2 2004
Mai
Juni
Juli
22. Jahrgang
ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Frühe Störungen: Erklärungsmodelle, Diagnostik und Interventionen im Spannungsfeld zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe

Schwierige Kinder und Jugendliche sind oft Wanderer zwischen den Welten der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Letztere ist an vielen Orten auf dem Weg, ein differenziertes Netz ambulanter, teilstationärer, stationärer und komplementär-rehabilitativer Angebote zu entwickeln. Die Jugendhilfe entdeckt und gestaltet sozialräumlich orientierte Hilfen und stellt sich dem Anspruch, für möglichst alle Entwicklungs- und Erziehungsprobleme einer Region jenseits von institutionellen Zwängen passgenaue Hilfen anzubieten.

3 Editorial
4 Themenschwerpunkt

■ **Wenn Helfer an ihre Grenzen stroßen**
Eine Annäherung an den Umgang mit schwierigen Jugendlichen
Reinmar du Bois, Seite 4

■ **Von Haupt- und Nebenrealitäten**
Zugänge zum Verständnis psychotischen Erlebens
Reinhart Lempp, Seite 7

■ **Nicht als Monster geboren**
Kinder und Jugendliche in den Mühlen der Hilfesysteme
Charlotte Köttgen, Seite 10

■ **Vor oder hinter dem Fortschritt?**
Aspekte der Integration medizinischer und psychosozialer Hilfen
Markus Onken, Seite 14

■ **Ethische Bedenken und kontroverse Diskussionen**
Früherkennung- und Behandlung psychotischer Störungen
Benno Graf Schimmelmann, Michael Schulte-Markwort und Franz Resch, Seite 17

■ **Geschlossene Unterbringung als Chance**
Ziel ist, sozial erwünschtes Verhalten aufzubauen
Joachim Jungmann, Seite 20

■ **Hohe Anforderung an die Aushandlungsbereitschaft**
Jugendhilfe und Psychiatrie müssen zusammenarbeiten
Karl Späth, Seite 22

■ **Abenteuer mit offenem Ausgang**
Familienpflege für junge Menschen mit psychischen Störungen
Barbara Roth, Seite 24

■ **Viele noch in den Startlöchern**
Projekte für Kinder psychisch kranker Eltern kämpfen um Anerkennung
Beate Lisofsky, Seite 26

29 Glosse

■ **Zappelphilipp beruhigt**
Eine Glosse zur Medikalisierung von Kindheit
Ulrich Müller, Seite 29

31 Spectrum

■ **Kontrolle über das eigene Leben**
Förderliche und hinderliche Bedingungen für die Umsetzung persönlicher Budgets
Gudrun Wansing, Seite 31

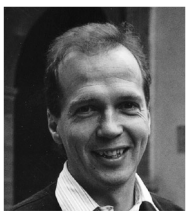
■ **Angemessene Betreuung statt Ausgrenzung**
Umgang mit Gewalt und Aggression in psychiatrischen Einrichtungen
Viktor Jahraus, Seite 34

■ **Sozialpsychiatrisches Grundverständnis ausbauen**
Berufsbegleitende Zusatzausbildung der GFO mit Prädikat „ausgezeichnet“
Sylvia Fahr-Armbruster, Seite 37

38 Nachrichten

40 Termine

Editorial



Liebe Leserin, lieber Leser

Schon im Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 wird auf epidemiologische Erhebungen verwiesen, nach denen 5% der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren auf Grund psychiatrischer Diagnosen kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt werden müssten. Diese Zahlen werfen einen Blick auf ein breites Feld psychischen Leidens von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien, auf schwierige Lebensgeschichten und leidvolle Kindheitserfahrungen.

Schwierige Kinder und Jugendliche sind oft Wanderer zwischen den Welten der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie haben häufig ein konflikthaftes, konkurrierendes Verhältnis. Sie liegen im Streit um die Definitionsmacht von Problemen. Sie unterliegen dem Risiko, die Tiefe von Störungen zu verkennen, wenn der diagnostische Blick und die psychiatrische Intervention mit Macht und Engagement vermieden werden sollen, und sie stehen im Verdacht, psychosoziale Probleme vorschnell mit immer neueren differenzierteren Diagnosen psychiatrisch zu etikettieren und so komplexe soziale, systemische und lebensgeschichtliche Probleme auf ein scheinbar objektivierbares Krankheitsgeschehen zu reduzieren

Wenn nichts mehr geht, verweist die Jugendhilfe an die Jugendpsychiatrie, wenn nichts mehr akut zu behandeln ist, ist von dort aus die (im Zweifel geschlossene) Jugendhilfeeinrichtung gefragt. Oft wird der Grund der Hilflosigkeit weiter delegiert. Andererseits werden die Anlässe der Begegnung und die Erfordernisse der Kooperation häufiger. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist an vielen Orten auf dem Weg, in den Gemeinden ein differenziertes Netz ambulanter, teilstationärer, stationärer und komplementär-rehabilitativer Angebote zu entwickeln. Die Jugendhilfe entdeckt und gestaltet sozialräumlich orientierte Hilfen und stellt sich dem Anspruch, für möglichst alle Entwicklungs- und Erziehungsprobleme einer Region jenseits von institutionellen Zwängen passgenaue Hilfen anzubieten.

Die Chance besteht in einer wechselseitigen Annäherung der Systeme und der Vermeidung eines Risikos unseres Zeitgeistes, schwierige und unangepasste Lebensweisen zu medikalisieren. Immer dringender stellt sich die Frage, wie unterschiedliche Perspektiven zu einem vertieften Verständnis individueller, sozialer und systemischer Problemlagen genutzt werden können und wie verschiedene Handlungskonzepte sich gegenseitig ergänzen und zu erweiterten Optionen führen können.

Mit diesem Schwerpunktheft möchten wir den Austausch „zwischen den Welten“ erleichtern und dem Wandern mehr Orientierung verleihen.

Prof. Dr. Jürgen Armbruster
Helmuth Beutel

Wenn Helfer an ihre Grenzen stoßen

Schwierige Jugendliche: wer sie sind und warum wir uns so schwer mit ihnen tun
Auf der Suche nach ihrem Platz in der Hilfelandschaft

Von Reinmar du Bois

Die Bezeichnung des „schwierigen Patienten" (Bauer 2000) suchen wir in psychiatrischen Lehrbüchern vergeblich. Nicht eine bestimmte Diagnose, sondern eine lose Sammlung von Eigenschaften machen ihn zum Problemfall in der Hilfelandschaft. Dabei ist offenkundig, dass der betroffene Mensch nicht als „schwierig" erlebt wird, weil er nach objektiven Kriterien besonders „schwer" krank ist, sondern, weil die Helfer sich in subjektiver Betroffenheit mit ihm schwer tun und an ihre persönlichen Grenzen stoßen.

Schwierige Patienten verhalten sich expansiv und agierend. Sie neigen zu Affektdurchbrüchen, sind dabei rücksichtslos gegen sich und andere, drohen mit Suizid und üben Druck und Ängstigung aus. Sie können sich nicht in die üblichen Sozialstrukturen von Schule und Berufsausbildung integrieren und finden keinen Platz in einer Peer Group. Sie konsumieren und missbrauchen Drogen. Sie finden keinen Rückhalt in stabilen zwischenmenschlichen Beziehungen.
Seit der frühen Kindheit haben sie Sequenzen traumatischer Erfahrungen durchleben müssen. Suboptimale und gestörte Schwangerschaftsbedingungen und Geburtskomplikationen werden gefolgt von wiederholten Trennungserlebnissen und Bindungsverlusten, Gewalterfahrungen oder emotionaler Deprivation. Die Wechselbeziehungen sind vielfältig: die schon mitgebrachte Vulnerabilität prallt jeweils mit neu hinzukommenden Verletzungen zusammen. Die erlebten Verletzungen schlagen sich in posttraumatischen Verhaltensmustern nieder, gleichzeitig wirken die besonders frühen Verletzungen irreversibel auf die Reifung der neuronalen Netzwerke ein und führen zu einer verringerten emotionalen Resonanz, einer erhöhten Erregbarkeit, verringerten sozialen Flexibilität und Orientierungsfähigkeit.

Prof. Dr. med. Reinmar du Bois, Ärztlicher Direktor, Olgahospital – Pädiatrisches Zentrum der Landeshauptstadt Stuttgart, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Hasenbergstraße 60, 70176 Stuttgart, Tel.: (0711) 992-2471
Fax: (0711) 992-2479

Der schwierige Patient oder Klient

Schwierige Patienten werden früher oder später in ihren Familien nicht mehr toleriert. Am Ende sind sie mehrfach verstoßen worden, tragen jedoch voller Verzweiflung die Überreste einer beharrlichen kleinkindlichen Bindungssuche bei sich. Sie haben verschiedene soziale Hilfsangebote durchlaufen und sind stets gescheitert. Sie agieren Trauer, Wut und Verzweiflung aus. In alle neu angebotenen Beziehungen dringen nach kurzer trügerischer Harmonie Aggressionen, Spaltungen und Ambivalenz ein. Die therapeutischen Beziehungen werden schließlich mutwillig zerstört.

Diagnostisch finden sich schwierige Patienten unter jenen mit einer Borderline Persönlichkeitsstruktur, vor allem dann, wenn sie aus einem dysfunktionalen familiären Hintergrund stammen, der die eben geschilderten Kettenreaktionen auszulösen vermag. Schwere Impulskontrollstörungen werden bisweilen auch durch hirnorganische Faktoren begünstigt. Die Anpassungsfähigkeit verringert sich in anderen Fällen durch Retardierungen bis an die Grenze zur Debilität und durch autistische Merkmale im Sinne des Asperger Syndroms. Entscheidend ist in allen Fällen jedoch, dass diese schwierigen Kinder und Jugendliche ab irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Herkunftsmilieu nicht mehr gehalten werden können und sich von nun an im freien Fall befinden.

Ein weitere Gruppe schwieriger Patienten entstammt dem Kreis früh erkrankter schizophrener Psychosen, vor allem jenen mit schleichendem Beginn seit der mittleren Jugend. Die Wesensveränderung ereignet sich hierbei Hand in Hand mit steigendem Drogen- und Alkoholkonsum, autistischem Rückzugsverhalten und delinquentem Agieren. Wiederum hat diese besondere Spielart des Scheiterns mit dem frühen Scheitern der innerfamiliären Beziehungen zu tun. Eine notdürftige neue Identität wird am Rande der Verwahrlosung etabliert, noch bevor die Diagnose einer psychotischen Erkrankung sicher gestellt werden kann. Bei subakutem Verlauf gelangen diese Menschen oft jahrelang nicht in psychiatrische Behandlung.

Therapeutische Anforderungen

Es besteht Einigkeit darüber, welche Elemente in einem angemessenen Hilfsangebot für diese Patienten enthalten sein sollten. Ernst Berger (2002) erwähnt: Beziehungsstabilität, Möglichkeit der Bearbeitung von Traumen, Verfügbarkeit von Lernfeldern, Schaffung einer Lebensperspektive. Einrichtungen, in denen diese Patienten Hilfe erfahren, müssen haltbare, möglichst langfristig verfügbare Beziehungen anbieten. Diese müssen sich den langjährigen Erfahrungen von Unzuverlässigkeit entgegenstemmen. Die Helfer müssen die hohe Konfliktdynamik dieser Patienten ertragen und „überleben", damit sie nicht gezwungen sind, die Beziehungen alsbald aus Gründen der Unerträglichkeit abzubrechen. Es kommt weniger auf die Intensität als auf die Stabilität der Beziehungsangebote an.

