht hat der Mensch im Systemismus eine besondere Rolle, da er als Biosystem bezeichnet wird, der biologische, bio-psycho-soziale und bio-psychische Bedürfnisse im Gehirn angelegt hat und über die kognitiven Fähigkeiten verfügt, Handlungen aufgrund der vorhandenen Möglichkeiten und Fertigkeiten zu steuern (2000, S. 217). Bei schwer oder kaum zu befriedigenden Bedürfnissen und Wünschen sieht Staub-Bernasconi dann soziale Probleme, wenn Individuen dafür aufgrund ihrer Position soziale und kulturelle Hürden zu überwinden haben

(2012, S. 272). Soziale Probleme aus dieser systemischen Betrachtung heraus „sind Probleme von Individuen im Zusammenhang mit sozialen Interaktionsprozessen sowie als Mitglieder von sozialen Systemen mit ihrer Sozialstruktur und Kultur“ (Staub-Bernasconi, 2012, S. 271-272). So sieht sie beispielsweise mangelnde sozioökonomische Ausstattung, fehlende soziale Teilhabe, Austauschbeziehungen mit fehlender Reziprozität, willkürliche Machtverteilung oder ungerechte Verteilung der Ressourcen als mögliche Probleme, die auch in Zusammenhang mit den sozialen Systemen und Interaktionen stehen (S. 272). Nach Staub-Bernasconi lassen sich soziale Probleme nicht durch eine Disziplin erklären und bedürfen daher transdisziplinärer Erklärungen, was die Ebenen Mikro und Makro verbindet (S. 273). Deshalb liegen mögliche Ansatzpunkte für Milderungen oder Lösungen der sozialen Probleme bei mehreren Instanzen. Diese drei Instanzen werden in Abbildung 9 visuell aufbereitet:

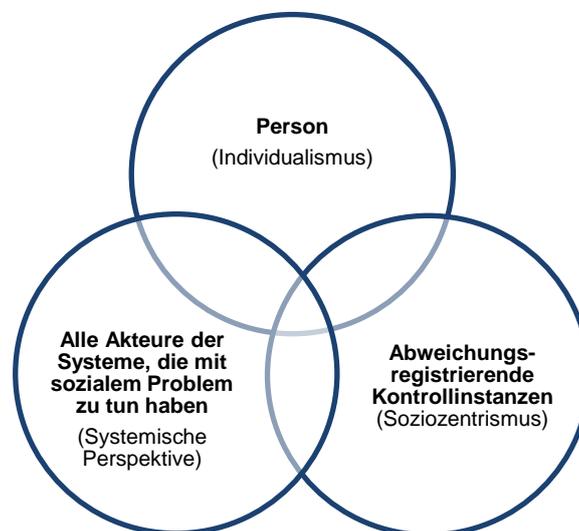


Abbildung 9. Ansatzpunkte für Lösung des sozialer Problemlagen. Nach Staub-Bernasconi, 2012, S. 275.

Das Subjekt der Veränderung ist auf der individualistischen Ebene *die Person* selbst. Die Auseinandersetzung erfolgt mit der betroffenen Person. Sie ist visuell zuoberst dargestellt, da es sich hier nach Staub-Bernasconi um die erste Instanz handelt (S. 275). *Abweichungsregistrierende Kontrollinstanzen* wie beispielsweise Polizei, Gerichte oder Sozialdienste der wirtschaftlichen Sozialhilfe sind nach der Ebene des Soziozentrismus zu involvieren. Diese Institutionen des Wohlfahrtsstaates besitzen die Macht der Sanktionierung (S. 275). Und letztlich sind auch alle *Akteure mit Berührungspunkten zur sozialen Problemlage* auf der systemischen Ebene einzubeziehen (S. 275). Nach Obrecht sollen soziale Systeme von betroffenen Menschen auf Ungerechtigkeit oder unfaire Gesetzmässigkeiten analysiert sowie Folgen davon auf die gesellschaftliche Stellung erkannt werden. Denn aufgrund struktureller Ungleichgewichte, offenen Bedürfnissen und Knappheitsproblemen entsteht Wandel (zitiert nach Staub-Bernasconi, 2005, S. 278-279).

Bei Betrachtung der verschiedenen Perspektiven nach Staub-Bernasconi wird deutlich, dass in Kinder- und Jugendpsychiatrien nicht nur mit betroffenen Kindern und Jugendlichen selbst auf eine Veränderung resp. Genesung hingearbeitet werden muss. Diese individualistische Betrachtung bildet zwar die erste Instanz und ist somit primäres Subjekt der Veränderung, deshalb auch der stationäre Aufenthalt des Betroffenen selbst. Die eigentliche Kernfamilie, die immer als System vorhanden ist, weist jedoch meist Mechanismen auf, die ebenfalls für einen Wandel betrachtet und bearbeitet werden müssen. So kann ein Kind neu erlernte Strategien, zum Beispiel für den Umgang mit Aggression, zu Hause nicht anwenden, wenn die Voraussetzungen nicht gegeben sind und die Haltung der Familie dies nicht zulässt. Exemplarisch zu nennen wäre hier die Beschaffung eines Stressballs oder das Zurverfügungstellen von Wutzetteln. Zusätzlich zum Bereitstellen des Materials sollte das Kind bei einem Wutanfall durch Eltern ermuntert werden, die Strategie auszuprobieren. Mechanismen innerhalb der Familie können deshalb bestehende Problematiken bewahren, was die Bedeutung der Arbeit mit dem System Familie verdeutlichen soll. Die psychische Gesundheit eines Kindes oder Jugendlichen ist systemisch betrachtet kein rein individuelles Problem, sondern andere soziale Systeme wie Schule, Nachbarschaft, Lehrstelle, Tagesschule, Kindertagesstätte oder die Umgebung sind ebenfalls involviert und wirken auf das Individuum ein und bedürfen eines Wandels. Als Beispiel wäre das Involvieren des Systems Schule notwendig, wenn Ängste im Zusammenhang mit dem Schulweg bestehen. Auch veränderte Abläufe können für betroffene Kinder und Jugendliche im Schulalltag wichtig und hilfreich sein. Letztendlich ist die Perspektive der Kontrollinstanzen, wie die der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, Sozialhilfe oder Schule, einzubeziehen. Die Finanzierung von Nachsorgeangeboten wie eine sozialpädagogische Familienbegleitung, Weisungen oder Massnahmen im Bereich Kinderschutz oder GEF-Pool II Unterstützungsleistungen der Schule wären als Beispiele der Kontrollinstanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufzunehmen. Die Zusammenarbeit mit diesen Institutionen ist wichtig und Entscheide dieser Behörden können für Kinder, Jugendliche und deren Familien Zugänge schaffen oder verhindern. Diese drei Ebenen zur Lösung oder Milderung der sozialen Problemlagen zeigt nach Staub-Bernasconi die Notwendigkeit auf, auch Systeme und Kontrollinstanzen in die Arbeit in Kinder- und Jugendpsychiatrien zu involvieren. Eine psychische Erkrankung eines Kindes oder Jugendlichen bedarf auch eines Wandels der Systeme. Wird dies missachtet, besteht das Risiko, dass ein Kind nach dem stationären Aufenthalt wieder in ein krankmachendes System zurückgeht. Dadurch stellt sich bei einem prozesshaften Verständnis von Krankheit und Gesundheit die Frage, ob die Anpassungsleistung unter diesen Bedingungen gelingen und eine weitere normale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gewährleistet werden kann. Das systemische Paradigma lässt eine transdisziplinäre Betrachtung der sozialen Problemlagen zu und verdeutlicht, dass eine Veränderung beim Kind und Jugendlichen selbst liegt, aber auch in Abhängigkeit mit der Familie und weiteren sozialen Systemen steht.

5.2 Kapitaltheorie

Mit den Ausführungen der Kapitaltheorie nach Bourdieu soll in diesem Kapitel eine weitere mögliche theoretische Rahmung der sozialen Dimension von betroffenen Kindern und Jugendlichen in der Psychiatrie aufgezeigt werden. Bourdieu veröffentlicht 1983 seine Theorie und führt erstmals den Kapitalbegriff ein. Er geht davon aus, dass der Mensch im Verlauf des Lebens Kapital akkumuliert. Diese Kapitalien und deren Verteilungsstruktur besitzen eine Kraft, die über Möglichkeiten und Chancen im Leben entscheidet (2012, S. 229). Bourdieu unterscheidet das ökonomische, das kulturelle und das soziale Kapital.

Beim ökonomischen Kapital, welches bereits aus der Wirtschaftstheorie bekannt ist, handelt es sich nach Bourdieu um Besitztümer wie Geld oder Vergleichbares, welches sogleich in Geld eintauschbar ist (S. 231). Der Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation und einer psychischen Erkrankung wurde bereits im Kapitel 4.2 *Sozioökonomische Belastungen* ausführlich dargelegt. Die finanzielle Situation ist, aus der Sicht dieser Theorie, für betroffene Kinder und Jugendliche mehr als nur Risiko- oder Schutzfaktor. Vorhandene finanzielle Mittel können Freizeit- und Sportaktivitäten, Nachhilfestunden, eine Wohnung an guter Wohnlage sowie den Zugang zu Therapien ermöglichen oder geringe finanzielle Mittel diese Möglichkeiten verhindern.

Das kulturelle Kapital, welches im Verständnis von Bourdieu für die Ungleichheiten im Bildungssystem zu verstehen ist, wird in drei Formen differenziert (S. 231). Das *inkorporierte Kulturkapital* ist verinnerlichtes Kapital, welches man sich durch einen individuellen Lernprozess über einen längeren Zeitraum aneignet. Das bedeutet, dass dieses Kapital fest mit der Person verbunden und nicht übertragbar ist (S. 233). Beim *objektivierten Kulturkapital* handelt es sich nach Bourdieu um Kulturkapital wie Schriften, Gemälde oder Instrumente, die materiell zwar übertragbar sind, jedoch an ein inkorporiertes Kulturkapital zu dessen Aneignung gekoppelt sind (2012, S. 235). Beim institutionalisierten Kulturkapital handelt es sich um Beweisstücke für inkorporiertes Kulturkapital, wie zum Beispiel ein erworbener Titel oder ein Abschlusszeugnis (S. 236-237). Exemplarisch für das inkorporierte Kapital wäre hier für Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Umgang mit Emotionen innerhalb der Familie zu nennen. Familien mit einem offenen Umgang mit Gefühlen, mit kindgerecht illustrierten Kinderbüchern zu Themen wie Angst oder Wut geben dem Kind die Möglichkeit, sich mit den eigenen Emotionen auseinanderzusetzen und diese zu regulieren. Sie fördern durch die Kinderbücher sowie durch das familiäre Vorleben emotionale Kompetenzen des Kindes. Auf der anderen Seite verhindern Eltern diese emotionale Entwicklung, wenn Gefühle tabuisiert oder verschwiegen werden und der Zugang zu solchen Büchern nicht gegeben ist.

Das soziale Kapital letztlich wird durch Bourdieu wie folgt beschrieben:

Das Sozialkapital ist die Gesamtheit der aktuellen und potentiellen Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten Beziehungen gegenseitigen Kennens oder Anerkennens verbunden sind; oder, anders ausgedrückt, es handelt sich dabei um Ressourcen, die auf der Zugehörigkeit zu einer Gruppe beruhen. (Bourdieu, 2012, S. 238)

Nach Vonneilich entsteht soziales Kapital durch eine soziale Interaktion mit anderen (2020, S. 38). Deshalb sieht er eine enge Verbindung der Kapitaltheorie von Bourdieu (S. 39). Ebenfalls in der Forschung sind die Begrifflichkeiten soziale Unterstützung und soziale Netzwerke eng miteinander verwoben (S. 44). Hennig sieht in sozialen Beziehungen die Möglichkeit, Sozialkapital aufzubauen. Soziale Beziehungen können soziale Unterstützung anderer ermöglichen und Zugänge zu Ressourcen schaffen, wenn diese in das soziale Netzwerk eingebunden werden (2010, S. 177). Hier wären neben einer Vernetzung mit Institutionen wie Sozialdiensten, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, Erziehungsberatung auch soziale Beziehungen zur eigenen Nachbarschaft oder Schulfreunde mit ihren Familien zu nennen. Die Beschaffenheit eines sozialen Netzwerks einer Person entscheidet nach Vonneilich auch über den Aufbau des sozialen Kapitals und deshalb weitgehend über die Möglichkeit einer sozialen Integration und Unterstützung (S. 45). Burt geht von strukturellen Löchern in sozialen Netzwerken aus, wenn soziale Beziehungen fehlen. Dadurch werden Informationen nicht übermittelt oder der Zugang zu Ressourcen verhindert. Hier können Personen eine Brückenfunktion einnehmen und diese Löcher schliessen (zitiert nach Gamper, 2010, S. 54-55). Nach Hollstein nehmen institutionelle Gatekeeper Schlüsselpositionen bei wichtigen biografischen Übergängen von Menschen (2007, S. 56) und auch bei der Aktivierung von Sozialkapital ein (S. 80).

Das Robert Koch-Institut sieht im sozialen Kapital eine immer grösser werdende Bedeutung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Spannend ist die Tatsache, dass die Wirkung des sozialen Kapitals auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, unabhängig von ihrer sozioökonomischen Situation, nachgewiesen werden kann (2005, S. 113). Diese Erkenntnis weist darauf hin, dass der Kapitaltheorie von Bourdieu in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine besondere Bedeutung zugeschrieben werden sollte. Für Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Erkrankung sind Eltern wichtige Bezugspersonen und dadurch für den Rehabilitationsprozess zentral. Können Eltern diese Rolle aufgrund einer eigenen Erkrankung oder aufgrund fehlender Kompetenzen nicht vollumfänglich einnehmen, sind weitere soziale Beziehungen für Kinder und Jugendliche bedeutend. Ein Klassenlehrperson kann bei Hausaufgaben eine Stütze sein und als vertraute Ansprechperson Sicherheit bieten. Weiter können Familien eines Freundes oder einer Freundin die Vorbildfunktion einnehmen,

Unterstützung leisten oder als Rückzugspunkt dienen. Soziale Beziehungen können zudem durch den Besuch der lokalen Tagesschule oder durch einen Eintritt in einen Sport- oder Musikverein ausgebaut werden. Auf institutioneller Ebene sollte eine gute Vernetzung mit anderen Institutionen angestrebt werden, welche für Familien längerfristige Unterstützungsleistungen anbieten oder koordinieren können und dadurch eine Brückenfunktion einnehmen. Für eine nachhaltige Versorgung der Kinder, Jugendlichen und deren Familien ist diese Vernetzung bedeutend. Dies kann therapeutische Begleitung, finanzielle Unterstützung, Entlastungsleistungen bei der Kinderbetreuung oder im Haushalt oder eine Anbindung an die Erziehungsberatung, die Schulsozialarbeit oder das lokale Amt für Kinderschutz umfassen. Über soziale Beziehungen und Vernetzung könnte den Kindern und Jugendlichen ermöglicht werden, längerfristig soziales Kapital auszubauen.

Soziale Beziehungen, das soziale Netzwerk und die individuelle Ressourcenausstattung sind gemäss bio-psycho-sozialen Verständnis der sozialen Dimension zuzuordnen. Bei einer stärkeren Gewichtung des sozialen Kapitals müsste in Kinder- und Jugendpsychiatrien der Aufbau von sozialen Beziehungen und Unterstützungsleistungen von betroffenen Kindern, Jugendlichen und deren Familien gefördert werden. Der Berufskodex der Sozialen Arbeit definiert die Unterstützung von Menschen und ihrem Umfeld mit dem Ziel der sozialen Integration als Grundsatz sozialarbeiterischen Handelns (Avenir Social, 2010, S. 6). Die Soziale Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie könnte Betroffenen und ihren Familien den Zugang zu ökonomischen Kapitalien schaffen sowie mit gezielten Interventionen wie oben beschrieben den Aufbau von sozialem Kapital fördern und so auf das kulturelle Kapital Einfluss nehmen. Die Soziale Arbeit kann die von Burt erwähnte Brückenfunktion einnehmen und so als Gatekeeper bei diesem einschneidenden biografischen Übergang des stationären Aufenthaltes Zugänge schaffen.

Damit Kinder, Jugendliche und deren Familien soziales Kapital aufbauen, können ist es notwendig, soziale Beziehungen einzugehen, um das eigene Netzwerk zu vergrössern. Dies sollte so nahe wie möglich an der Lebenswelt und im Alltag der Kinder, Jugendlichen und deren Familien sein. Das nächste Kapitel geht deshalb auf die Theorie der Lebensweltorientierung nach Thiersch und deren Bedeutung für die soziale Dimension ein.

5.3 Lebensweltorientierte Soziale Arbeit

Um in der Sozialen Arbeit eine Theorie zu begründen, ist nach Thiersch die Frage nach den Lebensverhältnissen und -defiziten ihrer Adressatinnen und Adressaten grundlegend. In vergangener Zeit wurden dabei vermehrt die geschichtlich und strukturell gewachsenen, wie auch die von der Gesellschaft produzierten Lebensschwierigkeiten kritisch betrachtet. Den Bewertungen, die sich über die Jahre verschieben und welche Krankheiten, Armut und soziale Nöte je nach Zeitepoche anders deuten, wird dabei Rechnung getragen (2015, S. 38). Dies ist für

die Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutsam, da Kinder und Jugendliche diesen gesellschaftlichen Bewertungen und Deutungen von psychischen Krankheiten oder abweichendem sozialen Verhalten besonders ausgeliefert sind. So wurde Homosexualität lange als abweichendes Verhalten betrachtet und im ICD-10 als psychische Krankheit festgehalten. Die Deutung der sexuellen Orientierung fällt aufgrund der Werte, die in der Familie gelebt werden, unterschiedlich aus und wirkt sich entscheidend auf die Identitätsbildung von Jugendlichen aus und beeinflusst deren psychische Gesundheit. Die in Kapitel 2.1 *Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie* beschriebene Verwahrlosung von Kindern und Jugendlichen, welche gemäss öffentlicher Auffassung in Besserungsanstalten behandelt werden sollten, zeigt den Wandel von Bewertungen und den Umgang mit diesen, eindrücklich auf.

Die Entstehung des Konzepts der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit verortet Thiersch in den späten 1960er-Jahren (2020, S. 16). Dieses Jahrzehnt war eine Zeit des Umbruchs und die gängige Praxis der Sozialen Arbeit, die versuchte, ihre Adressatinnen und Adressaten in gesellschaftliche und arbeitsmarktbezogene Verhältnisse zu integrieren sowie die herrschenden Bedingungen in Fürsorgeanstalten und Jugendgefängnissen wurde kritisch hinterfragt (S. 17). Thiersch fasst die Notwendigkeit von Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit in dem Fakt zusammen, dass Adressatinnen und Adressaten mit sich selbst und ihrem sozialen Umfeld Schwierigkeiten haben und daraus resultierend der Gesellschaft Probleme bereiten. Das Theoriekonzept, wie es Thiersch nennt, fokussiert auf der Eigenlogik der in der Lebenswelt gemachten Erfahrungen und wehrt sich gegen die gesellschaftliche Funktion der Disziplinierung, Normalisierung und Pathologisierung ihrer Adressatinnen und Adressaten. Es macht sichtbar, wie Alltag, Lebenswelt und deren soziale Bezüge ineinanderwirken und wendet sich daher gegen eine steigende Spezialisierung (2015, S. 71). Tetzler betont, dass das Konzept der Lebensweltorientierung für die Psychiatrie hilfreich ist, da es die sozialen Beziehungen im Alltag hervorhebt und die je eigenen Erfahrungen und Erlebnisse der Menschen bei der Erforschung von psychischen Krankheiten beachtet (2012, S. 63).

Als wesentlichen Faktor für die Bedeutung des Theoriekonzepts nennt Thiersch das Verschwinden von traditionellen Strukturen, Normen, die Pluralisierung von Lebensformen sowie die Individualisierung, welche fordert, dass jeder Mensch sein Leben selber orchestriert, was gleichzeitig Chance aber auch Überforderung bedeuten kann (2015, S. 71).

Die Lebenserfahrungen, welche die Adressatinnen und Adressaten innerhalb ihrer jeweiligen Lebenswelt resp. in ihrem Alltag machen, die subjektiven Interpretationen, Handlungs- und Deutungsmuster sowie die auftretenden Schwierigkeiten der angewandten Lebensbewältigungsstrategien sind nach Thiersch durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit zu erfragen. Dabei ist es nach ihm wesentlich, auch verdeckten Widersprüchen und begraben

Hoffnungen nachzuspüren. Diese Fragen sind notwendig, um die Lebenswelt von Adressatinnen und Adressaten ganzheitlich zu erfassen und Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen Strukturen und menschlichem Verhalten zu erkennen (2015, S. 39). Den Autorinnen dieser Arbeit scheinen diese Faktoren der Lebensweltorientierung im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie besonders bedeutsam, da bei Kindern und Jugendlichen diesen Zusammenhängen von Rahmenbedingungen und sozialem Verhalten vermehrt Beachtung geschenkt werden müssen. Um die soziale Dimension der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen zu erfassen, wird im Theoriekonzept der Alltag, in *Raum*, *Zeit* und *soziale Beziehungen* strukturiert, erfasst und bearbeitet (Tetzer, 2012, S. 64). Für Fachkräfte der Sozialen Arbeit bedeutet dies, mit den Adressatinnen und Adressaten den *Raum*, d.h. die Wohnung der Familie, das Zimmer des Betroffenen, das Quartier und deren Lage zu erfragen. Es gilt in Erfahrung zu bringen, ob die Wohnsituation beengt ist, das Zimmer mit jemanden geteilt werden muss, ob anregende Spielsachen oder Bücher vorhanden sind. Es ist bedeutsam wo die Wohnung liegt und von welchem Sozialraum sie umgeben ist, in welcher Entfernung die Schule liegt und ob das Kind eine Tagesschule besucht. Der Begriff *Zeit* fragt nach der Strukturierung des Alltags, vorhandenen Routinen, dem Tagesablauf und ob dieser als angenehm erlebt wird oder ob in der Familie, in der Schule oder mit Peers Spannungen vorhanden sind. Die Freizeitgestaltung und ausgeübten Hobbys können einen Hinweis geben, wie Kinder und Jugendliche sozial integriert sind. Wie in Kapitel 4.6.2 *Familiäre Schutzfaktoren* dargelegt, sind Regeln und Routineabläufe unterstützend und dienen Kindern und Jugendlichen im Alltag als Orientierung und verleihen Sicherheit (Werner, 1996, S. 48). Fachkräfte der Sozialen Arbeit haben beispielsweise die Aufgabe Essenszeiten zu erfragen, und falls diese fehlen, mit der Familie solche zu planen. Der dritte Aspekt betrifft die *sozialen Beziehungen* und erkundigt sich nach gemeinsamen Zeiten mit der Familie, der Kommunikationsweise, der Betreuung der Kinder und Jugendlichen. Die Frage nach dem sozialen Netz von Grosseltern, Tanten und Onkeln, Freunden und wie diese gepflegt werden, sind zu klären. Die Erkenntnisse des Alltags und seiner sozialen Dimension sollen in die Planung des Behandlungsangebotes einfließen und dadurch eine nachhaltige Begleitung sicherstellen.

Die Unübersichtlichkeit von Zuständigkeiten zwischen und innerhalb von Institutionen und das Neben- und Gegeneinander sorgt nach Thiersch bei Adressatinnen und Adressaten oft für Verwirrung. Diesem Missstand möchte die Lebensweltorientierung begegnen, indem sie die Zusammenarbeit und Transparenz unter den Organisationen fördert. Dafür sind dezidierte Bemühungen nötig, um Kooperation, Koordination und Planung innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen zu fördern (2015, S. 78). Lebensweltorientierung kann ihr volles Potenzial entwickeln, wenn die Soziale Arbeit ihre Leistungen nach der Lebenswelt ausrichtet und auch die beteiligten Berufsgruppen und Institutionen bestimmte Elemente des Konzepts umsetzen und die

Vielfältigkeit der Zusammenarbeit in der Institution verankern. In diesem Zusammenhang nennt Thiersch die Bedeutung der Vernetzung mit Institutionen innerhalb der Lebenswelt von Adressatinnen und Adressaten (S. 75).

Wie in Kapitel 2.3 *Versorgungslage* beschrieben, gilt es, Betroffene mit Angeboten nahe an ihrer Lebenswelt zu vernetzen. Diese Vernetzung mit vorhandenen regionalen Angeboten sind für Familien bedeutsam, weil sie niederschwellig und besser erreichbar sind und dadurch teure Anfahrtskosten entfallen. Um ein nachhaltiges Behandlungsangebot nach Austritt der Klinik zu planen, ist durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit dem Theoriekonzept der Lebensweltorientierung deshalb hohe Bedeutung beizumessen.

5.4 Klinische Sozialarbeit

Die Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeit leiden nach Pauls vermehrt unter psychischen Belastungen sowie chronischen Krankheiten und die komplexen Problemlagen erfordern von Fachkräften der Sozialen Arbeit im Gesundheits-, Sozial-, Justiz- und Erziehungswesen spezifisches Fachwissen und methodische Kompetenzen. Diesen vielfältigen Anforderungen will die klinische Fachsozialarbeit begegnen (2013, S. 12).