Die Mitarbeiter geeigneter Einrichtungen müssen durchschauen, dass die Patienten in hohem Umfang traumatisiert sind. Sie müssen die Spuren der Traumatisierung im Alltag ausfindig machen, und erkennen, wie die schmerzlichen Erfahrungen im Umgang mit der Peer Group und mit dem Betreuerteam reinszeniert werden. Erst sehr viel später, oft zu spät, sind die Patienten bereit, ihre Traumata in einem geschützten psychotherapeutischen Setting

zu bearbeiten. Die Möglichkeit zur Psychotherapie sollte aber geboten sein.

Hilfen müssen emotionale Erfahrungen vermitteln

Die zu planenden Hilfen müssen vielfältige emotionale Erfahrungen vermitteln und soziale Übungsfelder erschließen. Schwierigen Patienten mangelt es in aller Regel an schulischen und lebenspraktischen Fertigkeiten. Helfer, die in den hier erwähnten Übungsfeldern mit den Patienten umgehen, müssen keine engen Beziehungen zu diesen aufnehmen, benötigen aber dennoch eine ähnlich hohe Belastbarkeit und Toleranz wie die Bezugspersonen. Wenn die unternommene Hilfe am Ende nicht wieder scheitern soll, muss es gelingen, mit den schwierigen Jugendlichen gemeinsam an den Umrissen der Zukunft zu arbeiten. Den Jugendlichen muss realistisch und beweisbar vor Augen stehen, wie es gelingen könnte, der chaotischen und frustrierenden Gegenwart zu entkommen.

Beitrag Kinder-und Jugendpsychiatrischer Kliniken

In aller Regel wird die stationäre Behandlung in der Psychiatrie als hochschwelliges Hilfsangebot gewertet: Ein betroffener Jugendlicher, hilfsweise seine Angehörigen und die übrigen Helfer, müssen sich eingestehen, dass er psychisch „krank" ist. Eine gewisse Stigmatisierung wird in Kauf genommen. Dafür bietet die Klinik intensive Betreuung und Einwirkung auf den Patienten, optimalen Schutz vor schädlichen Einflüssen, denen sich der Patient außerhalb nicht entziehen könnte und Abstand von streitenden Parteien.

Immer wieder taucht die Klinikbehandlung bei schwierigen Klienten/Patienten als „rettende Idee" auf. Zu Recht wird darauf verwiesen, dass es diesen Patienten im hochstrukturierten und abgeschiedenen Umfeld der Klinik gut geht. Sie verzichten zum Beispiel auf ihr dissoziales Agierverhalten. Sie legen eine Ruhepause ein. Patienten mit Selbstverletzungstendenzen jedoch neigen unter stationären Bedingungen zu Verschlimmerungen. Sie geraten in abhängige Haltungen und riskieren es, sich noch gefährlicher zu verletzen, weil sie sich fest in medizinischen Händen wähnen.

Bei langen Aufenthalten in der Klinik droht die Gefahr eines Rückfalls und einer Retraumatisierung durch das unvermeidliche Ende der Behandlung. Wichtige Aspekte der sozialen Wirklichkeit bleiben während der stationären Behandlung ausgeklammert, auch wenn Praktika oder externe Schulversuche unternommen werden. Erst die konkrete Ankündigung der Entlassung beendet die trügerische Ruhe. Tagesklinische und ambulante Nachsorgeprojekte, sowie Kriseninterventionskonzepte stellen den Versuch dar, die Behandlungskontinuität nach der stationären Entlassung zu erhalten und die Rückkehr in die Klinik bei Krisen zu erleichtern.

Beitrag geschützter therapeutischer Wohnformen

Schwierige Jugendliche müssen sich aus den zerbrochenen Beziehungen ihrer Herkunft befreien, dürfen aber deshalb nicht gleich auf der Straße landen. Wir gehen bei diesen Jugendlichen davon aus, dass sie den Stillstand ihrer sozialen und persönlichen Entwicklung nicht aus eigener Kraft überwinden können. Wirksame Hilfe kann nur aus einem Umfeld kommen, in welchem die Jugendlichen wirklich neu zu leben anfangen, nicht nur – wie in der Klinik – in einem Zwischenzustand ausharren. Selbst dann, wenn diese Jugendlichen bisweilen psychiatrische Hilfe benötigen, müssen sie vor allem sozialpädagogisch betreut sein. Sie müssen in den geschützten Wohnformen ihren Alltag umfassend neu gestalten lernen, wirkliche Beziehungen pflegen und einen Lebensmittelpunkt ausbilden.

Viele dieser jungen Menschen sind freilich innerlich nicht bereit, sich auf neue Lebensformen zuzubewegen. Sie fühlen sich aus ihrem Elternhaus ausgestoßen und müssen gegen die erzwungene Trennung ankämpfen. Ihr oppositionelles Verhalten in den Wohngruppen und Heimen ist dann abweisend und provozierend und weckt in den Betreuern den Wunsch, sich dieser Jugendlichen wieder zu entledigen. Die Betreuer müssen überdurchschnittlich belastbar sein. Dies wird durch ständige Schulung und Supervision, im besten Fall auch durch Zusatzausbildung in einer Jugendpsychiatrie erreicht.

Bei langen Aufenthalten in der Klinik droht die Gefahr eines Rückfalls und einer Retraumatisierung durch das unvermeidliche Ende der Behandlung

Beitrag der Intensiven Sozialpädagogischen Einzelbetreuung (ISE)

Ausgangspunkt der ISE ist die Erkenntnis, dass viele schwierige Klienten nicht mehr bereit oder in der Lage sind, ein Hilfsangebot anzunehmen, bei dem sie sich in die Obhut einer Institution begeben müssten. Die Helfer in der ISE sind daher bereit, sich mit den Klienten und Patienten dort zu verabreden, wo es für diesen am besten aushaltbar ist, zu Hause, auf der Straße oder in einer betreuten Wohnung, welche der Betroffene allein bewohnt. Mit dieser Hilfeform verbindet sich die Hoffnung, dass diese fast „verlorenen" Patienten zu einer einzelnen Person Vertrauen fassen, weil diese ihr nicht vorschreibt, wie sie leben sollen. Die ISE stellt sich den Patienten exklusiv zur Verfügung. Ein Helfer versucht, den Zugang zu sonst verschlossenen Bereichen aktiven Lebens zu ermöglichen, indem er die Patienten etwa zu geschützten Gruppen oder Arbeitsprojekten begleitet.

ISE Maßnahmen sind extrem niederschwellig, für die Betroffenen leicht zugänglich, flexibel in der Anpassung an die Bedürfnisse und aktuelle Problemlagen. Ressourcen des Patienten werden erkannt und genutzt. Der ISE Arbeiter ist freilich in nicht geringer Gefahr, die quälenden und widersprüchlichen Verfassung seines Klienten aus nächster Nähe aushalten zu müssen, ohne den erforderlichen Abstand wahren zu können. Er ist in Gefahr, in Krisensituationen keine ausreichende Autorität zu entfalten. Er ist auf die wechselvolle Gunst des Klienten und auf die eigene Überzeugungskraft angewiesen. Er kann als Helfer in eine einsame und hilfelose Position geraten und benötigt einen guten Draht zu ei-

Schwierige Jugendliche müssen sich aus den zerbrochenen Beziehungen ihrer Herkunft befreien, dürfen aber deshalb nicht gleich auf der Straße landen

ner Institution, die ihn berät und notfalls auch schützen kann.

Beitrag der Erlebnispädagogik

An die Erlebnispädagogik werden mitunter übertrieben optimistische Erwartungen geknüpft

An die Erlebnispädagogik werden mitunter übertrieben optimistische Erwartungen geknüpft. Indem die Jugendlichen rigoros von ihrer bisherigen Peer Group getrennt, in eine Schicksalsgemeinschaft verbracht und starken Neuigkeitsreizen ausgesetzt werden, sollen bislang ungeahnte Ressourcen der Neuorientierung geweckt werden. Freilich wird das enge Miteinander ohne Möglichkeit des Ausweichens von manchen psychisch instabilen Jugendlichen als bedrängend und bedrohlich erlebt. Die umfassende Konfrontation mit einer fremden Situation wirkt gerade auf psychotische Menschen destabilisierend. Große Anstrengungen sind erforderlich, damit die Teilnehmer nach ihrer Rückkehr nicht entwurzelt werden.

Beitrag der geschlossenen Heime

Der therapeutische Wert geschlossener Heime ist umstritten. Die Existenz solcher Heime übt einen Sog auf die Jugendhilfe aus, hierfür geeignete junge Menschen zu entdecken. Alle unerträglich schwierigen Klienten werden in die angeblich zuständige und am besten geeignete Einrichtung „abgeschoben". Aber auch nach Abschaffung geschlossener Angebote bleiben einige Fälle übrig, für die gerade diese Option schmerzlich vermisst wird. In jedem Fall hängt der rechtfertigende Wert geschlossener Angebote von der Leistungskraft und Motivation der Mitarbeiter ab. Sie unterliegen einem starken psychischen Druck.

Schwierige Jugendliche bedienen sich vielfältiger Manöver, mit denen sie auf sich aufmerksam machen. Sie melden sich in Ambulanzen, Heimen und Obdachlosenunterkünften, bei der Polizei und in Schulen, in Selbsthilfegruppen, in der Seelsorge und bei Streetworkern

Der Wert dieser Einrichtungen hängt weiter ab von der flexiblen Handhabung der Geschlossenheit und von den intensiven Beziehungsangeboten. Die Hoffnung ist, dass die Jugendlichen durch die Grenzen, die man ihnen setzt, daran gehindert werden, sich selbst zu zerstören. Der pädagogische Einsatz ist scheinbar umsonst, wenn die entstandenen sozialen Bezüge nach Auflösung der Zwangslage sofort wieder zusammenbrechen. Pädagogische und psychiatrische Einrichtungen, die sich der Arbeit mit schwierigen Jugendlichen stellen wollen, müssen sich in drei Richtungen orientieren: Niederschwelligkeit, Vielfalt und Integration.

Niederschwelligkeit wird in jugendpsychiatrischen Kliniken, die traditionell im vollstationären Bereich eher hochschwellig ausgelegt sind, über das Krisenmanagement, die neuen ambulanten Vor- und Nachsorgeangebote und die Tageskliniken erreicht. Unentschiedene und misstrauische Patienten gehen geringere Verpflichtungen ein, wenn sie Hilfen aus diesen Bereichen annehmen. Auch von den Helfern in der Jugendhilfe wird eine Diversifizierung der psychiatrischen Angebote begrüßt, weil man so leichter auf klinische Hilfen zugreifen kann, ohne den Klienten krampfhaft zu einem „psychiatrischen Fall" umdefinieren zu müssen. Andererseits führt eine flexible psychiatrische Arbeitsweise dazu, dass klinisch eingewiesene Jugendliche nicht automatisch zum klinischen Behandlungsfall avancieren, sondern rasch wieder in ihr alltägliches Leben zurückkehren. Innerhalb der Jugendhilfe wird Niederschwelligkeit vor allem über die aufsuchende Hilfen der ISE dargestellt.

Vielfältige Arten, auf sich aufmerksam zu machen

Schwierige Jugendliche bedienen sich vielfältiger Manöver, mit denen sie auf sich aufmerksam machen. Sie melden sich in Ambulanzen, Heimen und Obdachlosenunterkünften, bei der Polizei und in Schulen, in Selbsthilfegruppen, in der Seelsorge und bei Streetworkern. Die Versuche, schwierigen Patienten zu helfen, ereignen sich daher an mehreren Orten und in mehreren Institutionen gleichzeitig. Diese Vielfalt spiegelt im besten Fall den Wunsch der Patienten, ihre Geschicke mitzubestimmen. Sie erhalten sich einen Rest von Handlungsfreiheit, in dem sie sich zwischen verschiedenen Orten und Angeboten hin und herbewegen. Im ungünstigen Fall spiegelt die Vielfalt nur noch die chaotische Verfassung der Betroffenen wider. Um dieses Chaos einzudämmen, wäre es aber utopisch und realitätsfremd, alle Ansätze in einem „Superangebot" zu integrieren. Die Wirkung eines solchermaßen integrierten Angebotes wäre durch dessen Omnipräsenz einschüchternd und verfolgend. Schwierige Patienten werden sich immer wieder den Angeboten, die für sie ausgearbeitet wurden, entziehen. An unerwarteten Stellen tauchen sie wieder auf und fordern die Helfer neu heraus. Dabei spielen sie die Helfer gegeneinander aus. Am Ende schieben sich die Helfer ihre Klienten oder Patienten gegenseitig zu, erklären sich für unzuständig oder resignieren mit schlechtem Gewissen.

Wie kann Integration in solchen Fällen überhaupt gelingen? Ziel darf es nicht sein, die Hilfsangebote in einem Kooperationsvertrag mehrerer Institutionen festzuschreiben oder zu einem festen Paket zu verschnüren. Die beteiligten Einrichtungen müssen flexibel genug sein, ihre eigene Angebotspalette von Fall zu Fall neu aufzubereiten und neue Kooperationen mit anderen Anbietern einzugehen. Vor allem die Kinder- und Jugendpsychiatrie muss ihre Rolle immer neu – orientiert am Einzelfall – bestimmen und mit den Anbietern der Jugendhilfe abgleichen. Der Schlüssel für diese integrierte Arbeitsweise ist das "gemeinsame Fallverstehen". Die Stuttgarter Kinder- und Jugendpsychiatrie hat hierzu gemeinsam mit dem Jugendamt Stuttgart einen Verein aus der Taufe gehoben (Judo e.V.), der sich als externer Berater und Vermittler zwischen unterschiedlichen Anbietern versteht und diese aufeinander zuführt – zusammengehalten durch einen Konsens über den Einzelfall. Auf diese Weise bleibt ein Minimum von Handlungsfähigkeit und haltendem Rahmen erhalten, auch wenn sich der schwierige Patient geregelter Versorgung entzieht.

Literatur

Bauer, M: Der "schwierige" Patient in der Gemeindepsychiatrie. Psychiat. Praxis 27, 1-5, 2000
du Bois, R. und Ide-Schwarz, H.: Jugendhilfe und Psychiatrie. In: Thiersch, H. Handbuch für Sozialpädagogik. Kohlhammer.Stuttgart. 2000
Berger, F. Sozialtherapeutische Wohnplätze – Betreuungsangebot an der Grenze von Kinderpsychiatrie und Jugendwohlfahrt. Unveröff. Manuskript. Klinik am Rosenhügel, Wien. 2002.
Rauchfleisch, U.: Dissozial. Vandenhoek 6 Ruprecht. Göttingen.1981

Von „Haupt- und Nebenrealitäten“

Zugänge zum Verständnis psychotischen Erlebens bei Kindern und Jugendlichen

Von Reinhart Lempp

Für die Beantwortung der Frage nach dem Wesen des psychotischen Erlebens, insbesondere des schizophrenen, gibt die psychiatrische Wissenschaft nur wenig Hilfen, da sie ganz von der Krankhaftigkeit und damit eigentlich auch von der grundsätzlichen Unverstehbarkeit ausgeht. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht unter Einbeziehung entwicklungspsychologischer Erkenntnisse lässt sich jedoch ein Zugang zum Verständnis psychotischen Erlebens gewinnen, der auch einen verstehenden Umgang mit jemanden, der von einer Psychose betroffen ist, ermöglicht.

Wenn das Denken, Fühlen und Wahrnehmen eines Menschen von den übrigen Menschen, mit denen er zusammenlebt und die sich bisher ohne Schwierigkeiten mit ihm verständigen konnten, plötzlich oder allmählich immer weniger verstanden werden kann, obwohl er meist immer noch die gleiche Sprache wie sie spricht, dann besteht der dringende Verdacht, dass er – wie der Psychiater sagt – an einer Psychose erkrankt ist, dass er sich und seine Umwelt anders als bisher, nämlich psychotisch erlebt. Das gilt besonders für die Psychoseform, die man als schizophren bezeichnet.

Psychotisches Erleben? Was ist das?

Über die Ursachen einer solchen Veränderung des menschlichen Fühlens, Denken und Handelns ist man sich in der psychiatrischen Wissenschaft noch immer im Unklaren. Sicher gibt es eine ganze Reihe von möglichen Faktoren und Konstellationen, die für eine solche psychische Erkrankung ursächlich und Vorbedingung sind. Seit es die Wissenschaft der Psychiatrie gibt, stehen zwei Grundansichten einander gegenüber. Die einen meinen, es müsse eine organische Ursache haben, die anderen, eine Psychose entstehe reaktiv durch Erlebnisse, also durch die Umwelt. In regelmäßigem Wechsel, steht die eine oder die andere Lehrmeinung im Vordergrund. Inzwischen ist man sich weit gehend darüber im Klaren, dass meistens beide Faktoren, der organische und der psychoreaktive ursächlich zusammenwirken. Wie aber kann man nachempfinden, nachfühlen und bis zu einem gewissen Grad doch verstehen, wie ein solches psychotisches Denken „denkt“ und wie kann man sich eine solche Änderung vorstellen?

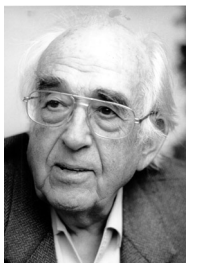
Die Entwicklung des kindlichen Denkens

Wenn man sich vergegenwärtigt, wie das kleine Kind seine Umwelt erkennt, erlebt, erfasst und das Denken „lernt“, dann weiß man, dass es dies zunächst ganz anders tut, als wir erwachsenen Menschen. Es fühlt sich – soweit man das wissen kann – zunächst als Eins mit der es umgebenden Welt, es fühlt sich als Mittelpunkt, auf den sich alles bezieht, was um das Kind herum geschieht – Egozentrismus nennt das die Psychologie. Das Kleinkind gestaltet die Welt, in der es lebt, so, wie es diese selbst erleben kann und hat keine Vorstellung davon, dass die anderen Menschen diese Welt auch anders erleben können als es selbst. Es nimmt auch selbstverständlich an, dass auch Gegenstände so fühlen und handeln, wie es selbst. Der Stuhl, an dem es sich stößt, ist böse und der heiße Ofen, an dem es sich brennt, will dem Kind wehtun. Häuser können böse oder freundlich blicken und sind dann auch freundlich oder böse. Animismus nennt das der Psychologe.

Man könnte das Denken des Kindes auch Fantasie nennen. Da es aber für das Kind durchaus real ist, wenn der Stuhl es stößt und darum böse ist, und wenn das Haus freundlich blickt und es dann auch freundlich ist, nenne ich es lieber Nebenrealität. Fantasie ist es aus der Sicht der Erwachsenen und es klingt abwertend und unernst. Dieser Nebenrealität steht die Hauptrealität oder die gemeinsame Realität gegenüber, über welche sich die Erwachsenen und heranwachsenden Kinder untereinander verständigen. Dass diese Erwachsenen und älteren Kinder anders denken und fühlen und beurteilen, das lernen die kleineren Kinder in den Jahren vor der Einschulung ganz allmählich. Ihre ganz individuelle Nebenrealität besteht aber weiterhin, aber sie lernen zu unterscheiden und zwischen den beiden unterschiedlichen Realitätsebenen hin- und herzuwechseln. Sie lernen den „Überstieg“.

Etwa im Alter der Einschulung dominiert die Hauptrealität, während in der Zeit davor zunächst die Nebenrealität die seine Vorstellungswelt bestimmende war und danach dann beide Realitätsebenen nebeneinander bestanden. Die ganz individuelle Nebenrealität besteht zwar bei jedem Menschen mehr oder weniger weiterhin. Er spricht aber nicht mehr darüber, denn sie gilt ja weniger als die „wirkliche Wirklichkeit“ und sie gilt als unerwachsen, ja als kindisch. Tatsächlich entspricht sie ja einem kindlichen Denken, das sich im Wesentlichen an emotional bestimmten Bedürfnissen, Wünschen und Vorstellungen orientiert.

Solchem Denken in der individuellen Nebenrealität entsprechen die Tagträume der Menschen, denn sie widersprechen grundsätzlich der Hauptrealität. Sie unterscheiden sich vom so genannten Unbewussten im Sinne von Freud, denn sie sind dem Tagträumer zu jeder Zeit voll bewusst, wenngleich sie inhaltlich von unbewussten Wünschen mitbestimmt sein können. Sie verschaffen den Menschen eine gewisse Entlastung von den Widrigkeiten der Hauptrealität, der Wirklichkeit, in der sie gegenwärtig leben. Sie können



Prof. Dr. med. Dr.paed. h.c. Reinhart Lempp, Hauptmannsreute 65, 70193 Stuttgart

aber auch von negativen und ängstigenden Zukunftsvorstellungen bestimmt sein.

Wenn ein Mensch wieder ein Verhalten zeigt, das er schon seit einiger Zeit überwunden und hinter sich gelassen hat, dann sprechen wir von Regression

Die Nebenrealitäten sind darüber hinaus die überindividuelle Voraussetzung für jede Form von Darstellung und Kunst, in der Literatur, in der bildenden Kunst, der Bildmedien – auch über die Kunst hinaus wird sie von Werbung jeder Art benützt. Schließlich gehören auch die Philosophie, die Religionen und auch die weiterdenkende Wissenschaft zu den Nebenrealitäten – so lange, bis sie bewiesen und allgemein anerkannt ist.

Das Prinzip der Regression

Wenn ein Mensch wieder ein Verhalten zeigt, das er schon seit einiger Zeit überwunden und hinter sich gelassen hat, dann sprechen wir von Regression, zum Beispiel dann, wenn ein Kind, das schon längere Zeit bei Nacht trocken war, wieder anfängt, nachts einzunässen, weil es etwa eifersüchtig auf ein neugeborenes Geschwister ist. Ähnliches gilt, wenn ein Erwachsener bei schwererer Krankheit besondere Wünsche nach Umsorgung, Zuwendung und Geborgenheit zeigt. Wenn dagegen alte und psychisch abgebaute Menschen wieder kindisch werden, dann ist das im Allgemeinen keine aktive, gewollte Regression, sondern der Ausdruck eines geistigen Defektes.

Damit ist auch gezeigt, dass die Rückkehr zu einem für die frühe Kindheit typischen Denken eine Form der Regression bedeutet. Diese grundsätzliche Fähigkeit jedes Menschen ist für ihn eine Entlastung von gegenwärtiger psychischer Belastung, also eine Möglichkeit zur Selbsthilfe. Darüber hinaus ist die Regression – wie bereits gezeigt – die Voraussetzung für jede Form von Kunst und damit auch der Kultur.

Entscheidend für das Denken und Erleben in den zwei Realitätsebenen – der eigenen und ganz individuellen Nebenrealität und der gemeinsam mit den Mitmenschen akzeptierten Hauptrealität – ist die Fähigkeit, diese sicher voneinander zu unterscheiden und ohne größere Schwierigkeiten von der einen in die andere überzuwechseln

Die negative Bewertung des Begriffes Regression ist daher nicht begründet. Sie ist vielmehr Hilfe und ein Faktor der Stabilisierung. Sie kann aber auch negative Folgen haben, etwa wenn ein erwachsener Mensch, eine Gruppe Erwachsener, ja ein ganzes Volk dazu neigt, sich nur emotionalen Bedürfnissen hinzugeben und nicht mehr bereit ist, selbständig zu sein, Verantwortung zu übernehmen, sondern sich einer starken Person oder Ideologie unterordnet. Auch das ist Regression in kindisches Verhalten.