Pauls nennt als Kern der klinischen Sozialarbeit den doppelten Fokus. Die hilfebedürftige und/oder erkrankte Person wird in ihrer Lebenswelt und in ihrem Umfeld betrachtet. Die Interventionen legen den Fokus auf soziale und psychosoziale Unterstützung, um die Passung zwischen der Person und der Umwelt zu verbessern (2015, S. 6). Dieser doppelte Fokus ist für Kinder und Jugendliche besonders bedeutend, weil die Lebenswelt und das Umfeld sich massgeblich auf die Entwicklung der psychischen Gesundheit auswirken. Die Ausführungen im Kapitel 4. *Die soziale Dimension von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* zeigen die vielfältigen Aspekte auf, welche die psychische Gesundheit gefährden können. Die klinische Sozialarbeit will nach Pauls belastende und destruktive Faktoren der vorhandenen Lebenswelt erkennen und die betroffenen Familien unterstützen, diese zu verändern (2015, S. 6). Weiter liegt der Fokus auf der Hilfe von bio-psycho-sozialen Krisen, kritischen Lebensereignissen und Fehlentwicklungen bei Einzelpersonen, Paaren und Familien. Es geht dabei nicht nur um Unterstützung von Individuen, sondern auch um die Veränderung von Lebensbedingungen (2013, S. 19). Diesen Aspekt gilt es besonders hervorzuheben, da Kinder und Jugendliche sich häufig in Familiensystemen befinden, welche anfällig für Krisen und kritische Lebensereignisse wie familiäre Konflikte, Trennung oder Scheidung der Eltern sind. Kinder und Jugendliche sind diesen Belastungen oft schutzlos ausgeliefert. Es ist bedeutend für Fachkräfte der Sozialen Arbeit, in Krisen oder Übergängen, vielleicht ausgelöst durch eine Scheidung, das ganze Familiensystem einzubinden und Interventionen entsprechend zu planen. Das könnte bedeuten, mit den Eltern die veränderte Beziehung zu thematisieren, sie zu unterstützen zwischen der Paar- und Elternebene zu

unterscheiden oder eine Mediation zu empfehlen. Auch Schaub hebt als besonderes Merkmal von klinischer Sozialarbeit den familienorientierten Fokus hervor. Sozialarbeitende kennen die Auswirkungen, die Erziehungskompetenzen von Eltern auf Kinder und Jugendliche haben und können diese bearbeiten (2008, S. 22). Als Ergänzung zu den oben erwähnten familiären Rahmenbedingungen möchten die Autorinnen die Relevanz des Erziehungsstils von Eltern betonen. Diese ist für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wesentlich, da die Erziehung, wie in Kapitel 4.6.2 *Familiäre Schutzfaktoren* erläutert, einen bedeutenden Einfluss auf die Entwicklung der psychischen Gesundheit hat. Gelingt es der klinischen Sozialarbeit, Eltern in ihren Erziehungskompetenzen zu fördern und zu stärken, wirkt sich dies auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus.

Nach Pauls bilden für die klinische Sozialarbeit das Aufeinandertreffen und Zusammenwirken der inneren psychischen Dimension und der äusseren Realität den kritischen Bereich, der bearbeitet werden soll (2013, S. 20). Daraus ergeben sich für die klinische Sozialarbeit Aufgaben wie die Vernetzung und Kooperation des professionellen Netzwerkes der Adressatinnen und Adressaten (z.B. zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule), Unterstützung im Alltag (z.B. finanzielle Hilfe, Freizeitgestaltung) und Veränderung der sozialstrukturellen Dimension (z.B. Errichtung einer Besuchsrechtsbeistandschaft) (S. 23-24). Nach einem Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt es, den Übergang zurück in den Familien- und Schulalltag zu organisieren und die Nachsorge sicherzustellen. Dies erfordert eine sorgfältige Planung mit allen Betroffenen, eine gute Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen, beteiligten Institutionen und Kenntnisse über vorhandene Angebote in der Lebenswelt der Kinder, Jugendlichen und ihren Familien.

Um Interventionen in einem bio-psycho-sozialen Verständnis zu planen, sind nach Pauls alle drei Manifestationsebenen herauszuarbeiten, Zusammenhänge und Wechselwirkungen zu erfassen und in die Behandlung von erkrankten Menschen einfließen zu lassen und nicht lose nebeneinander zu behandeln (2013, S. 111). Die Ausführungen in Kapitel 3. *Bio-psycho-soziales Krankheits- und Gesundheitsmodell* beschreiben diesen wechselseitigen Prozess und Adler betont den multifaktoriellen Zusammenhang. Eine psychische Erkrankung von Kindern und Jugendlichen verläuft nicht in einem linearen Schema wie einem Wenn-Dann Muster (2014, S. 75). Die klinische Sozialarbeit in Kinder- und Jugendpsychiatrien soll erkennen, welche Auswirkungen familiäre Belastungen auf Kinder und Jugendliche haben, wie sich diese auf Verhalten und Leistung in der Schule, auf Interaktionen mit Peers auswirken und schlussendlich wieder die familiären Beziehungen beeinflussen. Das im vorhergehenden Kapitel behandelte Theoriekonzept der Lebensweltorientierung unterstützt die klinische Sozialarbeit darin, die verschiedenen Bereiche der Lebenswelt auszudifferenzieren, die Wechselwirkungen zu erkennen und zu bearbeiten. Adler führt weiter aus, dass Menschen lernfähig sind und dass die Wenn-Dann

Betrachtung diese Tatsache missachtet (2014, S. 83). Diese Erkenntnis ist für die Zusammenarbeit mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien bedeutsam und soll durch die klinische Sozialarbeit hervorgehoben werden und allen Beteiligten eine Perspektive und Hoffnung vermitteln.

Nach Schaub ist die Art und Weise, wie soziale Stressoren auf die Gesundheit einwirken, der klinischen Sozialarbeit bestens vertraut. Für ihn kann sie deshalb als Spezialdisziplin betrachtet werden, welche Benachteiligungen und soziale Ungleichheiten bearbeitet. Er führt weiter aus, dass die klinische Sozialarbeit innerhalb der Berufsgruppen des Sozial- und Krankheitsversorgungssystems die Auswirkungen von sozialen Stressoren auf die Gesundheit am besten kennt (2008, S. 21). Für den Autor ist denn auch die soziale Dimension gesundheitlicher Fragen eine bedeutende Eigenschaft von klinischer Sozialarbeit. Ziel dieser ist es, die psychologische und somatische Behandlung mit der sozialen Dimension zu ergänzen (S. 22). Pauls bestätigt diese Aussagen und weist auf den gut erforschten Umstand hin, wonach soziale Hilfe und psycho-soziale Integration wirksame Schutzfaktoren für psychische und physische Erkrankung sind und zu den besten Heilmitteln zählen. Bedauerlicherweise hat die soziale Dimension trotz der Erkenntnisse aus der Forschung im Gesundheitswesen noch immer nicht den ihr zustehenden Platz (2013, S. 23).

Die obengenannten Ausführungen lassen keinen Zweifel aufkommen, dass die klinische Sozialarbeit einen wichtigen Beitrag zum Füllen der Lücken in der Bearbeitung der sozialen Dimension in Kinder- und Jugendpsychiatrien leisten könnte. Soziale Benachteiligung, erschwerte Zugänge zu Bildungsmöglichkeiten, die komplexe Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen und ungenügende Erziehungskompetenzen von Eltern sind Aspekte, die in Kinder- und Jugendpsychiatrien ungenügend bearbeitet werden.

6. Schlussfolgerung

Im nächsten Kapitel arbeiten die Autorinnen die aus dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse heraus und fokussieren sich auf relevante Aspekte, um die Fragestellung zu beantworten. Ableitend daraus formulieren die Autorinnen Empfehlungen für eine Praxis, diskutieren Hypothesen, Grenzen sowie zukünftig notwendige Forschung und wagen nach ihrem Fazit einen Ausblick auf eine Kinder- und Jugendpsychiatrie von morgen.

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Anhand relevanter Literatur untersuchten die Autorinnen die soziale Dimension in Kinder- und Jugendpsychiatrien in einem bio-psycho-sozialem Verständnis. Ausgehend von diesen Erkenntnissen beantworten sie folgende Fragestellung:

„Wie kann die soziale Dimension in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem bio-psycho-sozialem Verständnis durch die Soziale Arbeit gestärkt werden und welche Empfehlungen lassen sich für eine Praxis ableiten?“

Die Bearbeitung der sozialen Dimension hat aufgezeigt, wie facettenreich und komplex diese ist, und dass die Beantwortung der Fragestellung im Rahmen einer Bachelor-Thesis nur begrenzt möglich ist. Zahlreiche Studien belegen den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und der sozialen Dimension. Aufgrund der theoretischen Bearbeitung und Auseinandersetzung der Themen in den Kapiteln 2 bis 5 haben die Autorinnen Faktoren herausgearbeitet, wie die soziale Dimension in Kinder- und Jugendpsychiatrien durch die Soziale Arbeit gestärkt werden könnte. Nachfolgend erläutern sie ihre Erkenntnisse.

Die Autorinnen erachten weiterführende Erforschung der sozialen Dimension und der Wirksamkeit von Interventionen als wesentlichen Faktor, um die wissenschaftliche Fundierung zu fördern und Theoriebildung zu ermöglichen. Angesichts des gesellschaftlichen Wandels und der zunehmend komplexen Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ist es bedeutend, durch Forschung bezüglich dieser Aspekte neue Erkenntnisse für eine wirksame Behandlung zu gewinnen. Damit sich das bio-psycho-soziale Modell in Kinder- und Jugendpsychiatrien etablieren und verankern kann, ist es notwendig, die verschiedenen Dimensionen des Modells und ihre Wechselwirkungen zu untersuchen und interdisziplinäre Forschung zu fördern. Weiter konnte aufgezeigt werden, dass zuverlässige Daten über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen notwendig sind, damit beispielsweise Lücken in der Versorgung erkannt werden.

Die Komplexität der sozialen Dimension zeigt deutlich auf, dass umfassendes Fachwissen über Themen wie Entwicklungs- und Familienpsychologie, gesellschaftliche Einflüsse und strukturelle Gegebenheiten notwendig ist. Die soziale Dimension wird in Kinder- und Jugendpsychiatrien

durch Fachkräfte der Sozialpädagogik, der Psychologie und der Pflege erfasst. Gewisse Risikofaktoren der sozialen Dimension, wie beispielsweise Armut, werden jedoch ungenügend bearbeitet. Die Tatsachen, dass ein Fünftel von Kindern und Jugendlichen armutsgefährdet sind, sowie die Ausführungen von Götz und Mansel zeigen die Bedeutung von Armut auf. Spezifisches Fachwissen könnte Fachkräfte darin unterstützen, Armut mit Kindern und Jugendlichen auszudifferenzieren und gezielt zu bearbeiten. Ableitend aus diesem Beispiel kann festgehalten werden, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit ohne umfassendes Fachwissen über die vielfältigen Faktoren der sozialen Dimension Kinder und Jugendliche mit ihren Familien nicht wirksam unterstützen können. Aspekte der Lebenswelt wie Wohnverhältnisse, Freizeitmöglichkeiten, lokale Angebote und Schulzugänge sollten systematisch erfasst werden. Es gilt, Faktoren und deren Einflüsse und Folgen auf Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen und in den Behandlungsprozess einfließen zu lassen. Weiter sind Aufklärung und Vermittlung von Informationen über psychische Krankheiten und ihre Zusammenhänge im Sinne von Psychoedukation für die ganze Familie bedeutend.

Die Ausbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit gilt es kontinuierlich anzupassen. Um den Nutzen der Sozialen Arbeit gegenüber anderen Berufsgruppen zu beanspruchen, muss diese ihre Aufgaben und Kompetenzen gut kennen. Der Gegenstand der Sozialen Arbeit ist deshalb von grosser Bedeutung und soll in der Ausbildung vermehrt thematisiert und die soziale Dimension höher gewichtet werden. Multiprofessionelles Wissen, Methodenkompetenz für Kooperation und Netzwerkarbeit mit anderen Disziplinen und Institutionen gilt es in der Ausbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit vertieft zu vermitteln. Diese Ausführungen bezüglich der Ausbildung beziehen sich auf die Erfahrungen, welche die Autorinnen während des Studiums an der Berner Fachhochschule gemacht haben.

Wie in Kapitel 2.5 *Finanzierungssystem der Leistungen in Kinder- und Jugendpsychiatrien* ausführlich beschrieben, setzt das Finanzierungssystem Fehlanreize zu Gunsten des stationären anstelle des ambulanten Settings. Eine adäquate Bezahlung der Vernetzungs- und Koordinationsarbeiten sowie die Aufnahme sozialtherapeutischer Leistungen in den Leistungskatalog ist anzustreben. Verschiedentlich wird deshalb eine Mischfinanzierung vorgeschlagen, welche diesem Missstand entgegenwirken könnte. Um das Finanzierungssystem zu verändern, bedarf es eines politischen Willens.

Die Geschichte zeigt, dass es immer wieder Vorstösse gab, die soziale Dimension in die Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen einzubeziehen, diese jedoch nicht verankert werden konnte. Nach Ansicht der Autorinnen ist es bedeutend, dass eine Bewegung auf mehreren Ebenen angestossen wird. Für Kinder- und Jugendpsychiatrien würde dies bedeuten, dass die soziale Dimension institutionalisiert wird und Rahmenbedingungen geschaffen

werden, welche die Implementierung sicherstellen. Dafür wurden durch die Autorinnen drei Empfehlungen für eine mögliche Praxis auf der Makro-, Meso- und Mikroebene ausgearbeitet. Diese werden im folgenden Kapitel dargelegt.