Erklärungen für schizophrene Psychosen

Entscheidend für das Denken und Erleben in den zwei Realitätsebenen – der eigenen und ganz individuellen Nebenrealität und der gemeinsam mit den Mitmenschen akzeptierten Hauptrealität – ist die Fähigkeit, diese sicher voneinander zu unterscheiden und ohne größere Schwierigkeiten von der einen in die andere überzuwechseln. Dies ist die Überstiegsfähigkeit, die sich schon das Kleinkind im Laufe der ersten Lebensjahre erwirbt. Nun gibt es offenbar Menschen, bei welchen diese Fähigkeit labil bleibt und anhaltend oder auch nur vorübergehend behindert sein kann. Wenn der „Rückstieg“ aus der Nebenrealität in die gemeinsame Hauptrealität nicht mehr möglich ist, dann ist für den Betroffenen in mehr oder weniger weiten Bereichen eine Verständigung mit den Mitmenschen nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich. Er missversteht das. Reden, Handeln und Verhalten der andern Menschen bezieht er wie ein Kind oftmals auf sich, obwohl das gar nicht so gedacht war.

Dieser Verlust der Überstiegsfähigkeit hängt offenbar vielfach mit einer ererbten oder frühkindlich erworbenen Teilleistungsstörung oder -schwäche zusammen, einer kinder- und jugendpsychiatrisch bekannten kognitiven Schwäche, der in der Erwachsenenpsychiatrie die Basisstörungen entsprechen.

Tritt der Überstiegsverlust akut und überraschend auf, dann bedeutet er für den betroffenen Menschen eine katastrophale, unverständliche Störung seiner Beziehung, insbesondere seiner emotionalen, zu seiner Mitwelt, die ihn in starke affektive Zustände versetzen kann. Zustände, die wir im allgemeinen wegen ihrer scheinbaren Unverhältnismäßigkeit als Symptome der schizophrenen Psychose einschätzen, die aber tatsächlich reaktiv und verständlich sind, wenn man sich empathisch in das Erlebnis des Betroffenen hineinversetzt.

Es gibt aber auch schizophrene Psychosen ohne eine solche affektive Begleitsymptomatik, die eher stumpf und unbeteiligt wirken: die so genannte einfach- demente Form oder Schizophrenia simplex. Dass sie gar nicht mit einer Demenz, mit einem Intelligenzverlust einhergeht, wissen wir inzwischen von davon geheilten Patienten. Man kann davon ausgehen, dass die in diesen Fällen allmählich und schleichend beginnenden psychischen Veränderungen nicht mit einem Verlust der Überstiegsfähigkeit verbunden ist, sondern mit einem Verzicht auf die Rückstiegsmöglichkeit. Sie wollen gewissermaßen lieber in der für sie angenehmeren Nebenrealität verbleiben.

Fixierung in der Nebenrealität

Die schizophrene Psychose entspricht daher einer Fixierung in der Nebenrealität, in der Regression. Auch weitere typisch schizophrene Symptome, der Wahn, die Halluzinationen und das Leiden an „gemachten Gedanken“, kann ebenfalls als eine Regression angesehen werden. Der Wahn entspricht einer Regression in den kindlichen Egozentrismus und die Halluzinationen, das „Gedankenlautwerden“ und das Gefühl, dass die eigenen Gedanken von außen „gemacht“ werden einer solchen in eine früheste Stufe vor der Entwicklung des Ich-Bewusstseins. Ein amerikanischer Psychologe (Jaynes) hat die Theorie entwickelt, dass das Bewusstsein von sich selbst beim Menschen erst in geschichtlicher Zeit – vor etwa 3000 Jahren, zwischen „Ilias“ und „Odyssee“ – entstanden sei und dass es vorher einer normalen Durchgangsphase entsprochen habe, dass die Menschen ihr Denken nach außen projiziert haben, also halluzinierten, so, wie das Neugeborene zwar schon hören und die Sprache der es umgebenden Menschen wahrnehmen, aber noch nicht unterscheiden könne, ob sie von außen oder von ihm

selbst kommt. Also entspricht auch hier das schizophrene Symptom einer Regression.

Beim frühkindlichen Autismus findet demgegenüber das Kind gar nicht aus seiner kindlichen, an seine individuelle Nebenrealität gebundene Denk- und Erlebnisweise heraus. Es bleibt auf dieser Stufe stehen. Es fehlt ihm vor allem die Empathie, die Fähigkeit, sich in die Gefühle der anderen Menschen einzufühlen. Das lernen die weniger stark davon Betroffenen etwa im Alter der Reifeentwicklung bis zu einem gewissen Grad, wie eine Fremdsprache. Man könnte den frühkindlichen Autismus auch als eine primäre oder angeborene Schizophrenie bezeichnen, oder diese einen sekundären Autismus (Lempp). Dafür spricht auch, dass ein Teil der schwereren Autismusformen in der Reifezeit zu typischen Schizophrenen mutieren.

Verlust der Überstiegsfähigkeit

Betrachtet man andere Formen psychischer Störungen und Krankheiten unter dem Gesichtspunkt des Verlusts der Überstiegsfähigkeit, dann kann man die Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ als eine Störung betrachten, bei der nur ein umschriebener Bereich der Hauptrealität abgespalten bleibt, das heißt durch eine Nebenrealität ersetzt wurde. Es handelt sich dabei meist um eine Eigenschaft oder Verhaltensweise beim Betroffenen selbst oder aus seiner Sicht bei den Menschen seiner Umgebung, also gewissermaßen eine umschriebene, stationäre Schizophrenie. Die Neurotiker dagegen behalten ihre Überstiegsfähigkeit, leiden aber unter der für sie unausweichlichen und nicht anhaltend ersetzbaren Hauptrealität. Die affektiven Psychosen, die endogene Depression und die Manie lassen sich mit der Theorie der zwei unterschiedlichen Realitätsebenen nicht erklären. Hier scheinen eher genetisch determinierte organische Faktoren entscheidend zu sein.

Die therapeutische Wirkung der Psychopharmaka, speziell der Neuroleptica könnte man im Zusammenhang mit der Theorie des Überstiegsverlustes als eine Beruhigung der affektiven Erregung ansehen, wodurch die Betroffenen eher wieder in die Lage versetzt werden, sich gelassener der ängstigenden Hauptrealität oder überhaupt der labilen und affektiv blockierten Überstiegsfähigkeit zuzuwenden. Man kann die psychotische Symptomatik zum großen Teil als vergebliche Versuche ansehen, die Psychose zu überwinden und den „Rückstieg“ wieder zu finden. Dabei hilft die neuroleptische Medikation.

Weitere Wirkungen der Nebenrealitäten

Auch über das Spektrum psychischer Störungen im engeren Sinn hinaus ist das Modell der Nebenrealitäten geeignet, scheinbar unerklärliche und unverständliche Handlungsweisen verstehbar zu machen. Das gilt beispielsweise auch für die in den USA in den letzten 30 Jahren zunehmenden Fälle von so genannten „School Shootings“, wie sie auch bei uns in Freising und Erfurt vorgekommen sind. Es handelt sich dabei mit großer Wahrscheinlichkeit um kurz dauernde Fixierung in über eine längere Zeit vor der Tat gepflegten Nebenrealität und einer Überidentifizierung mit einem entsprechenden Vorbild aus den Bildmedien oder Videospielen, wie dies auch in dem Film von Michael Moore „Bowling for Columbine“ deutlich gemacht wurde. Auch der so genannte Maskenmord in Gersthofen gehört in diese Reihe. Dabei müssen es keineswegs immer durch Bildmedien angeregte Überidentifizierungen sein, die zu solchen Fixierungen in einer Nebenrealität führen, wenngleich diese einen besonders starken Anreiz dazu bieten.

Aus der forensisch gutachtlichen Praxis sind auch vergleichbare Fälle von scheinbar unerklärlichen Handlungsweisen bekannt. Auch der „Friedensflug“ des Manfred Rust, der vor Jahren mit seinem Sportflugzeug der sowjetischen Flugkontrolle zum Trotz angeblich einem spontanen Entschluss zu Folge von Helsinki zum Roten Platz in Moskau flog, ist so erklärbar. Wahrscheinlich kommen so begründbare Handlungen häufiger vor. Sie fallen aber nur auf, wenn etwas Spektakuläres dabei passiert. Die Handelnden und Täter identifizieren sich aber dann oft nicht mit ihrem Tun, da es ihnen – jetzt wieder in der Hauptrealität – peinlich ist. Aus diesen wenigen Beispielen wird auch deutlich, dass psychische Störungen überhaupt oft ganz einfach Varianten menschlichen Denkens, Fühlens und Handelns sind und keineswegs von vornherein als krankhaft bezeichnet werden können. Die Übergänge von dem, was zu den normalen menschlichen Möglichkeiten gehört, und dem, was krank ist, sind überall fließend.

Schlussbemerkung

Geht man von der Entwicklung des kindlichen Denkens und Erlebens aus, dann ergibt sich, dass sich dieses zunächst in einer eigenen individuellen Weltsicht abspielt, der Nebenrealität, die in den ersten Lebensjahren dominiert und erst bis zur Einschulung hinter die gemeinsame Weltsicht, welche die Kinder mit den sie umgebenden Erwachsenen teilen, die Hauptrealität, zurücktritt. Die Nebenrealität behält der Mensch zeitlebens bei und kann in sie als einer kleinkindlichen Erlebensform zeitweilig zurückkehren, das heißt, er kann regredieren. Sie bietet psychische Erholung und ist Voraussetzung für jede Form der Kunst, aber sie kann ihn auch durch Ängstlichkeit behindern. Zwischen beiden Realitätsebenen kann der Mensch im allgemeinen souverän hin- und herwechseln. Der vorübergehende oder anhaltende Verlust dieser Überstiegsfähigkeit fixiert ihn in dieser nebenrealen Welt in kindlichem egozentristischen Denken und Fühlen. Die charakteristischen psychotischen Symptome können so anschaulich und verstehbar werden, auch für andere Formen psychischer Störungen oder anderer Verhaltensweisen, die nicht unmittelbar verstehbar sind.

Geht man von der Entwicklung des kindlichen Denkens und Erlebens aus, dann ergibt sich, dass sich dieses zunächst in einer eigenen individuellen Weltsicht abspielt

Aus den Beispielen wird deutlich, dass psychische Störungen überhaupt oft ganz einfach Varianten menschlichen Denkens, Fühlens und Handelns sind und keineswegs von vornherein als krankhaft bezeichnet werden können. Die Übergänge von dem, was zu den normalen menschlichen Möglichkeiten gehört, und dem, was krank ist, sind überall fließend

Literatur

Lempp, R.: Vom Verlust der Fähigkeit, sich selbst zu betrachten. Huber Bern, Göttingen, Toronto 1992

Lempp, R.. Das Kind im Menschen. Stuttgart Klett-Cotta 2003

Niemand wird als Monster geboren

Kinder und Jugendliche in den Mühlen der Hilfesysteme / Jugend als Ablassventil für die Ängste einer alternden Gesellschaft

Von Charlotte Köttgen

Die Fachgebiete Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie waren in der Geschichte wiederholt auftragsgebunden herrschenden politischen Systemen zugeordnet. Beide passten sich wechselnden politischen Zielsetzungen an. Sie wurden je nach dem mehr sozial integrierend oder ordnungspolitisch eingesetzt; beide Hilfesysteme wurden benutzt und missbraucht, und beide haben sich missbrauchen lassen (Baumann). Die Beeinflussung durch Politik, aber auch die Beeinflussung der Politik ist – seit Bestehen von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – sehr eng gekoppelt. Jugend funktioniert wie ein Ablassventil für die allgemeinen Ängste der alternden Gesellschaft. Dabei verhält sich Jugend nur so sozial und asozial wie die Vorbilder. Die Pisa-Studie – die umfangreichste weltweite Bildungsstudie – hat die Folgen von Ausgrenzung im Randbereich der Gesellschaft aufgezeigt. Das beginnt eben in der sozialen Herkunft, im Kindergarten und der Schule. Unser ganzes (Versorgungs- und Schul-) System funktioniert hochgradig selektiv. Nicht nur die Herkunft entscheidet über den schulischen Erfolg.

In diesem Beitrag geht es schwerpunktmäßig um jene Familien mit Kindern, die am Rande der Gesellschaft leben, oder dahin gedrängt wurden. Migration, Entwurzelung, Abschiebungen, Perspektivlosigkeit – das heißt Gewalt in unterschiedlicher Form – sind typisch für die Erfahrungen sozial und seelisch verletzter Kinder und Jugendlicher. Viele Kinder erleben überforderte Eltern, die durch Arbeitslosigkeit, Sucht, Gewalt und Vernachlässigung ihren Erziehungsaufgaben nicht wunschgerecht nachkommen können. In den Kontakten mit dem Regel- und Hilfesystem wiederholen sich besonders bei diesen Kindern und Jugendlichen gerade die Mechanismen, die zu den früheren Traumata gehörten. Für bestimmte Gruppen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen gibt es ausgefeilte therapeutische und pädagogische Angebote, hier streiten sich allenfalls immer mehr spezialisierte Fachleute um die besseren Methoden und um Zuständigkeiten.

Hilfe abhängig von der sozialen Herkunft

Anders sieht das bei den sogenannten sozialen Randgruppen aus. Sie erleben eher Verwahrung, Strafe, medikamentöse Ruhigstellung, schließlich enden viele im Abseits. Vorausgegangen sind wechselnde Hilfsmaßnahmen, der Abbruch wichtiger sozialer Beziehungen, wenig Stabilität und Verlässlichkeit, diskriminierende Diagnosen, Wertungen und Etiketten. Diese sind in dicken Akten fixiert und verfestigen fortlaufend negative Vorurteile. Hoch engagierte Erzieher, Ersatzeltern, Lehrer, Sozialarbeiter, Jugendbewährungshelfer – um nur einige zu nennen – versuchen, die Wunden auszugleichen. Ihre Arbeit findet wenig Anerkennung. Gerade die Fachleute, die für diese Gesellschaft eine der schwierigsten Aufgaben übernehmen, werden fast regelhaft zusammen mit ihrer Klientel in Randständigkeit gedrängt. Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie haben die Aufgabe, die Teilhabechancen aller Menschen zu verbessern. Werden sie diesem Auftrag immer gerecht?

Zwischen Hilfe und Ausschluss

Drei Fallbeispiele sollen zeigen, wie unterschiedlich die Voraussetzungen und Chancen sind, Hilfe zu finden.

Fall 1: Die Tochter eines Gymnasiallehrers leidet an Essstörungen. Sie sucht mit ihren Eltern eine Beratungsstelle auf. Das Mädchen unterzieht sich einer kurzen stationären Behandlung, dann wird der ganzen Familie eine ambulante Therapie angeboten. Die Symptome klingen ab. Alle Familienmitglieder können sich besser auf die wechselseitigen Ablösungs- und Entwicklungsbedürfnisse einstellen. Therapie war ein konstruktives, hilfreiches und relativ wenig einschneidendes Ereignis im Leben dieser Familie. Viele der vorhandenen therapeutischen Angebote sind auf diese Problemlagen zugeschnitten. Kinder mit intaktem Elternhaus und vorhandenen sozialen Strukturen finden, zumindest in den Großstädten, ein breites Hilfeangebot.

Fall 2: Mit acht Jahren wird ein Junge (Eltern arbeitslos, Vater Alkoholiker, Mutter abhängig von Drogen) wegen des Verdachts auf Kindesmisshandlung und Gewalt in einer Pflegefamilie untergebracht. Vorher war er schon in einem Sonderkindergarten. Wegen seiner Unkonzentriertheit, Aggressivität und sprachlichen Retardierung ist er bei der Einschulung schwer zu integrieren, er stört den Unterricht. Er kommt in die Schule für verhaltensauffällige Jugendliche und Kinder. Ein Psychiater beschreibt ihn als gefährdet, hyperkinetisch und davon bedroht, dissozial zu entgleisen. Er bekommt Ritalin. Die Pflegeeltern wollen ihn mit 12 Jahren abgeben, das Jugendamt setzt einen Amtsvormund ein, die Eltern klagen um das Sorgerecht. Der Junge hat Sehnsucht nach seinen Eltern. Er möchte trotz allem zu seiner Mutter, hat aber Angst vor dem gewaltbereiten Vater. Er kommt in eine stationäre Einrichtung der Jugendhilfe. Bei einer Erziehungskonferenz kommen rund 20 Personen zusammen, die alle – qua Funktion – Aufgaben in der Familie wahrnehmen. Die Informationen und fachlichen Sichtweisen sind sehr unterschiedlich und die Sicht darüber, was für das Kind/die Familie das Beste ist, variieren extrem.

Dr. med. Charlotte Köttgen, Fachärztin für Kinder – und Jugendpsychiatrie/ psychotherapie, Vorsitzende des Ausschusses Kinder und Jugendliche in der deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP).

Als der Junge mit 14 Jahren einen Suizidversuch macht, wird er in die Jugendpsychiatrie eingewiesen. Diagnose bei Entlassung: „Borderline-Störung." Von dort wird er in ein auswärts gelegenes therapeutisches Projekt weiterverlegt. Die Jugendhilfe hält ihn von nun an für einen Psychiatriefall. Der Kontakt zu den Eltern und seinem Milieu bricht ab. Er wird nach einem Jahr wegen Untherapierbarkeit entlassen. Er hat sich in der Einrichtung Drogen besorgt. Deshalb wird er wieder zu den Eltern entlassen. Seinem Milieu ist er mittlerweile entfremdet. Die Probleme im Elternhaus sind unverändert und eskalieren erwartungsgemäß. Die Polizei registriert Delikte, die sich auf das Dealen beziehen. Der Junge wird wegen Delinquenz, Unerziehbarkeit, Untherapierbarkeit hin- und her geschoben. Schließlich kommt er in Untersuchungshaft.

Die Diagnosen in der Akte lauten:

- ADHS- Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom,
- Borderlinestörung,
- Suchtmittelmissbrauch und beginnende Abhängigkeit,
- Suizidalität,
- Dissozialität/Delinquenz/Aggressivität,
- Beginnende Psychose.

Viele Fallkonferenzen haben diesen Weg begleitet. Die Bezugspersonen gaben nach immer kürzerer Zeit auf. Die Sehnsucht des Jungen nach verlässlichen Ersatzeltern bleibt ungehört. Was hätte diesem Jungen gefehlt, da die Eltern ausfielen? Als auch die Pflegeeltern ihn abgaben? Wann und wer hätte hier steuernd eingreifen müssen und können? Mit 16 Jahren bleibt ihm zeitweise ein Bewährungshelfer. Alle anderen Therapeuten und Erzieher sind aus seinem Leben wieder verschwunden. Sind nicht mehr zuständig. Als aktenkundiges „Monster" durchwandert er fortan die Helfersysteme. Die Jugendhilfe nennt ihn psychisch auffällig, die Psychiatrie erziehungsproblematisch, die Polizei delinquent, die Schule gibt ihn auf wegen seiner Leistungsverweigerung.

Fall 3: Auch der Junge in diesem Fall kann sich nicht auf sein Elternhaus stützen. Wegen Suchtmittelgebrauchs ist die Mutter oft nicht ansprechbar. Der Vater hat die Familie verlassen. Der Junge wird auffällig, als er zehn Jahre alt ist. Professionelle Erzieher gründen eine familienähnliche Wohnform, die Betreuung im Rahmen der Jugendhilfe wird bis zum 18. Lebensjahr – ohne Wechsel – durchgeführt. Der Junge durchlebt in dieser stabilen Konstellation mit Ersatzeltern viele seiner alten Krisen und Ängste noch einmal. Die Betreuer bleiben und halten zu ihm. Er kann sich – trotz der früheren Traumatisierungen – entwickeln. Auch während seiner beruflichen Ausbildung bleibt die Beziehung erhalten. Er hat gute Chancen, sein weiteres Leben autonom in den Griff zu bekommen.

Einzelfälle? Drei paradigmatische Beispiele aus der Praxis. Mit dem ersten Fall kommt nur das therapeutische, psychologische-medizinische System in Berührung, die letzten beiden Fälle gehören zu der Klientel der Jugendhilfe. Während Fall drei gute Lebensbedingungen im Rahmen der Jugendhilfe findet, wird der Verbesserungsbedarf in der Kooperationsstruktur am Fall zwei deutlich.

Für eine bestimmte Gruppe – meistens Kinder und Jugendliche mit intaktem Fundament in den Beziehungen – gibt es ein ausgefeiltes, anspruchvolles Entwicklungsangebot jenseits der Ursprungsfamilien. Hier streiten immer mehr hochspezialisierte Fachleute um die Zuständigkeit, für andere gibt es eher die Exclusion, den Ausschluss: weitabgelegene Heime, Strafanstalten und/oder Rehabilitationskliniken.

Der prototypische junge Mann aus Fall zwei verfängt sich in jenen „Helfer-Netzen" deren „differenzierte, qualifizierte und pädagogische Betreuungssysteme" darauf verzichten, in Treue zu betreuen. Die Situation junger Menschen, die am Ende einer solchen Laufbahn ohne ein Beziehungsnetz dastehen, ist verrückt machend. Hier soll die Aufmerksamkeit deshalb auf die Bedürfnisse dieser „schwierigen jungen Menschen" und auf die Mängel in der Betreuungsstruktur, besonders an den Schnittstellen der Jugendhilfe-, Therapie- und Straf- Systeme, gelegt werden.

Was junge Menschen brauchen, um sich zu entwickeln, ganz besonders jene, mit biographischen seelischen Verletzungen:

- tragfähige Beziehungen, besonders wenn die leiblichen Eltern ausfallen,
- tragfähige Erzieher in Kindergarten, Schule, und bei der beruflichen Perspektiventwicklung (Integrationskonzepte),
- Keine künstlich erzeugten dauernden Bezugspersonenwechsel,
- Sozialraumorientierte Angebote: Das Leben soll so normal gestaltet sein, wie das anderer Menschen auch, (Patchworkhilfen sind schädlich),
- Einbeziehung der leiblichen Eltern und Ersatzeltern in den Hilfeprozess, und die dazu nötige Aussöhnung/Versöhnung mit den Ursprungseltern,
- Unterstützung und Erhalt der Ersatzeltern und der leiblichen Eltern (beide sind für die Entwicklung und die Alltagsbewältigung unverzichtbar und kaum ersetzbar),
- professionellen Umgang mit extremen Widersprüchen. Dazu gehören die abwechselnde Idealisierung und Entwertung; der gleichzeitige Wunsch nach Autonomie und Verschmelzung; das Nebeneinander von Liebe und Hass, Spaltungsprozessen, Splitting, Verleugnen, Verdrängen; die Außenwelt wird in Gute und Böse aufgeteilt,
- zuverlässige und emphatische Betreuungspersonen, die Äußerungen früher Verletzungen erkennen/interpretieren/deuten (Autoaggressionen), z.B. wiederkehrendes Ausagieren, selbstzerstörerischer Drogenmissbrauch; körperliche, seelische Symptome, Erkennen früherer Kränkungen in neuen Interaktionen als eine Wiederholung früher Erlebnisse; Loyalitätskonflikte der Kinder gegenüber entgegengesetzten Erwartungen der Außenwelt (Erziehern, Schule, Ersatz- und leiblichen Eltern) verstehen.