6.2 Empfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit

Die drei Empfehlungen zur Stärkung der sozialen Dimension werden in Abbildung 10 dargestellt. Diese werden top down in den Kapiteln 6.2.1 *Überarbeitung Finanzierung im Gesundheits- und Sozialwesen*, 6.2.2 *Ausbildung Soziale Arbeit* und 6.2.3 *Hausbesuch zur Erfassung der sozialen Dimension* erläutert.

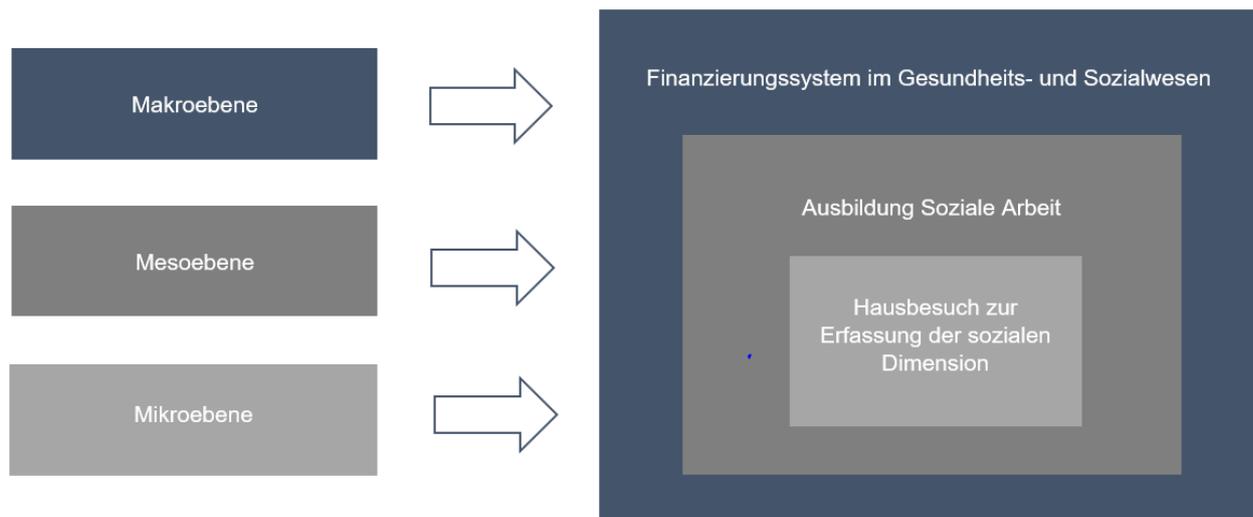


Abbildung 10. Empfehlungen auf der Makro-, Meso- und Mikro-Ebene.

6.2.1 Überarbeitung Finanzierung im Gesundheits- und Sozialwesen

Nach Hillmann beschäftigt sich die Makro-Ebene mit „grossen (gesamt)gesellschaftlichen Strukturen und Prozessen bis hin zu globalen Phänomenen“ (2007, S. 561). Die Autorinnen sehen für die aktuelle Unterdimensionierung des *Sozialen* ebenfalls strukturelle Ursachen und sind deshalb der Meinung, dass es für eine weitere Verankerung des bio-psycho-sozialen Modells in Kinder- und Jugendpsychiatrien einer Veränderung auf der Marko-Ebene im Gesundheits- und Sozialsystem bedarf. Die Empfehlung auf der Marko-Ebene lautet daher, das heutige Finanzierungssystem zu überarbeiten.

Dass das Finanzierungssystem des Gesundheitssystem einer Revision bedarf, ist keine neue Erkenntnis der Autorinnen, sondern ist bei Fachkräften und in der Politik unumstritten. Guggenbühl, Ettlín und Ruflin (2012, S. 36), Stocker et al. (2016, S. 77-78) und der Bundesrat nehmen die notwendige Überarbeitung in den Bericht Gesundheit2020 auf (2012, S. 5). Guggenbühl, Ettlín und Ruflin nennen weiter den politischen Willen als Motor für eine ganzheitliche und bedarfsorientierte Psychiatrie in der Zukunft (2012, S. 31). Die Autorinnen sehen das heutige System als strukturelle Ursache für die Unterbearbeitung des Sozialen in Kinder- und

Jugendpsychiatrien. Staub-Bernasconi betont, dass es in der Funktion der Sozialen Arbeit liegt, auf Missstände aufmerksam zu machen und sich aktiv an Prozessen zu beteiligen, die zur Lösung von sozialen Problemlagen beitragen (2012, S. 277). Die Soziale Arbeit ist nicht direkt an der Erarbeitung eines solchen Finanzierungssystems beteiligt, dessen sind sich die Autorinnen bewusst. Sie kann den Prozess jedoch durch weitere Forschung über soziale Zusammenhänge und Wirkungsmechanismen, durch Sensibilisierung und kontinuierliche Benennung vorhandener Mängel vorantreiben. Die aus Sicht der Autorinnen problematischen Punkte des Systems, die mitunter zu einer Unterbearbeitung der sozialen Dimension führen könnten, werden im Folgenden dargelegt.

Die historische Trennung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe wurde im Kapitel *1.1 Ausgangssituation* hergeleitet. Diese Trennung wird nicht nur in den Institutionen und Angeboten, sondern ebenfalls in deren Finanzierungssystemen sichtbar. Die Leistungen der ambulanten wie der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrien werden durch die Grundversicherung des Krankenversicherungsgesetzes abgedeckt und stationäre Aufenthalte zur Hälfte durch die Kantone mitgetragen. Die Umsetzung und Finanzierung der Kinder- und Jugendhilfe liegt gemäss Bundesrat in der Verantwortung der Kantone und Gemeinden (2012, S. 9). Das Angebot in der Kinder- und Jugendhilfe hat eine wichtige präventive oder unterstützende Wirkung für betroffene Familien. Die Ausgestaltung des Angebotes ist jedoch nach Stocker et al. kantonal sehr unterschiedlich und unterliegt einem starken Spardruck (2016, S. 72). Eine strikte Trennung dieser zwei Systeme im Bereich der psychischen Gesundheit ist deshalb aus Sicht der Autorinnen zunehmend schwierig und so müsste eine Mischfinanzierung gefunden werden, um individuelle Bedürfnisse im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien berücksichtigen zu können. Gerade in Bezug auf die Finanzierung von aufsuchenden Familienhilfen, welche einen lebensweltnahen Beitrag für betroffene Familien leisten könnten, müssen Eltern selbst die Kosten übernehmen. Der Sozialdienst übernimmt diese nur, wenn die Eltern dazu nicht in der Lage sind. Die Hürde für Familien, eine Kostenübernahme zu beantragen, ist gross und kann Ängste vor allfälligen Entscheiden einer Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde auslösen. Weiter besteht eine Abhängigkeit vom Entscheid der Gemeinde und so bleibt das Risiko, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung einer sozialpädagogischen Familienbegleitung aus Kostengründen vorgezogen wird. Solche Zugangsbarrieren sollten für betroffene Familien abgebaut werden, so dass das Angebot niederschwellig in Anspruch genommen werden kann. Bestenfalls könnte eine ambulante Therapie kombiniert mit einer sozialpädagogischen Familienhilfe einen stationären Aufenthalt abwenden. Stocker et al. gehen ebenfalls davon aus, dass stationäre Aufenthalte durch ein aufsuchendes Angebot wie Home Treatment ersetzt werden könnten (2016, S. 68). Das Home Treatment müsste individuell den Bedürfnissen der Kinder,

Jugendlichen und deren Familien angepasst und die Soziale Arbeit für den Blick auf die soziale Dimension integriert werden.

Der Wandel des Finanzierungssystems sollte nach Ansicht der Autorinnen weiter eine Gleichstellung der Finanzierung des ambulanten mit dem stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Angebot erreichen. Nach Guggenbühl, Ettlín und Ruffin begünstigt das heutige Finanzierungssystem stationäre Behandlungen, da diese von der Krankenkasse und vom Kanton getragen werden (2012, S. 5). Zudem sind die Tarife über TARMED für das ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Angebot für Kinder und Jugendliche zu tief angesetzt (S. 32). Dieser Fehlanreiz gegenüber dem ambulanten Angebot oder der Tagesklinik ist sehr bedenklich, zumal für Kinder und Jugendliche das ambulante Setting oftmals sinnvoller wäre. Kinder und Jugendliche könnten in ihrer Lebenswelt bleiben und hätten die Möglichkeit, erlernte Strategien zu Hause umzusetzen und Erfahrungen zu sammeln. Ausserdem würde das ganze Familiensystem mit Eltern und Geschwistern in den Prozess involviert. Das heutige Finanzierungssystem verhindert durch den Fehlanreiz einen weiteren Ausbau sowie ein ausdifferenziertes Angebot im ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich. Auch Guggenbühl, Ettlín und Ruffin empfehlen deshalb, die Finanzierung von ambulanten Leistungen zu überarbeiten (2012, S. 5).

In den Berichten zur Versorgungssituation wird weiter deutlich, dass wichtige Vernetzungs- sowie Koordinationsarbeiten in den Kinder- und Jugendpsychiatrien unterfinanziert sind (Stocker et al., 2016, S. 77-78). Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Erkrankung sowie ihre Familien bedürfen meist während und nach einem stationären Aufenthalt weiterer Therapien und Unterstützung. Hierfür braucht es Vernetzung, um weitere Anschlussmöglichkeiten, wie eine Tagesklinik oder ambulante Therapie, zu klären. Rücksprachen mit den Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden, mit Sozialdiensten oder Lehrpersonen sind weitere wichtige Vernetzungsaufgaben. Handelt es sich um junge Erwachsene, kommen zudem die Invalidenversicherung und potenzielle Arbeitgeber hinzu. Dieser Arbeit sollte nach Ansicht der Autorinnen in Anbetracht des Rehabilitationsprozess mehr Beachtung geschenkt werden. Die systemistische Theorie nach Staub-Bernasconi zeigt auf, dass die Arbeit mit der Person selbst nur eine Ebene ist, welche zur sozialen Problemlösung beiträgt. Weitere Akteure der vorliegenden Problematik sowie abweichungsregistrierende Kontrollinstanzen sind weitere Ansatzpunkte (2012, S. 275). Diese untereinander zu koordinieren und allenfalls zu mobilisieren bedeutet einen hohen zeitlichen Aufwand für Fachkräfte. Deshalb wird diese Arbeit in Erwachsenenpsychiatrien häufig von Sozialarbeitenden im Rahmen eines Case Managements übernommen. In Kinder- und Jugendpsychiatrien konnten solche Stellen durch die Autorinnen nicht gefunden werden. In Anbetracht des Mangels an Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern, welcher durch

Guggenbühl, Ettlín und Rufflin festgehalten wurde (2012, S. 5), könnte die Sozialarbeit bei Vernetzungs- und Koordinationsaufgaben die Ärzteschaft entlasten und so Ressourcen für die eigentliche Therapie mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien freilegen. Dies könnte, wie es sich in der Erwachsenenpsychiatrie bewährt hat, in Form eines Case Managements oder eines Sozialdienstes organisiert werden. Die finanziellen Ressourcen für die Sozialarbeitenden und für die Vernetzungsarbeit der anderen Fachkräfte müssten jedoch durch das Finanzierungssystem bereitgestellt werden.

Als letzter Punkt wollen die Autorinnen darauf hinweisen, dass sozialtherapeutische Leistungen im aktuellen Finanzierungssystem bei Kindern und Jugendlichen nicht abgedeckt sind (Guggenbühl, Ettlín & Rufflin, 2012, S. 35), und ganz allgemein fehlt die psychosoziale Unterstützung (Stocker et al., 2016, S. 75). Den Autorinnen ist bewusst, dass die Aufnahme sozialtherapeutischer Leistungen durch nicht-ärztliches Personal in den Katalog der Grundversicherung wiederum zum Anstieg der Kosten im Gesundheitssystem führt. Es stellt sich jedoch die Frage, ob solche Leistungen zu Gunsten der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen künftig finanziert werden sollten. Auch wenn dies kurzfristig einen Kostenanstieg im Gesundheitswesen zur Folge hätte, vermuten die Autorinnen längerfristig betrachtet einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit von vielen Kindern und Jugendlichen und dadurch eine Neutralisierung des Aufwands oder bestenfalls eine Kostensenkung bei kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen.

6.2.2 Ausbildung Soziale Arbeit

Die Meso-Ebene beschäftigt sich nach Hillmann mit sozialen Netzwerken und Organisationen (2007, S. 561). Die Autorinnen möchten auf dieser Ebene eine Empfehlung für die Ausbildung der Sozialen Arbeit formulieren. In der Schweiz bieten verschiedene Institutionen ein Studium der Sozialen Arbeit an und es sind unterschiedliche Ausbildungswege möglich. Ausgehend von eigenen Erfahrungen, die während des Studiums gemacht wurden, möchten die Autorinnen einige Überlegungen zu der Ausbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit darlegen. Die Empfehlung basiert auf der Ausbildung des Studiengangs Soziale Arbeit an der Berner Fachhochschule.