Erst wenn es sichere Beziehungen, Lebensorte und Perspektiven gibt,

Als der Junge mit 14 Jahren einen Suizidversuch macht, wird er in die Jugendpsychiatrie eingewiesen. Diagnose bei Entlassung: „Borderline-Störung." Von dort wird er in ein auswärts gelegenes therapeutisches Projekt weiterverlegt

Für eine bestimmte Gruppe – meistens Kinder und Jugendliche mit intaktem Fundament in den Beziehungen – gibt es ein ausgefeiltes, anspruchvolles Entwicklungsangebot jenseits der Ursprungsfamilien

Die Jugendlichen agieren gewissermaßen ihr altes psychisches Trauma, um sicher zu sein, das sie diesmal nicht verlassen werden. Existentiell gefährliche, riskante Situationen werden wiederholt, um sich zu beweisen: ich werde überleben

kann man an Therapie denken. Die Bezugspersonen für verlassene Kinder sind lebenswichtig als Spiegel und Reflektoren der verletzten Biographie. Die Bearbeitung erlittener Verletzungen kann nur auf Basis einer stabilen, sicheren Beziehung erfolgen. Je öfter Jugendliche Beziehungen aufgeben mussten, desto destruktiver werden sie ihre Verletzungen gegen die Außenwelt oder sich selbst agieren. Die alltäglichen Abschiebungen in den Hilfesystemen schaffen erst Symptome. Die Folge ist Ausgliedern statt Integration.

Interaktionen zwischen Institutionen und deren Bewohnern

In den institutionellen Behandlungsvollzügen – siehe hier Fall 2 – wiederholen sich oft die Mechanismen, die körperlich und seelisch verletzte Menschen erlebt haben und die sie zu noch verstörteren Menschen werden ließen. Das wurde auch durch die Pisa-Untersuchung bestätigt. Dort heißt es: Durchlässigkeit besteht im hiesigen Versorgungssystem nur nach unten.

Die Jugendlichen agieren gewissermaßen ihr altes psychisches Trauma, um sicher zu sein, das sie diesmal nicht verlassen werden. Existentiell gefährliche, riskante Situationen werden wiederholt, um sich zu beweisen: ich werde überleben; diesmal bin ich nicht der Ohnmächtige, diesmal bin ich Herr/in über meinen Körper (Prostitution) oder aber: mich bringen die Drogen nicht um. Oder aber Jugendliche binden sich an die Institution in der Hoffnung, die stützende Bezugsperson zu finden. Sie passen sich notfalls der Institution an, was zur Hospitalisierung beitragen kann.

Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie wissen wenig von ihren wechselseitigen Möglichkeiten und Grenzen. Ärzten in der Jugendpsychiatrie wird automatisch die bessere Diagnose und Problemlösungskompetenz zugeschrieben

Verständigungsschwierigkeiten von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie wissen wenig von ihren wechselseitigen Möglichkeiten und Grenzen. Ärzten in der Jugendpsychiatrie wird automatisch die bessere Diagnose- und Problemlösungskompetenz zugeschrieben, auch wenn sie gerade die schwierigsten Jugendlichen mit der Begründung, dass diese „dissozial“ seien entlassen, weil eben weitere Therapieerfolge nicht zu erwarten seien. Dissozial bedeutet meistens, nicht nur seelisch, sondern auch sozial traumatisiert zu sein. Je nach Bedarf wird so ein Fall als „psychiatrische Krankheit“ oder „erzieherisches/dissoziales Problem“ definiert und der anderen Institution überantwortet.

Die meisten Institutionen definieren ihre Aufnahme – vor allem Ausschlusskriterien z.B. Drogenkonsumenten, Jugendliche mit aggressiven Verhaltensmustern, mit geistiger Retardierung, mit Neigungen zu Selbstverletzungen, mit psychotischem Verhalten, wegen Lernstörungen u.a., wodurch viele herausfallen. Eine so erzeugte, organisierte Nichtzuständigkeit ist Ursache mancher Odyssee durch das Netz.

Viele Methoden und Theorien in Pädagogik und Psychiatrie

Tragen Diagnosen zu mehr Klarheit bei? Verstärken Diagnosen Vorurteile? Gibt es eindeutige Handlungskonsequenzen bei psychiatrischen Diagnosen? Hinter eindeutig klingenden Diagnosen wie Psychosen, Borderlinestörungen, oppositionellem Verhalten verbergen sich viele Ursachen. Zahllose Theorien dienen zur Erklärung. Mit einer an Wahngewissheit grenzenden Beharrlichkeit werden einzelne Theorien als allgemein gültig vertreten. Es ist ein Tribut an die Vielfalt an widersprüchlichen Theorien und die wenigen gesicherten Erkenntnisse, dass im Katalog von „International Classification for Mental Disease“, dem sogenannten „ICD-10“, nicht mehr von Krankheiten, sondern von „Störungen“ die Rede ist. Man hat mit dem ICD-10 der Vielfalt an vorhandenen Theorien Rechnung getragen. Die Namen der – besonders diskriminierenden - Diagnosen (z. B. schizophrene Erkrankung, Hebephrenie) – wurden jedoch nicht verändert.

Diagnostische und therapeutische Kompetenz wird der Medizin zugeordnet. Mediziner lernen wenig über soziale Lebenslagen und deren Folgen. Sozialpädagogen dahingegen werden eher zu Experten für schwierige soziale Lagen ausgebildet. Diagnostische Kompetenz traut man ihnen trotzdem weniger zu als Ärzten. Ob ein Arzt oder Psychologe mit einer Diagnose wie schizophrene Psychose ein biologisches, soziales, systemisches oder aber ein psychodynamisches Konzept verbindet, erschließt sich nicht einmal den Fachleuten naturwüchsig.

Als sinnvoll und hilfreich haben sich Integrationsansätze erwiesen:

- Normalisierung, Unterstützung und Hilfen anbieten, wo das Leben sich abspielt, d. h. im sozialen Lebensfeld, Regionalisierung (Hilfen der Fachleute bewegen sich zum Kind, Gehstruktur),
- Entinstitutionalisierung, so wenig Institution wie möglich,
- Kooperation/Vernetzung der Hilfen, Integration (im Gegensatz zu sogenannten „Maßnahme-Karriere“,
- Entspezialisierung,
- Entstigmatisierung.

Hamburg hat 10 Jahre lang konsequent die Leitsätze verbesserte Integration, weniger Repression verfolgt und war erfolgreich, wie die Untersuchung von Schone belegt hat (Schone-Bericht von 1991). Die fachlichen Auseinandersetzungen trugen zu einer geglückten, wenn auch streitbaren Zusammenarbeit bei. Der Integrationsansatz dehnte sich auf andere Bereiche, auch die Schule, aus.

Dem gegenüber steht in Hamburg eine steigende Zahl an Auswärtsunterbringungen (siehe Untersuchungen Lindenberg):

- vermehrte Weiterverweisungen, Abschiebungen,
- Einweisungen in geschlossene Einrichtungen der Psychiatrie und der Jugendhilfe - außerhalb Hamburgs.

Das hat zur Folge:

- 16- und 18-jährige junge Menschen kehrten nach einer Verlegungsodyssee zurück, entwurzelt, hospitalisiert, ohne ein soziales Netz. Jugendliche, die nunmehr zum oft tödlichen „Salto mortale“ ansetzten, auf dem Kiez ...
- Die Ratlosigkeit der Helfer wächst.

■ Die Jugendhilfe wurde teurer und in den Strukturen undurchsichtiger.

Die Abgrenzungsstreitigkeiten zwischen den Systemen Psychiatrie, Jugendhilfe und Schule nehmen zu. Dabei geht es um den Ausbau der eigenen Institution, um finanzielle Ressourcen auf Kosten der Bedürfnisse der Kinder. Die verelendeten Jugendlichen ohne Netz lösen dann die Rufe nach mehr Repression aus. In der Tat hat die Politik versagt, da die erfolgreichen eigenen Leitlinien aufgegeben wurden. In Hamburg wurde besonders auch in Zeiten einer erfolgreichen, repressionsfreien Jugendpolitik gebetsmühlenartig nach mehr Repression verlangt (Schone, 1991).

Schlussfolgerungen

Eine an der Lebenswelt orientierte Arbeit, in der Hilfen – pädagogische und therapeutische – miteinander verbunden werden, gab es bisher vor allen Dingen in den Konzepten der Sozialpädagogik und der Sozialpsychiatrie. Deren Methoden und Kooperationsformen finden weder in der Forschung noch in der Wissenschaft Verbreitung und öffentliches Interesse. Die Jugendhilfe hat den Auftrag, die Integration aller Kinder, Jugendlichen und junger Erwachsenen, aber auch die Eingliederung seelisch behinderter Kinder zu gewährleisten (§ 35 a KJHG). Eine Integration seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher kann nur gelingen, wenn die Fachkräfte und Institutionen strukturelle Voraussetzungen bieten, die Stabilisierung im Lebensfeld auch jener Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien zu fördern, die von Ausstoßung bedroht sind, die oft auch noch in frühen Jahren körperlich und seelisch verletzt worden sind. Voraussetzung für diese Zusammenarbeit wäre die Kenntnis der wechselseitigen Grundsätze, nach denen gearbeitet wird, hier medizinisches Paradigma, dort ein sozialwissenschaftlicher Ansatz.

Die nach wie vor gültigen Definitionsmonopole über krank und gesund, ebenso wie negative prognostische Aussagen, suggerieren Klarheit der Konzepte in Theorien, Diagnosen und Therapien, die so nicht existieren, die vielmehr bei jedem Einzelfall gesucht und miteinander ausgehandelt werden müssen. Dafür ist eine Zusammenarbeit ohne ein hierarchisches Gefälle Voraussetzung. Kliniken sollen Orte der Krisenintervention sein und nicht versuchen, stationäre Psychotherapie oder Jugendhilfe mit optimaleren personellen Mitteln anzubieten. Die benötigten multiprofessionell arbeitenden, ambulanten Beratungsdienste sollen Jugendliche draußen begleiten und sollen gleichsam auch zur Qualifizierung der Mitarbeiter in den Einrichtungen der Jugendhilfe beitragen, deren Aufgabe die Bewältigung des schwierigen Alltagslebens ist. Sie sollen ihre therapeutischen Spezialkenntnisse in die Bewältigung des Lebensalltags einbringen, Hilfen bei der Interpretation komplizierter Beziehungsdynamik anbieten und Kenntnisse weitergeben über die Entstehung von seelischen Verletzungen nach Vernachlässigung, Gewalt und Verlassen-Werden.

Eine auf die Betreffenden zugehende Arbeitsweise, die Klienten und Patienten dort aufsucht, wo sie leben (Geh-Struktur), ist für eine solche Arbeit ebenso wichtig wie die Zusammenarbeit zwischen Jugendamt, sozialen Diensten und psychosozialen Versorgern. Es fehlt an sozialräumlicher gemeinsamer Verantwortung, in die alle gesellschaftlichen, auch kulturellen Kräfte, einzubinden sind. Nur so können Verbesserungen der Angebote auch für randständige Kinder und ihre Familien. bewirkt werden. Offenkundig gelingt dies in allen anderen Ländern besser, als in der reichen Bundesrepublik.

Unerlässlich ist eine regionale Versorgungsverpflichtung für alle an der Versorgung beteiligten Dienste. Anderenfalls kommt es immer wieder zu Verschiebungen von Kindern und Jugendlichen zwischen den Institutionen wegen der vermeintlich besseren Kompetenz der jeweils anderen Institution. Falls Verlegungen unabweislich nötig sind, soll eine Rückkehroption an den Lebensort erhalten bleiben. Die zum Teil divergierenden Ziel- und Entwicklungsvorstellungen der Vertreterinnen und Vertreter aus Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie machen einen erhöhten Diskussionsbedarf zwischen den Fachkräften beider Disziplinen deutlich (gemeinsame Fort- und Weiterbildungscurricula).

Gleichzeitig bedarf es aber auch des Mutes jeder einzelnen Fachkraft, Entscheidungen zu treffen bzw. mit zu tragen, die gerade bei problematischen Einzelfällen mit einem hohen Risiko verbunden sein können. Dieses Risiko kann nur getragen werden, wenn mutige, fachlich motivierte Entscheidungen der Mitarbeiter an der Basis auch durch den eindeutigen politischen Willen (z. B. zur Erziehung ohne geschlossene Türen) abgesichert sind. Die Kontinuität von Behandlungs-, vor allem aber Beziehungsverhältnissen, unter möglichst normalen Lebensbedingungen bei Berücksichtigung der familiären Bindungen, bei gleichzeitiger Förderung der schulischen und beruflichen Bildung, ist zentrales Ziel.

Weiterentwicklung der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Eine gleichwertige Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie ist, soll die Eingliederung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit seelischen Behinderungen gelingen, unerlässlich. Zusammenführende Betreuungs-, Versorgungs- und Therapiekonzepte statt eines vermehrten Streites um Ressourcen und Macht über Institutionen sollte vorrangiges Ziel von Veränderungen sein.

Die derzeitige Entwicklung der Betreuungs- und Versorgungsstrukturen ist von Region zu Region und von Stadt zu Land sehr verschieden. Statt Ausbau weiterer Spezialinstitutionen sollte ein Umbau, die Verbesserung der Kooperation und Koordination geschehen, wie dies auch in einem Positionspapier zum Thema Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie empfohlen worden ist (JMK und GMK, 1991; aber auch : Henkel, Schnappka, Schrapper ca. 2000, 11. Kinder und Jugendbericht der Bundesregierung 2002, Thiersch).

Eine an der Lebenswelt orientierte Arbeit, in der Hilfen – pädagogische und therapeutische – miteinander verbunden werden, gab es bisher vor allen Dingen in den Konzepten der Sozialpädagogik und der Sozialpsychiatrie

Die derzeitige Entwicklung der Betreuungs- und Versorgungsstrukturen ist von Region zu Region und von Stadt zu Land sehr verschieden

Vor oder hinter dem Fortschritt?

Chancen und Schwierigkeiten der Integration medizinischer und psychosozialer Hilfen für Kinder und Jugendliche

Von Markus Onken

Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule wird seit langer Zeit praktiziert, diskutiert und immer neu gefordert. Ziel ist eine ganzheitliche, sich ergänzende und effektive Förderung auffälliger Kinder und Jugendlicher und ihrer Familien durch das Zusammenwirken einer Vielzahl verschiedener Professionen. Geforderte Zusammenarbeit scheitert jedoch zu oft an mangelnder Bereitschaft zum Dialog, an Status- und Hierarchiefragen, berufspolitischen Abgrenzungen, unzureichenden Organisationsformen und an jeweiliger Überlastung. Ärztlich, psychologisch oder pädagogisch geleitete Institutionen lassen Kooperation oder sogar Integration manchmal nur bruchstückhaft zu und versperren den Blick auf das Kind, den ursprünglichen Mittelpunkt der Betrachtung. Ziel bleibt der Anspruch des Kinder- und Jugendhilfegesetzes: „Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit" (§ 1 KJHG). Ziel ist auch, die schwierige Arbeit ökonomisch zu gestalten und im Miteinander zu erleichtern.

Das Heilpädagogisch-Psychotherapeutische Zentrum (HPZ) ist Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heim der Jugendhilfe unter ärztlicher Leitung. 60 Kinder werden in 6 Kinderhäusern betreut, 12 Betten sind als Krankenhaus integriert und von den Krankenkassen finanziert, 48 Betreuungsplätze von den Jugendämtern. Die Kinder und Jugendlichen bleiben in der Regel 1 ½ Jahre, 75% kehren in die Familie zurück. Kinder, die nicht in ihre Familien zurückkehren, werden über die Jugendhilfe in „familienersetzenden" Einrichtungen oder langfristig rückführenden Gruppen betreut.

Dr. med. Markus Onken, Kinder- und Jugendpsychiater, Kinderarzt – Psychotherapie, Leitender Arzt, Bergische Diakonie Aprath, Fachklinik für Kinder-und Jugendpsychiatrie, Erfurthweg 28, 42489 Wülfrath, Tel: 0202-2729310

Ärztlich geleitete stationäre Kinder- und Jugendhilfe

Das HPZ ist 1974 hervorgegangen aus dem Bergischen Kindersanatorium, das sich nach dem 2. Weltkrieg der Betreuung fluchtgeschädigter Kinder und Jugendlicher gewidmet hatte. Zielsetzung war eine der gesellschaftlichen Entwicklung folgende differenzierte und multiprofessionelle Betreuung und Behandlung von in ihrem Leben und in ihrer Entwicklung schwer gestörten Kindern und Jugendlichen. 1978 erfolgte für einen Teil der Behandlungsplätze die Anerkennung als Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zur Behandlung kommen Kinder und Jugendliche mit frühen Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (Autismus), emotionalen und sozialen Störungen, Aufmerksamkeitsstörungen mit Unruhe und Impulsivität, Entwicklungsverzögerungen, umschriebenen Entwicklungsstörungen mit sekundärer Neurotisierung. Dem Motto „Das Kind im Zentrum" folgend wird seitdem Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe nach innen unter ärztlicher Leitung integriert und Kooperation nach außen mit anderen psychosozialen Einrichtungen ausgebaut.

Konzeption des Heilpädagogischen Psychotherapeutischen Zentrums

Das Menschenbild: Vor der Darstellung der Strukturen müssen viele Fragen, die das Kind betreffen, gestellt und geklärt werden: Wann ist ein Kind psychisch krank, worunter leidet es, für wen leidet es? Wann ist ein Kind gestört, wer wird gestört, von wem? Wann ist mehr Erziehung gefragt mit Zielorientierung in die Zukunft, wann therapeutische Arbeit mit Blick in die biographische Vergangenheit, wo mischt sich pädagogische und therapeutische Arbeit, wann ist kinderpsychiatrische Behandlung gefragt mit medizinischen Argumenten?

Insofern muss eine Klärung des Menschenbildes, das jeden leitet, erfolgen. Es ist geprägt von einer Ganzheitlichkeit, die auch das Einzelne ernst nimmt, von lebendiger Widersprüchlichkeit, die Ganzes ermöglicht und von einer Gleichzeitigkeit der Unterschiede, die Konflikte und Entwicklung ausmachen. Mehrdimensionalität, Multiprofessionalität und Komplexität leben damit vom Dialog, dem allerdings auch Strukturen und Regeln gesetzt sind. In diesem „dialogischen Menschenbild" wollen unterschiedliche fachliche Sichtweisen jeweils in ihren verschiedenen bio-psycho-sozialen Dimensionen geklärt werden.

Die inhaltliche Arbeit: Pädagogische und therapeutische Arbeit gründet sich bei analytisch-systemischem Grundverständnis auf eine analytische Entwicklungspsychologie, auf psychoanalytisches und lerntheoretisches Wissen um Persönlichkeitsstrukturen, Abwehrmechanismen und Bewältigungsstrategien, Übertragung und Gegenübertragung, die Differenzierung der Persönlichkeitsstrukturen und ihre unterschiedlichen Beeinträchtigungen sowie systemische Faktoren in der Familie über eine Mehrgenerationen-Perspektive und Umgebungsfaktoren. Psychodynamische und funktionelle Betrachtung der Störfaktoren konkurrieren mit unterschiedlichem Gewicht im triangulierten Dialog.

Wesentlich im Alltag ist die Schaffung eines therapeutischen Milieus mit angemessener Alltagsstrukturierung, kindgemäßem Lebensumfeld und heilpädagogisch geprägter Architektur. Eine Unterscheidung der Zimmer nach Art der Belegung durch die Kostenträger erfolgt nicht. Eine differenzierte Konferenzstruktur schafft die Voraussetzung, um in flacher Beziehungshierarchie differenziert zu arbeiten bei gleichzeitig angemessener Dokumentationskultur. Ziel ist eine pädagogisch-therapeutische Gemeinschaft, in der

die Beziehung zum Kind wesentlich ist.

Hohe pädagogische Kompetenz wächst in den Konferenzstrukturen mit intensiver Veröffentlichung individueller Erfahrungen und unterschiedlicher Sichtweisen, durch kollegiale Supervision und permanente gegenseitige Fortbildung, durch regelmäßige externe Supervision und strukturierte Fortbildung. Störungsorientierte therapeutische Arbeit findet schwerpunktmäßig in der Einzelsituation sowie in Kleingruppen außerhalb der Gruppenhäuser im Therapiehaus statt mit tiefenpsychologischer Orientierung und unterschiedlichem Zugang zum Kind über Musik, Werken, Reiten, Bewegung, Spiel und Gespräch. Einzeltherapien sind teilweise auch funktionell orientiert, in der Regel längerfristig und ermöglichen geschützten Beziehungsaufbau, bewusst getrennt von den pädagogischen Anforderungen im stetigen Austausch mit der Pädagogik.

Die Arbeit mit den Eltern ist wesentlicher Bestandteil des Konzepts und bewegt sich auf einem Kontinuum von überwiegend pädagogisch geprägter Arbeit mit Handlungsorientierung im gemeinsamen Tun hin zu therapeutischer Arbeit mit thematischer Schwerpunktsetzung, biographischer Orientierung und Beziehungsorientierung in der Mehrgenerationen-Perspektive.

Aufnahme und Behandlungskontrakt: Die kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz des HPZ steht Eltern, beratenden Institutionen und Jugendämtern als Klärungsstelle zur Verfügung, ob ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Behandlung erforderlich ist oder mehr beheimatende bzw. familienersetzende oder langfristig rückführende heilpädagogische Betreuung.

Bei vielfältigen elterlichen und fachlichen Sichtweisen ist die Ausgangsfrage an die Familie gelegentlich, wer glaube, dass das vorgestellte Kind krank sei und wer glaube, dass Erziehung wesentlich sei. Eltern sind oft genug im Zweifel und schwanken zwischen Schuldgefühlen und Verantwortungsübernahme, die Kinder sehen oft die Probleme im Blick auf die Eltern. Einigkeit darüber, dass jeder Einzelne auf seine Weise unter der Situation leidet, eröffnet die ärztliche Bewertung gegenüber der Krankenkasse und gleichzeitig die Notwendigkeit zur Kooperation mit dem Jugendamt bei gewünschter Hilfe zur Erziehung. Dabei eröffnet sich selbstverständlich die Chance zur Beziehungsarbeit, dass jeder daran arbeitet, dass es ihm selbst und dem Anderen besser gehen möge. Verhandlungen über die vielfältigen anschließenden Notwendigkeiten, die Zusammenarbeit mit der Sonderschule für Erziehungshilfe, die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern erfolgen Schritt für Schritt während der Diagnostischen Phase in der Arbeit mit Kind und Familie.

Organisatorische und inhaltliche Kristallisation in der Hausbesprechung: Organisatorischer Kern der integrativen Arbeit einer Behandlungsgruppe ist die Hausbesprechung. Sie findet unter ärztlicher, psychologischer oder psychotherapeutischer Leitung erstmals nach 4 Wochen und dann alle 4 Monate statt. An ihr nehmen alle Gruppenpädagogen, die Sozialarbeiterin, einzelne Therapeuten, Sonderschullehrer, externe Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des betreuenden Jugendamtes und der ärztliche Leiter teil. Gäste und Studenten nutzen die Hausbesprechung als Fortbildungsmöglichkeit.