Die Bedeutung des sozioökonomischen Status mit seinen vielfältigen Facetten und wie sich diese auf die Lebenswelt der Adressatinnen und Adressaten auswirken, sollte während der Ausbildung umfassend vermittelt werden. Exemplarisch werden die Themen Armut und Migration angeführt. Studierende der Sozialen Arbeit, die während des Studiums das Modul Armut nicht besuchen, kommen mit diesem Thema selten in Berührung. Ein Thema wie Armut, welches angesichts der hohen Armutsquote in der Schweiz in den meisten Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit präsent ist, insbesondere auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, müsste nach Meinung der Autorinnen während des Studiums mehr Beachtung erhalten. Als weiteres Beispiel ist Migration zu nennen,

welche in der vorliegenden Arbeit näher bearbeitet wurde und sichtbar machte, dass Fachwissen und Erkenntnisse aus der Forschung notwendig sind, um wirksame Interventionen mit Betroffenen planen zu können. Um der sozialen Dimension in ihrer Komplexität gerecht werden zu können, müssten Themen wie diese im Studiengang der Sozialen Arbeit systematisch behandelt werden. Die soziale Dimension mit ihren konkreten Problemlagen sollte nach Ansicht der Autorinnen im Studiengang der Sozialen Arbeit umfassend vertieft und als Pflichtmodul eingeführt werden.

In den Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit und besonders in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind, bedingt durch die Mehrdimensionalität der Problemlagen der Betroffenen, viele verschiedene Berufe in den Behandlungsprozess eingebunden. Im Kapitel 2.4 *Multiprofessionalität und Kooperation* wurde dargelegt, dass dies von Fachkräften erfordert, über Wissen und Kompetenzen der Multiprofessionalität zu verfügen. Der Erfolg einer wirksamen Behandlung von Kindern und Jugendlichen hängt stark von der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen ab. Im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo die Medizin als Leitdisziplin gilt, ist die Soziale Arbeit besonders gefordert, ihren Nutzen zu beanspruchen (Bauer, 2018, S. 735). Pauls stellt fest, dass die psycho-soziale Behandlung kein sicherer Bereich ist, der einer Berufsgruppe zugeordnet werden kann und die Soziale Arbeit deshalb gefordert ist, Aufgaben der sozialen Dimension zu bestimmen und gegenüber anderen Berufsgruppen zu beanspruchen (2013, S. 24). Damit die soziale Dimension verstärkt berücksichtigt und von der Sozialen Arbeit bearbeitet wird, sind Fachkräfte nötig, die über Kompetenzen verfügen, in einem multiprofessionellen Umfeld den Nutzen ihrer Berufsgruppe nicht nur klar zu benennen, sondern diesen auch durchsetzen zu können. Merten weist darauf hin, dass in der Ausbildung Fertigkeiten vermittelt werden müssen, welche Fachkräfte in der interprofessionellen Zusammenarbeit befähigen und sich der Studiengang somit nicht nur auf spezifisches Wissen fokussieren darf (2015, S. 22). Schröder und Colla fordern in diesem Zusammenhang die akademische Ausbildung auf, die Kompetenzen und die Grenzen ihrer jeweiligen Disziplin zu vermitteln, da dies auch die Kooperation unter den Berufsgruppen fördert (2012, S. 36). Wenn Fachkräfte ihre je eigenen Grenzen und Kompetenzen kennen, führt dies eher zum Bewusstsein, Fachwissen aus anderen Disziplinen zu benötigen und fördert die Zusammenarbeit. Diese Ausführungen belegen die Bedeutung der fachlichen Kompetenzen für eine multiprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation, weshalb diese verstärkt in die Ausbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit einfließen sollten.

Das Basiswissen der verschiedenen Bezugswissenschaften, das während der Ausbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit vermittelt wird, erachten die Autorinnen als bedeutend. Die Wichtigkeit über theoretische Grundlagen der verschiedenen Fachgebiete zu verfügen, hat die vorliegende Arbeit sichtbar gemacht. Die Autorinnen halten jedoch fest, dass es für Fachkräfte

der Sozialen Arbeit unerlässlich ist, über vertieftes psychologisches Wissen zu verfügen, um psychische Krankheiten und ihre Entstehung zu verstehen, aber auch soziologische und gesellschaftliche Zusammenhänge zu erkennen. Die Ausführungen in Kapitel 5.4 *Klinische Sozialarbeit* verdeutlichen, dass die zunehmenden Belastungen und chronischen Erkrankungen von Adressatinnen und Adressaten von Fachkräften der Sozialen Arbeit erweiterte Fach- und Methodenkompetenzen, wie beispielsweise gesundheitspezifische, erfordern. Pauls weist in diesem Zusammenhang auf die Grenzen des generalistisch ausgerichteten Studienganges der Sozialen Arbeit hin (2013, S. 11). Es besteht die Gefahr, dass durch die Themenvielfalt eine vertiefte Bearbeitung zu kurz kommt. Die Autorinnen empfehlen deshalb eine geeignete Form der Aufnahme der klinischen Sozialarbeit im Grundstudium und im Weiterbildungsangebot zu prüfen.

Nach Ansicht der Autorinnen könnte durch die Auseinandersetzung und der fachlichen Vertiefung der sozialen Dimension der Gegenstand der Sozialen Arbeit für Studierende an Klarheit gewinnen und die Notwendigkeit gegenüber anderen Berufsgruppen dargelegt werden. Dies würde dazu beitragen, die Identität von Fachkräften der Sozialen Arbeit zu stärken und könnte diese unterstützen, selbstbewusst den Nutzen der Sozialen Arbeit gegenüber anderen Berufsgruppen zu beanspruchen.

6.2.3 Hausbesuch zur Erfassung der sozialen Dimension

Die Mikro-Ebene befasst sich mit Interaktionen zwischen zwei Individuen oder kleinen Gruppen (Hillmann, 2007, S. 561). Die Autorinnen sind der Meinung, dass die soziale Dimension durch institutionalisierte Hausbesuche in der Familie während des Psychatrieaufenthaltes gestärkt werden könnte. Diese Empfehlung auf der Mikro-Ebene wird nachfolgend hergeleitet und begründet.

Ein stationärer Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie ist für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Familienmitglieder sehr einschneidend und erfordert Anpassungsleistungen an die neue Situation. Für Kinder und Jugendliche ist eine psychische Erkrankung und eine daraus resultierende stationäre Therapie ein kritisches Lebensereignis und geht mit einer temporären Trennung der Eltern, einer veränderten Tagesstruktur, anderen Abläufen sowie fremden Bezugspersonen einher. In den Vorgesprächen und bei Eintritt in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Fachkräfte aller Disziplinen gefordert, eine Diagnostik anhand der vorhandenen Symptome, Verhaltensweisen und Deutungen in einem bio-psycho-sozialen Verständnis zu stellen, um so einen Behandlungs- resp. Interventionsplan für die Dauer der Therapie aufzustellen. Die Autorinnen sehen in Hausbesuchen die optimale Lösung, um einerseits die soziale Dimension von Kindern und Jugendlichen zu erfassen und andererseits diese im interdisziplinären Arbeitsfeld zu stärken. Dieser Hausbesuch sollte systematisch sowie zeitnah bei Eintritt in die Psychiatrie erfolgen und durch die Soziale Arbeit durchgeführt werden. Der Besuch

in der Familie ermöglicht einen Einblick in die Lebenswelt der betroffenen Kinder oder Jugendlichen. Die Interaktion der Fachkraft mit allen Familienangehörigen soll Vertrauen für die kommende Zusammenarbeit schaffen und Kindern und Jugendlichen den Eintritt in die Institution vereinfachen. Ganz im Sinne der Lebensweltorientierung soll nach Thiersch, Grunwald und Köngeter der Raum genauer betrachtet werden, in dem die Kinder oder Jugendlichen eingebettet sind (2012, S. 187). Dazu gehören das Wohnquartier, die Wohnsituation der Familie sowie das Zimmer der Kinder oder Jugendlichen. Die Wohnlage, die Einrichtung der Wohnung, die Ausgestaltung des Kinder- oder Jugendzimmers, vorhandene Instrumente oder Freizeitaktivitäten sind alles wichtige Eindrücke und lassen Schlussfolgerungen auf die sozioökonomische Situation der Familie und einer allfälligen Betroffenheit von Armut zu. Während eines Hausbesuchs sind als weitere Dimension der Lebensweltorientierung nach Thiersch, Grunwald und Köngeter (2012, S. 187) soziale Beziehungen durch Gespräche in Erfahrung zu bringen. Diese wiederum lassen Rückschlüsse auf das soziale Kapital nach Bourdieu (2012, S. 238) sowie auf die Verteilungsstruktur der vorhandenen Kapitalien (S. 229) zu. Eine Mitgliedschaft bei einem lokalen Verein gibt der Fachkraft nicht nur einen Hinweis auf das vorhandene soziale Beziehungsnetz, sondern wäre ausserdem als Ressource zu erfassen. Das Erleben, die Gestaltung und die Struktur des Alltags können vor Ort mit der Familie besprochen und konkrete Abläufe wie beispielsweise eine gemeinsame Mahlzeit miterlebt werden. Diese Betrachtung der Zeit nach Thiersch, Grunwald und Köngeter (2012, S. 187) zusammen mit der Beobachtung der Interaktion innerhalb der Familie lässt durch die Fachkraft Rückschlüsse auf die Erziehungskompetenzen der Eltern und auf die Beziehung zu den Geschwistern zu. Ganz im Sinne einer systemistischen Arbeitsweise nach Staub-Bernasconi würden zur Lösung der sozialen Problemlagen weitere Akteure des Systems (2012, S. 275) wie die Familie in die Behandlung der psychischen Erkrankung des Kindes oder Jugendlichen eingebunden. Erste Deutungsmuster der Familienmitglieder können erfasst werden und zu Hypothesen über vorhandene Mechanismen im System Familie führen. Für einen Wandel des Systems bedarf es in einem ersten Schritt die Identifikation dieser Mechanismen, damit diese in einem zweiten Schritt während der stationären Therapie weiter aufgenommen und bearbeitet werden können. Weiter bietet ein Hausbesuch die Möglichkeit, involvierte Systeme wie Peers, Hobby, Nachbarschaft oder Schule zu erfassen.

Der Hausbesuch hat weiter zum Ziel, Ressourcen sowie Risiko- und Schutzfaktoren der Kinder und Jugendlichen gezielt zu erkennen und zu erfassen, um diese während des stationären Aufenthaltes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu bearbeiten. Eine Stärkung dieser Schutzfaktoren und Ressourcen könnte nach einem stationären Aufenthalt im Sinne der Salutogenese und Resilienz die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen positiv beeinflussen.

Die Autorinnen gehen davon aus, dass die Institutionalisierung eines Hausbesuches mit einer Stärkung der sozialen Dimension einhergeht. Eine Implementierung des Hausbesuchs geht auf der institutionellen Ebene mit einer bewussten Entscheidung der Führungspersonen einher. Die gesprochenen Ressourcen und die Haltung der Leitung würden direkt das *Soziale* in der Institution stärken. Innerhalb des multiprofessionellen Teams würden die zusammengetragenen Erkenntnisse in Fallbesprechungen zu einer stetigen Sensibilisierung für die soziale Dimension und somit zu einer stärkeren Gewichtung führen. Zudem müsste ein Einfließen der Erkenntnisse in die Diagnostik und Interventionsplanung gewährleistet sein. Eine Systematisierung sehen die Autorinnen als zentral, denn nur so kann gewährleistet werden, dass das *Soziale* bei Kindern und Jugendlichen die nötige Beachtung erhält und nicht aus dem Blick fällt.

6.3 Zusammenfassung der Erkenntnisse

Auf der nachfolgenden Seite werden die gewonnenen Erkenntnisse, wie die soziale Dimension in einem bio-psycho-sozialen Verständnis in Kinder- und Jugendpsychiatrien gestärkt werden könnte, zusammengefasst. Die Ergebnisse aus der Beantwortung der Fragestellung und der Empfehlungen werden in Abbildung 11 visuell dargestellt.

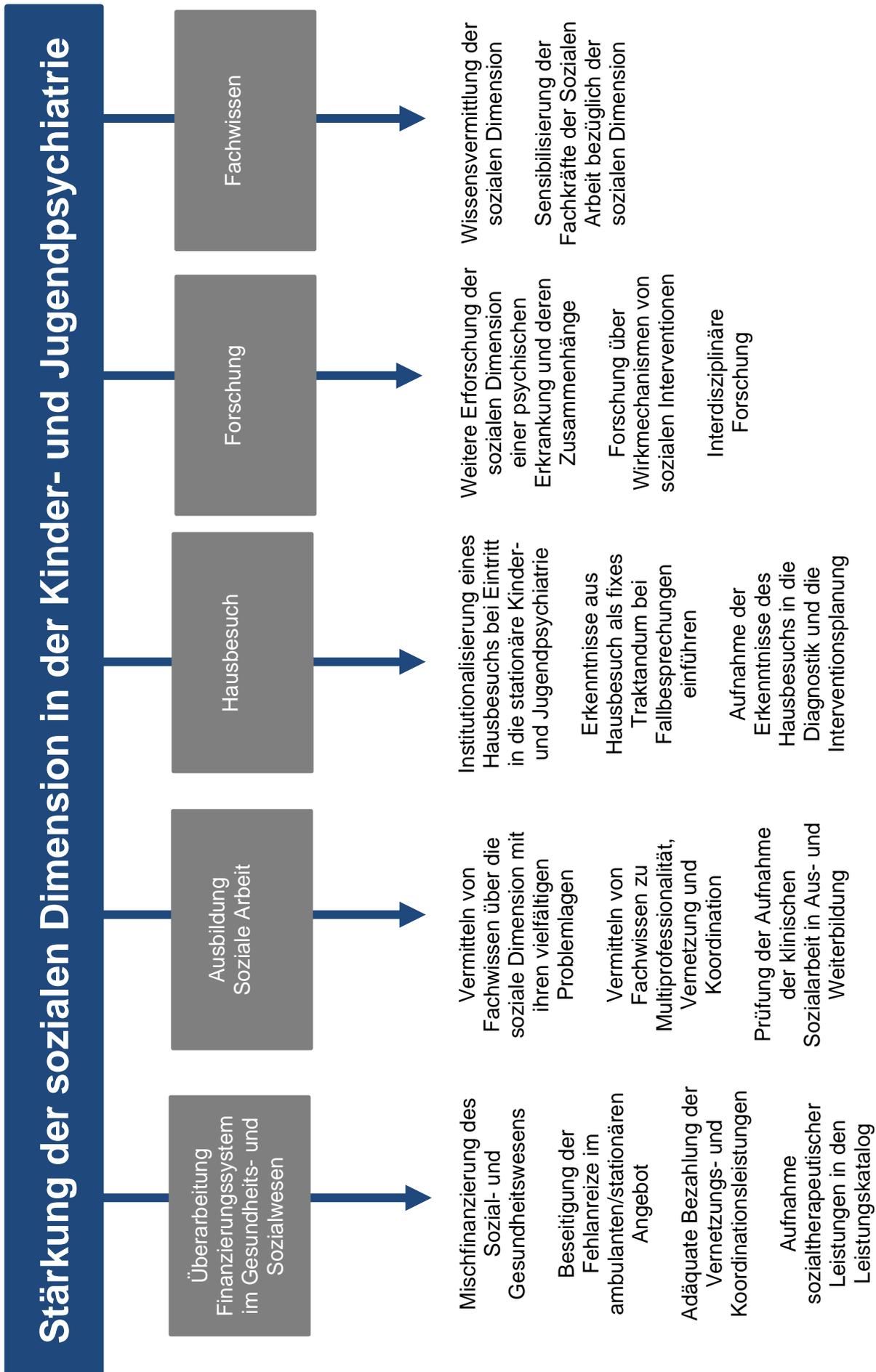


Abbildung 11. Faktoren zur Stärkung der sozialen Dimension

6.4 Diskussion

Im Rahmen dieser Bachelor-Thesis konnte die Relevanz der sozialen Dimension in einem bio-psycho-sozialen Verständnis für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aufgezeigt und mit Studien aus der aktuellen Forschung belegt werden. Die Analyse der Versorgungslage, der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz sowie die multiprofessionelle Zusammensetzung in Kinder- und Jugendpsychiatrien hat unsere Hypothese, dass das *Soziale* bei einer psychischen Erkrankung bedeutend ist und entsprechend ihrer Relevanz ungenügend bearbeitet wird, bedauerlicherweise bestätigt. Dies erstaunt in Anbetracht der Tatsache, dass in Kinder- und Jugendpsychiatrien das bio-psycho-soziale Krankheits- und Gesundheitsmodell nach Ansicht vieler Fachkräfte implementiert ist. Diese Arbeit konnte weiter aufzeigen, wie vielfältig die soziale Dimension durch die Soziale Arbeit gestärkt werden könnte. Davon abgeleitet wurden drei Empfehlungen für eine Praxis formuliert. Den Autorinnen ist bewusst, dass die Empfehlungen nicht gänzlich neu sind. Sie zeigen jedoch den Bedarf und konkrete Ansätze auf, um die soziale Dimension in diesem spezifischen Arbeitsfeld auf der Makro-, Meso- und Mikro-Ebene zu stärken. Der Nutzen dieser Thesis liegt in der Aufarbeitung der sozialen Dimension von Kindern und Jugendlichen, welche von einer psychischen Erkrankung betroffen sind sowie in den resultierenden Empfehlungen für die Praxis und der Stärkung der Position der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Autorinnen sind überzeugt, dass die Soziale Arbeit einen Beitrag zur Bearbeitung der sozialen Dimension leisten und in multiprofessionellen Teams ergänzend zur Sozialpädagogik die Sozialarbeit einen Mehrwert bieten könnte.

Von weitergehendem Interesse ist die Frage, warum sich die soziale Dimension in Kinder- und Jugendpsychiatrien bis heute nicht angemessen durchgesetzt hat. Die Autorinnen haben in diesem Zusammenhang mögliche Hypothesen aufgestellt, die nachfolgend kurz diskutiert werden.

Diffusion der Verantwortung aufgrund der unklaren Zuordnung des Sozialen: Psychiaterinnen und Psychiater, Psychologinnen und Psychologen, Pflegepersonal wie auch Fachkräfte der Sozialen Arbeit bearbeiten innerhalb ihrer Tätigkeiten soziale Aspekte. Die Autorinnen schlussfolgern daraus, dass durch Überschneidungen der Aufgaben und der unklaren Zuordnung des Sozialen ein Auftragsproblem in Kinder- und Jugendpsychiatrien vorhanden ist. Die Integration des Sozialen in allen Disziplinen führt nach Ansicht der Autorinnen deshalb zu einer Verwässerung der Verantwortung, wodurch in deren Bearbeitung Lücken entstehen können. Nach Stocker et al. geben 90% der Psychiaterinnen und Psychiater in ihrer Studie an, überlastet zu sein (2016, S. 51). Dies würde dafürsprechen, den Status quo aufzubrechen, Aufgabengebiete zu definieren und den entsprechenden Berufsgruppen zuzuordnen. Die Klärung des Auftrags schafft für Fachkräfte

verbindliche Zuständigkeiten sowie Verantwortlichkeiten und für Kinder, Jugendliche und deren Familien themenspezifische Ansprechpersonen.

Interdisziplinarität als Grundsatz oder Mythos: In Kinder- und Jugendpsychiatrien ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit, wie in Kapitel 2.4 *Multiprofessionalität und Kooperation* dargelegt, etabliert. Nach Ansicht der Autorinnen droht der Begriff der Interdisziplinarität zu einer Floskel zu verkommen und wird in der Praxis verschieden verstanden und umgesetzt. Die je eigenen fachlichen Logiken und Perspektiven der Disziplinen führen zu unterschiedlichen Handlungsweisungen. Das fehlende Verständnis für andere Disziplinen kann den jeweiligen Blick einengen und das Bewusstsein der Notwendigkeit einer Zusammenarbeit einschränken. Die Komplexität des *Sozialen* bedingt jedoch, dass Multiprofessionalität institutionalisiert wird und in Prozessen sichtbar ist. Für eine ganzheitliche Behandlung in Kinder- und Jugendpsychiatrien bedarf es ein Ineinandewirken der verschiedenen Berufsgruppen, was ein kontinuierliches Aushandeln und Abstimmen erfordert. Damit Multiprofessionalität in Kinder- und Jugendpsychiatrien gelebt wird, sind zeitliche und personelle Ressourcen bereit zu stellen.

Dominanz der biologischen Dimension zur Reduktion der Komplexität des Sozialen: Die medizinische Betrachtungsweise einer psychischen Erkrankung dominiert gegenüber der sozialen Dimension. Guggenbühl, Ettlín und Ruffin nennen als Beispiel den Kanton Basel-Stadt, dessen Psychiatrien sich von den sozialen Versorgungsangeboten trennen und wieder in Richtung stärkerer Gewichtung der Somatik gehen (2012, S. 20). Die Autorinnen finden dies bedenklich, zumal psychische Erkrankungen multifaktoriell verursacht sind und es sich bei psychiatrischen Diagnosen um normabweichendes Verhalten handelt. Deshalb ist es nach Ansicht der Autorinnen zwingend notwendig, gesellschaftliche Einflüsse wie im Kapitel 4.1 *Gesellschaftlicher Wandel* dargelegt miteinzubeziehen und zu bearbeiten. Eine Fokussierung auf die biologische Dimension und eine medikamentöse Behandlung sind sicherlich einfacher umzusetzen als eine zeitintensive Bearbeitung des Sozialen. Die Wirkungsweise von Medikamenten ist wissenschaftlich erwiesen, gesellschaftlich verankert und akzeptiert, im Gegensatz zu wenig erforschten Wirkmechanismen sozialer Interventionen. Hinzu kommt, dass die Bearbeitung der sozialen Dimension des ganzen Systems wie beispielsweise Familie und Schule bedarf und eine Bereitschaft aller Beteiligten voraussetzt. Pauls erwähnt in diesem Zusammenhang, dass die Reduktion auf das Biologische zugleich ein Wunsch nach Vereinfachung des Lebens ist (2013, S. 37). Stocker et al. weisen zudem darauf hin, dass der hohe Zeitaufwand für Eltern zum vorzeitigen Behandlungsabbruch führen kann. So sehen 66% der befragten Kinder- und Jugendpsychiaterinnen den Zeitaufwand für betroffene Personen als zu hoch und sehen darin eine Zugangshürde bei der Inanspruchnahme einer psychiatrischen Behandlung (2016, S. 49). Die soziale Dimension ist bedeutend für Kinder und Jugendliche. Die Bearbeitung dieser kann aus der Perspektive der

Eltern eine Herausforderung oder gar eine Überforderung darstellen. Ähnlich sehen die Autorinnen die Problematik bei der Thematik der Erziehung. Die Erziehung ist verbunden mit Werten und Normen und beinhaltet zudem eigene Erfahrungen. Die Bearbeitung des eigenen Erziehungsstils verlangt deshalb von den Eltern die Bereitschaft, sich auf diesen Prozess einzulassen und die Kompetenz, sich selbst und das eigene Verhalten zu reflektieren. Die Autorinnen sehen in der Überdimensionierung des Biologischen einen Versuch aller Beteiligten, die komplexe Bearbeitung des Sozialen zu umgehen.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine theoretische Untersuchung der sozialen Dimension und deren Umsetzung in Kinder- und Jugendpsychiatrien. Die Empfehlungen der Autorinnen basieren auf den Erkenntnissen der bestehenden Literatur. Die Datenlage in der Schweiz zu psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen weist Lücken auf und erschwerte den Autorinnen verlässliche Aussagen über die aktuelle Situation, weshalb auf ältere Studien zurückgegriffen werden musste. Es ist zudem zu beachten, dass sich die Recherche in Bezug auf die multiprofessionelle Zusammensetzung der Behandlungsteams in Kinder- und Jugendpsychiatrien auf grosse Institutionen in der Deutschschweiz beschränkte und nicht systematisch erfolgte. Generelle Aussagen für die ganze Schweiz sind daher mit Vorsicht zu betrachten. Erschwerend kam hinzu, dass die Autorinnen bis anhin nicht im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig waren und deshalb teilweise wichtige Bezüge zur Praxis fehlen. Dies zeigte den Autorinnen die Grenzen einer reinen theoretischen Bearbeitung der Thematik auf.

Aus dieser theoretischen Untersuchung konnten erste Erkenntnisse zur Relevanz und Unterdimensionierung des Sozialen in Kinder- und Jugendpsychiatrien gewonnen werden. Um weitere Aussagen über die konkrete Implementierung der sozialen Dimension in Institutionen machen zu können, wären weitere Studien nötig. Mittels Erhebung

- der multiprofessionellen Zusammensetzung der Behandlungsteams,
- der den Disziplinen zugrundeliegenden Aufträge,
- der konkreten Prozessabläufe bezüglich Diagnostik, Interventionsplanung, Nachsorge sowie
- der Evaluation der gesamten Behandlung

könnten weitere relevante Daten erhoben und die Implementierung des Sozialen in Institutionen noch genauer untersucht und mögliche Mängel identifiziert werden. Die unterschiedlichen Perspektiven, die die verschiedenen Disziplinen auf das Soziale einnehmen, sollten zusammenfliessen und für transdisziplinäre Forschung genutzt werden.

6.5 Fazit und Ausblick

Diese Arbeit konnte nach Meinung der Autorinnen die Relevanz der sozialen Dimension einer psychischen Erkrankung von Kindern und Jugendlichen herausarbeiten und anhand theoretischer Wissensbestände begründen. Die Auseinandersetzung mit der sozialen Dimension verdeutlicht deren Ausmass, Komplexität und vielfältigen Aspekte. Die untersuchten Studien zur Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen in der Schweiz weisen Mängel in der Vernetzung, der Koordination zwischen den Schnittstellen und der Nachsorge aus. Ausserdem lässt sich schlussfolgern, dass die Soziale Arbeit in den interdisziplinären Behandlungsteams nur marginal in Form der Sozialpädagogik vertreten ist. Die Sozialpädagogik und Fachkräfte der Psychiatrie und der Psychologie erfassen die soziale Dimension der Kinder, Jugendlichen und ihre Familien, können dies aber mit den aktuell vorhanden personellen sowie finanziellen Ressourcen nur unzureichend bearbeiten.

Die Autorinnen können für die Soziale Arbeit vielfältige Ansatzpunkte zur Stärkung der sozialen Dimension in Kinder- und Jugendpsychiatrien identifizieren. So ist in der Ausbildung Fachwissen zur sozialen Dimension, Multiprofessionalität und Vernetzung stärker zu gewichten. Zudem ist es bedeutend, dass Forschung gefördert und das heutige Finanzierungssystem angepasst wird. Das bio-psycho-soziale Modell konnte sich bis heute nicht etablieren und die Autorinnen folgern daraus, dass die Implementierung deshalb top down und systematisch erfolgen sollte. Im Fokus der Überlegungen steht deshalb, dass Veränderungen auf verschiedenen Ebenen angestossen werden müssen. Dafür werden von den Autorinnen Empfehlungen auf der Makro-, Meso- und Mikro-Ebenen formuliert. Damit die soziale Dimension optimal gestärkt werden kann, bedarf es auf gesellschaftlicher Ebene einer Umgestaltung des Finanzierungssystems, institutionell einer Anpassung der Ausbildung der Sozialen Arbeit und auf individueller Ebene der Implementierung eines Hausbesuches durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit.

Die bearbeitete Literatur macht darauf aufmerksam, dass die Ebene der Prävention mehr Gewicht erhalten sollte. Ambulante Angebote für Kinder, Jugendliche und deren Familien sind auszubauen und bezüglich der Thematik der psychischen Gesundheit zu spezialisieren. Dies bedeutet die Vermittlung von Informationen und die Schaffung von niederschweligen Beratungs-, und Behandlungsangeboten. Dadurch würden sich Zugangshürden für Betroffene und ihre Familien abbauen lassen. Nach Stocker et al. tragen aufsuchende Angebote wie Home-Treatment, mobile Equipen oder aufsuchende Familienbegleitungen massgeblich zur Verbesserung der Behandlung bei und sind zu fördern (2016, S. 68). Die Autorinnen sehen insbesondere im Ausbau von Erziehungshilfen eine Chance, betroffene Kinder, Jugendliche und ihre Familien zu unterstützen und Eltern in ihren Erziehungskompetenzen zu fördern. Die Soziale Arbeit ist gefordert, sich zu positionieren und sich für präventive und ambulante Angebote stark zu machen und diese aktiv

mitzugestalten. Mit der Schaffung dieser Angebote rückt die soziale Dimension zunehmend in den Blickwinkel, da niederschwellige Angebote die Lebenswelt der Familien und ihre involvierten Systeme miteinbeziehen. Dies beinhaltet, dass die Soziale Arbeit bei der Ausgestaltung der Angebote einen kritischen Blick auf gesellschaftliche Einflüsse richtet und deren Auswirkungen auf die soziale Dimension von Kindern, Jugendlichen und Familien erkennt und in den Interventionen berücksichtigt. Haemmerle weist in seiner Studie auf die Gefahr hin, dass die „Kinder- und Jugendpsychiatrie instrumentalisiert werden könnte zur „Behandlung“ gesellschaftlich bedingter Probleme und Aufgaben“ (2007, S. 5). Daher ist es wichtig sicherzustellen, dass strukturell bedingte Problemlagen nicht auf Kinder, Jugendliche und ihre Familien übertragen und individualisiert, sondern jeweils im gesellschaftlichen Kontext betrachtet werden.

Die Autorinnen möchten diese Arbeit gerne mit einer Zukunftsvision einer Kinder- und Jugendpsychiatrie abschliessen. Bevor es zu einem Eintritt in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt, hat die Familie idealerweise ein ambulantes Angebot in Form einer Beratung und Therapie in Anspruch genommen. Kann die Situation mit den eingeleiteten Interventionen nicht verbessert werden, werden Kinder und Jugendliche und ihre Familien an eine Kinder- und Jugendpsychiatrie verwiesen. Während des Klinikaufenthaltes werden im Behandlungsprozess die biologische, psychologische und soziale Dimension der psychischen Erkrankung in der Diagnose und Interventionsplanung gleichwertig berücksichtigt und die nötigen personellen Ressourcen der verschiedenen Berufsgruppen bereitgestellt. Die Familie wird zu Hause besucht, in den Therapie-Alltag eingebunden und involvierte Systeme werden identifiziert, berücksichtigt und mitbearbeitet. Der Fokus während des gesamten Aufenthaltes liegt auf Kindern, Jugendlichen und ihren Familien und orientiert sich an deren Lebenswelt und berücksichtigt die vorhandenen strukturellen Rahmenbedingungen. Den Bedürfnissen von Jugendlichen wird im Zusammenhang mit der Identitätsentwicklung sowie dem Berufseinstieg im Angebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie Rechnung getragen. Ein spezielles Augenmerk liegt in der Gestaltung der Übergänge. Diese sind alters- und kindgerecht gestaltet und berücksichtigen längerfristige sowie lebensweltnahe Anschlusslösungen. Der Prävention, der Vernetzung und der Nachsorge wird grösste Aufmerksamkeit geschenkt und ein Sozialdienst, der sich am Konzept der klinischen Sozialarbeit orientiert, ist fester Bestandteil der Kinder- und Jugendpsychiatrien. Die Empfehlungen der Autorinnen würden den Prozess für diese Vision anstossen und die ganzheitliche Betrachtung von Kindern und Jugendlichen mit ihren Familien in einem bio-psycho-sozialen Verständnis stärken.

Literaturverzeichnis

- Adler, Rolf H. (2014). *Von der Biomedizin zur biopsychosozialen Medizin*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Aebi, Stefan. (2018). *Aktuelle Positionen und Anliegen zu EFAS* [Website]. Abgerufen von <https://www.psychiatrie.ch/fmpp/efas-positionen-1372018/>
- Alexander, Franz & Selesnick, Shedon. (1966). *The History of Psychiatry*. Great Britain: Photolithography Unwin Brothers.
- Amato, Paul R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1269-1287.
- Ambord, Simone, Eichenberger, Yvonne & Delgrande Jordan, Marina. (2020). *Gesundheit und Wohlbefinden der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz im Jahr 2018 und zeitliche Entwicklung - Resultate der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC)* [PDF]. Abgerufen von <https://www.hbsc.ch>
- Antonovsky, Anton. (1997). *Salutogenese – zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Avenir Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz – Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Avenir Social.
- Bauer, Petra. (2018). Multiprofessionalität. In Gunther Grasshoff, Anna Renker & Wolfgang Schröder (Hrsg.), *Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung* (S. 727-739). doi: 10.1007%2F978-3-658-15666-4_50
- Bauer, Ullrich, Heitmann, Dieter, Reinisch, Anke & Schmuhl, Anke. (2010). Welche Belastungen erfahren Kinder psychisch erkrankter Eltern? *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 30(3), 265-279.
- Bender, Doris & Lösel, Friedrich. (1997). Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*, 20, 661-678.
- Beyer, Beatrix & Rohner, Barbara. (2016). TARPSY 1.0: Das neue Tarifsysteem für die stationäre Psychiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung*, 97(41), 1404-1406.
- Borrell-Carriò, Francesc, Suchman, Anthony & Epstein, Ronald. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582.

- Bourdieu, Pierre. (2012). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In Ulrich Bauer, Uwe H. Bittlingmayer & Albert Scherr (Hrsg.), *Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie* (S. 229-242). doi:10.1007/978-3-531-18944-4
- Brückner, Burkart. (2015). *Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie* (2. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Bürgin, Dieter & Steck, Barbara. (2008). *Resilienz im Kindes- und Jugendalter*. doi: 10.4414/sanp.2008.02002
- Bundesamt für Gesundheit. (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch>
- Bundesamt für Gesundheit. (2020a). *Krankenversicherung: Spitalbehandlung* [Website]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2020b). *Tarifsystem SwissDRG* [Website]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/Tarifsystem-SwissDRG.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2020c). *Ärztliche Psychotherapie* [Website]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Aerztliche-Psychotherapie.html>
- Bundesamt für Statistik. (2020). *Armutsgefährdung nach verschiedenen soziodemografischen Merkmalen* [Website]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.11467882.html>
- Bundesrat. (2012). *Gewalt und Vernachlässigung in der Familie: notwendige Massnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der staatlichen Sanktionierung* [PDF]. Abgerufen von <https://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/27305.pdf>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2002). *Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bzga.de>
- Bunge, Mario. (2010). Soziale Mechanismen und mechanische Erklärungen. *Berlin Journal für Soziologie*, 20, 371-381.

- Buttner, Peter. (2018). Der Stellenwert des Biologischen in der biopsychosozialen Diagnostik. *Klinische Sozialarbeit*, 14(3), 13-15.
- Darling, Nancy. (1999). *Parenting Style and Its Correlates*. Abgerufen von <https://www.eric.ed.gov>
- Di Francesco, Roman, Durrer, Laura, Kobelt, Emilienne, Kronenberg, Philipp & Ruchti Anja. (2019). *Symptombelastung und freiheitsbeschränkende Massnahmen, stationäre Psychiatrie Kinder und Jugendliche, Nationaler Vergleichsbericht, Messung 2018* [PDF]. Abgerufen von <https://www.anq.ch>
- Diethelm, Karl. (2013). Sozialpädagogik und Psychiatrie – Abgrenzung oder Kooperation? *Integras Thema*, 11, 1-2.
- EDA. (2017). *Gesundheitssystem* [Website]. Abgerufen von <https://www.eda.admin.ch/aboutswitzerland/de/home/wirtschaft/soziale-aspekte/gesundheitssystem.html>
- Egger, Josef W. (2008). Grundlagen der „Psychosomatik“ – Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. *Psychologische Medizin*, 19, 12-22.
- Egger, Josef W. (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell*. doi:10.1007/978-3-658-06803-5_3
- Egger, Josef W. (2018). Das biopsychosoziale Modell. *Schweizerische Ärztezeitung*, 99(35), 1156-1158.
- Engel, Georg L. (1970). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit – ein Lehrbuch für Ärzte, Psychologen und Studenten*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Engel, George L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(3), 129-136.
- Ezzell, Cora E. (2000). The relationship of social support to physically abused children's adjustment. *Child Abuse & Neglect*, 24(5), 641-651.
- Fegert, Jörg M. & Resch, Franz. (2012). Risiko, Vulnerabilität, Resilienz und Prävention. In Jörg M. Fegert, Christian Eggers & Franz Resch (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 131-142). Berlin: Springer-Verlag GmbH.
- Fehr, Rainer, Hornberg, Claudia & Wichmann, Heinz-Erich. (2016). Umwelt und Gesundheit. In Klaus Hurrelmann & Oliver Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (6. Aufl., S. 573-608). Weinheim: Beltz Juventa.

- Gahleitner, Silke. (2012). Klinische Sozialarbeit. In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 90-109). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.
- Gamper, Markus. (2010). Netzwerktheorie(n) – Ein Überblick. In Christian Stegbauer & Roger Häussling (Hrsg.), *Handbuch Netzwerkforschung* (S. 49-64). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Geiger, Katharina Ingrid & Razum, Oliver. (2016). Migration und Gesundheit. In Klaus Hurrelmann & Oliver Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (6. Aufl., S. 609-637). Weinheim: Beltz Juventa.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion Bern. (2019). *Berichterstattung Wirtschaftliche Hilfe 2018* [PDF]. Abgerufen von https://www.gef.be.ch/gef/de/index/soziales/soziales/sozialhilfe/sozialinspektion.assetref/dam/documents/GEF/SOA/de/Soziales/Publikationen/Bericht_wirtschaftliche_Hilfe_2018_de.pdf
- Giddens, Anthony. (2012). *Entfesselte Welt. Wie die Globalisierung unser Leben verändert* (4. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Götz, Thomas. (2016). Herausforderung Familienarmut. In Hermann Elgeti, Matthias Albers & Marc Ziegenbein (Hrsg.), *Armut behindert Teilhabe - Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie. Hart am Wind – Band 2* (S. 60-79). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Guggenbühl, Lisa, Ettl, Ricarda & Ruffin, Regula. (2012). *Schlussbericht Bundesamt für Gesundheit - Zukunft Psychiatrie: Kantonale Psychiatriekonzepte und ihre Umsetzung* [PDF]. Abgerufen von <https://www.npg-rsp.ch>
- Häfner, Steffen, Franz, Matthias, Lieberz, Klaus & Schepank, Heinz. (2001). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung. *Psychotherapeut*, 46, 403-308.
- Haemmerle, Patrick. (2007). *Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz: Ist-Zustand und Perspektiven* (Unveröffentlichte Master-Thesis). Universitäten Basel, Bern und Zürich – Interuniversitärer Studiengang Public Health: Zürich.
- Hantel-Quitmann, Wolfgang. (2015). *Klinische Familienpsychologie. Familien verstehen und helfen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Haushofer, Johannes & Fehr, Ernst. (2014). On the psychology of poverty. *In Science*, 344, 822-829.

- Hennig, Marina. (2010). Soziales Kapital und seine Funktionsweisen. In Christian Stegbauer & Roger Häussling (Hrsg.), *Handbuch Netzwerkforschung* (S. 177-192). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heyer, Lea, Hollweg, Carolyn, Karic, Senka & Maack, Linda. (2019). Multiprofessionalität weiterdenken – das Neue, das Andere, das Soziale. In Senka Karic, Lea Heyer, Carolyn Hollweg & Linda Maack (Hrsg.), *Multiprofessionalität weiterdenken. Dinge, Adressat*innen, Konzepte* (S. 9-20). Weinheim: Beltz Juventa.
- Hillmann, Karl-Heinz. (2007). *Wörterbuch der Soziologie*. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Hinterhuber, Hartmann & Meise, Ullrich. (2008). Keine moderne Psychiatrie ohne Sozialpsychiatrie. *Neuropsychiatrie*, 22(3), 148-152.
- Hollstein, Betina. (2007). Sozialkapital und Statuspassagen – Die Rolle von institutionellen Gatekeepern bei der Aktivierung von Netzwerkressourcen. In Jörg Lüdicke & Martin Diewald (Hrsg.), *Soziale Netzwerke und soziale Ungleichheit* (S. 53-84). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jungbauer-Gans, Monika & Kriwy, Peter. (2004). Ungleichheit und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In Monika Jungbauer-Gans & Peter Kriwy (Hrsg.), *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen* (S. 9-24). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kendler, Kenneth S., Neale, Michael C., Kessler, Ronald C., Heath, Andrew C. & Eaves, Lindon J. (1992). A Population-Based Twin Study of Major Depression in Women. *General Psychiatry*, 49, 257-266.
- Keupp, Heiner. (2012). Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In Silke B. Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen bewältigen* (S. 34-51). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie Graubünden. (n.d.). *Sozialpädagogischer Bereich* [Website]. Abgerufen von <https://www.kjp-gr.ch/angebot/sonderschule/externatinternat/>
- KJPD Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen. (2015). *Unser Angebot* [Website]. Abgerufen von <https://www.kjpd-sg.ch/angebot/>
- Kleve, Heiko. (2003). *Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne. Grundlegungen und Anwendungen eines Theorie- und Methodenprogramms*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Klug, Gerhard & Lammel, Ute Antonia. (2016). Editorial. *Klinische Sozialarbeit*, 12(4), 3.

- Machleidt, Wielant. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Maier-Pfeiffer, Anna, Kurtz, Vivien, Brand, Tilman, Hartmann, Susanne & Jungmann, Tanja. (2013). Familien mit Migrationshintergrund als Zielgruppe früher Hilfen. In Tilman Brand & Tanja Jungmann (Hrsg.), *Kinder schützen, Familien stärken* (S. 222-235). Weinheim: Beltz Juventa.
- Mansel, Jürgen. (2002). Lebenssituation und Wohlbefinden von Jugendlichen in Armut. In Christoph Butterwegge & Michael Klundt (Hrsg.), *Kinderarmut und Generationengerechtigkeit. Familien- und Sozialpolitik im demografischen Wandel* (S. 115-136). doi:10.1007/978-3-322-93259-4
- Masten, Ann S., Hubbard, Jon J., Gest, Scott D., Tellegen, Auke, Garmezy, Norman & Ramirez, Marylouise. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143-169.
- Merten, Ueli. (2015). Professionelle Kooperation: eine Antwort auf die Zersplitterung und Ausdifferenzierung sozialer Dienstleistung. In Ueli Merten & Urs Kaegi (Hrsg.), *Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit* (S. 21-69). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Mielck, Andreas & Helmert, Uwe. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In Klaus Hurrelmann & Oliver Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (6. Aufl., S. 493-515). Weinheim: Beltz Juventa.
- Obrecht, Werner. (2000). Soziale Systeme, Individuen, soziale Probleme und Soziale Arbeit. Zu den metatheoretischen, sozialwissenschaftlichen und handlungstheoretischen Grundlagen des „systemistischen Paradigmas“ der Sozialen Arbeit. In Roland Merten (Hrsg.), *Systemtheorie Sozialer Arbeit – Neue Ansätze und veränderte Perspektiven* (S. 207-224). Opladen: Leske + Budrich.
- Ortmann, Karlheinz & Röh, Dieter. (2008). Einleitung. In Karlheinz Ortmann & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven* (S. 9-13). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

- Pauli, Andrea & Hornberg, Claudia. (2010). Gesundheit und Krankheit: Ursachen und Erklärungsansätze aus der Gender-Perspektive. In Ruth Becker & Beate Kortendiek (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie* (3. Aufl., S. 631-643). Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften.
- Paulitsch, Klaus & Karwautz, Andreas. (2008). *Grundlagen der Psychiatrie*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Pauls, Helmut. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Pauls, Helmut. (2015). Klinische Sozialarbeit – State of the Art 2015. *Klinische Sozialarbeit*, 11(3), 6-8.
- Plass, Angela & Wiegrand-Grefe, Silke. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim: Beltz Verlag.
- PUK Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. (2020). *Fachstellen und Spezialangebote* [Website]. Abgerufen von <https://www.pukzh.ch/unsere-angebote/kinder-und-jugendpsychiatrie/angebote/fachstellen-und-spezialangebote/>
- PZ Spitalzentrum Oberwallis. (n.d.). *Kinder- und Jugendpsychiatrie* [PDF]. Abgerufen von https://www.hopitalduvalais.ch/fileadmin/files/disciplines/psychiatrie/de/Kinder-und_Jugendpsychiatrie_PZO_ALL_3_vol_10.2018.pdf
- Remschmidt, Helmut & Fombonne, Eric. (2000). Entwicklungspsychologie. In Hanfried Helmchen, Fritz Henn, Hans Lauter & Norman Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart – Psychiatrie spezieller Lebenssituationen* (S. 19-46). Berlin: Springer-Verlag.
- Remschmidt, Helmut & Schmidt, Martin H. (2000a). Diagnostik und Klassifikation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Hanfried Helmchen, Fritz Henn, Hans Lauter & Norman Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart – Psychiatrie spezieller Lebenssituationen* (S. 59-70). Berlin: Springer-Verlag.
- Remschmidt, Helmut & Schmidt, Martin H. (2000b). Epidemiologie und Pathogenese in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Hanfried Helmchen, Fritz Henn, Hans Lauter & Norman Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart – Psychiatrie spezieller Lebenssituationen* (S. 71-84). Berlin: Springer-Verlag.

- Remschmidt, Helmut & Schmidt, Martin H. (2000c). Störungsbilder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Hanfried Helmchen, Fritz Henn, Hans Lauter & Norman Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart – Psychiatrie spezieller Lebenssituationen* (S. 103-204). Berlin: Springer-Verlag.
- Resch, Franz & Fegert, Jörg M. (2012). Ätiologische Modelle. In Jörg M. Fegert, Christian Eggers & Franz Resch (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 116-129). Berlin: Springer-Verlag GmbH.
- Resch, Franz, Fegert, Jörg M. & Buchmann, Johannes. (2012). Grundzüge der Diagnostik. In Jörg M. Fegert, Christian Eggers & Franz Resch (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 145-157). Berlin: Springer-Verlag GmbH.
- Richter, Matthias & Hurrelmann, Klaus. (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Robert Koch-Institut. (2005). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes* [Website]. Abgerufen von <https://www.rki.de>
- Robert Koch-Institut. (2014). *Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012* [Website]. Abgerufen von <https://www.kiggs-studie.de>
- Rutter, Michael. (2006). *Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding*. doi: 10.1196/annals.1376.002
- Schaub, Heinz-Alex. (2008). *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. Göttingen: V&R unipress.
- 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.
- Schröder, Martin & Colla, Ernst Herbert. (2012). Geteilte Sorge. In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 21-39). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.
- Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich. (2013). *Gesundheit und Lebensstil von Jugendlichen der Stadt Zürich: Resultate der Schülerbefragung Schuljahr 2012/13* [Website]. Abgerufen von <https://www.stadt-zuerich.ch>

- Schumacher, Thomas. (2018). *Mensch und Gesellschaft im Handlungsraum der Sozialen Arbeit. Ein Klärungsversuch*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schwarzer, Ralf. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40(2), 105-123.
- Seiffge-Krenke, Inge. (2009). *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Seiffge-Krenke, Inge. (2012). Entwicklungsaufgaben der Lebensalter. In Marc Schmid, Michael Tetzler, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 247-258). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.
- Seiffge-Krenke, Inge & Schneider, Norbert F. (2012). *Familie – nein danke?! Familienglück zwischen Freiheiten und alten Pflichten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.
- Shuler, Benjamin. (2013). Die Geschichte einer schwierigen Beziehung. *Integras Thema*, 11, 1-2.
- Sims, Andrew & Curran, Sarah. (1999). Untersuchung von psychiatrischen Patienten. In Hanfried Helmchen, Fritz Henn, Hans Lauter & Norman Sartorius (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart – Allgemeine Psychiatrie* (S. 177-204). Berlin: Springer-Verlag.
- Spencer, Nick. (2003). Social, Economic and Political Determinants of Child Health. In *Pediatrics*, 112, 704-706.
- Staub, Liselotte. (2018). *Das Wohl des Kindes bei Trennung und Scheidung. Grundlagen für die Praxis der Betreuungsregelung*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Staub-Bernasconi, Silvia. (2002). Silvia Staub-Bernasconi. In Hermann Heitkamp & Alfred Plewa (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Selbstzeugnissen Band 2* (S. 273-326). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Staub-Bernasconi, Silvia. (2005). Fragen, mögliche Antworten und Entscheidungen im Hinblick auf die Konzeption oder Konstruktion von (system)theoretischen Ansätzen. In Heino Hollstein-Brinkmann & Silvia Staub-Bernasconi (Hrsg.), *Systemtheorien im Vergleich – Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs* (S. 269-298). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Staub-Bernasconi, Silvia. (2012). Soziale Arbeit und soziale Probleme. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit – Ein einführendes Handbuch* (S. 267-282). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Steinhausen, Hans-Christoph Erich & Metzke-Winkler, Christa. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 262-271.
- Stocker, Désirée, Stettler, Peter, Jäggi, Jolanda, Bischof, Severin, Guggenbühl, Tanja, Abrassart, Aurélien, Rüesch, Peter & Künzi, Kilian. (2016). *Bass Studie – Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz* [PDF]. Abgerufen von <https://www.sbap.ch>
- SwissDRG. (2016). *Das Wichtigste zu TARPSY auf einen Blick* [PDF]. Abgerufen von https://www.swissdrg.org/application/files/2114/8104/2944/Die_wichtigsten_Ziele_von_TAR_PSY-d.pdf
- Tetzer, Michael. (2012). Sozialpädagogische Theorieperspektiven und der Capabilities Approach. In Marc Schmid, Michael Tetzer, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 58-77). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.
- Thiersch, Hans. (2015). *Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte – Gesammelte Aufsätze, Band 1*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Thiersch, Hans. (2020). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – revisited. Grundlagen und Perspektiven*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Thiersch, Hans, Grunwald, Klaus & Köngeter, Stefan. (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch* (S.175-196). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tölle, Rainer & Windgassen, Klaus. (2006). *Psychiatrie* (14. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin-Verlag.
- Tramer, Moritz. (1964). *Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie*. Basel: Schwabe & Co.
- Tschumper, Annemarie. (2016). *Jugendgesundheitsbericht 2016* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bern.ch>
- Uhlendorff, Harald. (2001). *Erziehung im sozialen Umfeld*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- UPD Universitäre Psychiatrische Dienste Bern. (n.d.). *Angebot* [Website]. Abgerufen von <https://www.upd.ch/de/angebot/kinder-und-jugendpsychiatrie/ambulantes-angebot/ambulantes-angebot-kjp.php>

- UPK Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel. (n.d.). *Jugendpsychiatrie* [Website]. Abgerufen von <https://www.upk.ch/kinder-und-jugendliche/unsere-angebote/kinder-und-jugendliche-teilstationaer/jugendpsychiatrie.html>
- Veling, Wim, Susser, Ezra, von Os, Jim, Mackenbach, Johann P., Selten, Jean-Paul & Hoek, Hans W. (2008). Ethnic Density of Neighborhoods and Incidence of Psychotic Disorders Among Immigrants. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 66-73.
- Von Wyl, Agnes, Howard, Erica Chew, Bohleber, Laura & Haemmerle, Patrick. (2017). *Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie* [PDF]. Abgerufen von <https://www.obsan.ch>
- Vonneilich, Nico. (2020). Soziale Beziehungen, soziales Kapital und soziale Netzwerke – eine begriffliche Einordnung. In Andreas Klärner, Sylvia Keim-Klärner, Holger von der Lippe (Hrsg.), *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten* (S. 33-48). doi:10.1007/978-3-658-21659-7
- Wachs, Theodore D. (2006). *Contributions of Temperament to Buffering and Sensitization Processes in Children's Development*. doi:10.1196/annals.1376.004
- Warnke, Andreas & Lehmkuhl, Gerd. (2003). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Weltgesundheitsorganisation WHO. (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt* [PDF]. Abgerufen von <https://www.euro.who.int>
- Werner, Emmy. (1996). Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 47-51.
- World Health Organization WHO. (2018). *Mental health: strengthening our response* [PDF] Abgerufen von <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>