Die Hausbesprechung erfasst in einem strukturierten Ablauf den Überweisungskontext, den Vorstellungsgrund und die unterschiedlichen Aufträge an die Institution. Familienanamnese und Genogramm beschreiben die Beziehung der Kinder zu wichtigen Erwachsenen und Geschwistern. Kinderpsychiatrische, neurologische, psychologische, therapeutische und sozialarbeiterische Sichtweisen ergänzen das Bild. Verhaltensbeobachtungen der Pädagogen beschreiben Interaktionen des Kindes mit der Familie, Erwachsenen und anderen Kindern. Gefühle, Einstellungen und Fähigkeit zur Selbstkontrolle werden ebenso berücksichtigt wie Umgang mit Sexualität und dem eigenen Körper, schließlich die Beschreibung des Freizeit- und Leistungsverhaltens mit Bericht aus Gruppenalltag und Schule. Eine multiaxiale kinder- und jugendpsychiatrische Klassifikation mit gemeinsamer Diagnose ermöglicht die Grundlage zu weiterer pädagogischer, therapeutischer und sozialarbeiterischer Planung. Die Hausbesprechung lebt durch ihre klare Struktur, durch genügend gemeinsame Zeit, von einer gemeinsamen einfachen Sprache und ermöglicht gemeinsames Lernen und Identifikation mit dem eigenen Aufgabenfeld in Bezug zum Ganzen zwischen Medizin, Therapie und Pädagogik.

Integration von Diagnostik, Behandlung und Betreuung

Nach ambulanter Diagnostik in der Institutsambulanz, Erarbeiten eines Arbeitskontraktes und Entscheidung in der Ambulanzkonferenz erfolgt die Aufnahme zur stationären Betreuung und Behandlung im Rahmen der Krankenkassenbehandlung. Aufnahmeanfragen durch das Jugendamt erfolgen zur heilpädagogisch-psychotherapeutischen Betreuung als Hilfe zur Erziehung im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (§ 27/34 und 35 a KJHG) und werden von den Jugendämtern finanziert.

Besonderheit ist die Integration der Kostenträger in einer Institution unter Aufrechterhaltung der gewachsenen Beziehungen zwischen Institution, Kind und Familie trotz Kostenträgerwechsel. Übergänge in den Sichtweisen vom eher medizinisch orientierten Defizitmodell zum ressourcenorientierten Beziehungs- und Erziehungsmodell sind fließend, entsprechende Veränderungen der Sichtweisen bei allen Beteiligten möglich. Die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen führt nicht zum Institutions- oder auch Gruppenwechsel mit der daraus resultierenden Gefahr einer erneuten Beeinträchtigung der Entwicklung. Entwicklungsschritte eines Kindes und seiner Familie können harmonischer erfolgen und werden von der Institution und den Kostenträgern durch

Hohe pädagogische Kompetenz wächst in den Konferenzstrukturen mit intensiver Veröffentlichung individueller Erfahrungen und unterschiedlicher Sichtweisen, durch kollegiale Supervision und permanente gegenseitige Fortbildung

Die Hausbesprechung erfasst in einem strukturierten Ablauf den Überweisungskontext, den Vorstellungsgrund und die unterschiedlichen Aufträge an die Institution. Familienanamnese und Genogramm beschreiben die Beziehung der Kinder zu wichtigen Erwachsenen und Geschwistern

Die über viele Jahre gelungene Integration von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie unter ärztlicher Leitung steht unter dem Druck vielfältig polarisierender Kräfte

die Integration angemessen beantwortet. In dieser kind- und systemzentrierten Konzeption fällt dem Kind und seiner Familie und ihrer Beziehung zur Institution eine besondere Bedeutung zu. Gelegentlich wird die Institution von den Jugendämtern als besonders machtvoll erlebt, in gutem Sinne durch ihre Kompetenz für eine bestimmte Klientengruppe, im schlechten Sinne durch ihre große Definitionsmacht. In der Verhandlung mit den Kostenträgern kommt damit dem Konzept des Dialoges der Institution besondere Bedeutung zu. Offenheit im internen Dialog, Transparenz von Entscheidungen und Definitionen und Offenheit im Dialog nach außen werden in der Konferenzstruktur, in der Ambulanzkonferenz, in den Hausbesprechungen und im Hilfeplangespräch früh gefordert und meistens eingelöst. So ist es eine Selbstverständlichkeit, dass bereits in der Ambulanzphase die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt aktiv eingeleitet wird.

Grundlage der Konzeption ist die Erarbeitung eines Behandlungskontraktes auf den verschiedenen Ebenen. Grundorientierung ist die aktive Erarbeitung der Rückkehr in die Familie, der Anspruch, die Konflikte des Kindes auf dem Hintergrund der Familienbeziehungen zu sehen und zu bearbeiten, die Gefühle in den Konflikten zwischen den wichtigen Menschen zu teilen und gemeinsame Handlungsstrategien trotz vorübergehender Trennung zu erarbeiten. Das ist ein hoher Kommunikationsanspruch, der nicht immer eingelöst werden kann. Verselbständigung und familienersetzende Arbeit mit mehr Abstand zur Herkunftsfamilie ist ein anderes Arbeitsfeld der Jugendhilfe. Geschlossene Unterbringung von Jugendlichen ist Ausnahme und Grenzsituation und bedarf eigener Konzeptionen. Akutpsychiatrische Krisenintervention steht in hoher Spannung zu langfristiger Betreuung und Behandlung und bedarf eigener räumlicher Konzepte.

So bleibt die Frage offen, ob das integrative Konzept unter den polarisierenden Kräften von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe erhalten bleibt oder ob Krankenhaus und Heim getrennte Wege gehen in möglichst guter Kooperation

Standortbestimmung

Die über viele Jahre gelungene Integration von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie unter ärztlicher Leitung steht unter dem Druck vielfältig polarisierender Kräfte. Einerseits droht klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie mit immer kürzerer Verweildauer rasch unter Erfolgsdruck zu geraten mit schnellem Griff zur Medikation, Gefahr ist auch die Funktionalisierung und Therapeutisierung der Kinder. Andererseits wird differenzierte Pädagogik banalisiert, gering bewertet und Heimerziehung mit Trennung von der Familie als letzter Schritt angesehen. Jugendämter hoffen gelegentlich auf finanzielle Entlastung durch Krankschreibung und Krankenhausbehandlung. Medizinische Dienste wollen Psychotherapie aus der Krankenhausbehandlung ausschließen. Querfinanzierung ist nicht erlaubt, Maßnahmen am Kind müssen akribisch dokumentiert werden.

Integration der Kostenträgerschaft im HPZ bedeutet die Herausforderung, „Mütterlichkeit“ einer Krankenhausbehandlung zu kombinieren mit der „Väterlichkeit“ einer Jugendhilfemaßnahme. Beschützende, behandelnde und versorgende Aspekte in der Arbeit gehören in Beziehung zu herausfordernden, begrenzenden und erziehenden Aspekten. Die unterschiedlichen, in sich widersprüchlichen, manchmal auch entgegengesetzten Standpunkte im integrierten Konzept ermöglichen Anerkennung von Multiprofessionalität, Kompetenz im jeweiligen Fach, erfordern aber auch Bescheidenheit in der Gemeinschaft, Dialogfähigkeit und Bereitschaft, Verantwortung für das Handeln zu übernehmen.

So bleibt die Frage offen, ob das integrative Konzept unter den polarisierenden Kräften von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe erhalten bleibt oder ob Krankenhaus und Heim getrennte Wege gehen in möglichst guter Kooperation. Viele Eltern und Fachleute sehen die Notwendigkeit einer intensiven stationären Arbeit mit Vertrauensvorschuss zum Arzt, mit Nutzen von Medizin und Pädagogik. Viele Eltern wollen auch in komplexe Beziehungsarbeit einsteigen und ihr eigenen Ressourcen überprüfen. ●

Wohin geht der Weg?

Spannende Expertenrunde beim 1. Schwarzacher Hof-Symposium

Wie kann eine qualifizierte Versorgung psychisch erkrankter junger Menschen in Zukunft gestaltet werden? Diesen Fragen stellten sich beim 1. Schwarzacher Hof-Symposium unter dem Titel: „Kinder- und Jugendpsychiatrie – quo vadis?“ fünf Experten. Von wenigen Ausnahmen abgesehen könne man heute von einem flächendeckenden, gemeindenahen Behandlungsangebot ausgehen, berichtete Prof. Dr. Dirk Lorenzen. Um auch zukünftig die Qualitätsstandards zu halten, werde es darauf ankommen, koordinierte und vernetzte Versorgungsstrukturen zu etablieren.

„Fehler sind nicht nur unvermeidbar, sondern sogar von Nutzen, wenn man bereit ist, aus ihnen zu lernen“, erklärte Dr. Joachim Jungmann. Er stellte ein internes Qualitätsmanagement vor, das eine umfassende Zertifizierung des gesamten Krankenhauses ermöglichen und nicht die Qualität einzelner Abteilungen herausheben soll. „Psychisch kranke Kinder sind stets auch sozial Kranke“, sagte Prof. Dr. Reinmar du Bois. Bei ihnen könne zur Rehabilitation nicht auf erworbene Fähigkeiten zurückgegriffen werden, sondern es müssten Weichen für eine zukünftige, noch nie da gewesene Entwicklung gestellt werden. Der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung widmete sich Prof. Dr. Gunther Moll. Er beurteilte bestehende Modelle und Behandlungsansätze kritisch. Er betonte die neurobiologischen Fakten und die Chancen einer frühen grundlegenden Interventionsmöglichkeit.

„Gibt es eine gemeinsame Möglichkeit, dem delinquenten Jugendlichen gerecht zu werden?“ fragte Dr. Michael Brünger. Ausgehend von Fallbeispielen zeigte er das Spektrum der Handlungsoptionen des Kinder- und Jugendpsychiaters auf, beleuchtete seine Rolle als Gutachter, Diagnostiker und Psychotherapeut und stellte therapeutische Elemente aus der Praxis einer verhaltenstherapeutisch orientierten Klinik vor. ●

Kontroverse um Früherkennung psychotischer Störungen bei Jugendlichen

Kritische Auseinandersetzung durch Fachleute der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe ebenso notwendig wie enge Kooperation mit Erwachsenenpsychiatrie

Von Benno Graf Schimmelmann, Michael Schulte-Markwort und Franz Resch

Konzepte der Früherkennung und Frühbehandlung psychotischer Störungen haben in den letzten Jahren viel Beachtung gefunden. Allerdings werden diese Konzepte kontrovers diskutiert und ethische Bedenken angemeldet. Durch die Frühinterventionsansätze werden nun vermehrt auch Jugendliche angesprochen, die unter fraglichen prodromalen oder bereits psychotischen Symptomen leiden. Daher ist eine kritische Auseinandersetzung mit diesen Konzepten durch Fachleute der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe ebenso notwendig wie eine enge Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie.

Weltweit entstehen zunehmend Frühbehandlungszentren psychotischer Störungen, beispielsweise das australische „Early Psychosis Prevention and Intervention Centre“ (EPPIC), der finnische „Need Adapted Treatment Approach in Early Psychosis Programs“, der in Birmingham angesiedelte „Early Intervention Service“ (EIS) oder das „Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychische Krisen“ (FETZ) in Köln. Diese Konzepte zur Früherkennung und -behandlung psychotischer Störungen basieren auf der Beobachtung, dass einer schizophrenen Psychose üblicherweise eine Phase unspezifischer Prodromalsymptome im Mittel von etwa 5 Jahren vorausgeht (beispielsweise Häfner et al. 1999).

Lange Zeit zwischen Ausbruch einer Psychose und Behandlungsbeginn

Eine weitere Erkenntnis ist, dass die Zeit zwischen dem Ausbruch der Psychose und dem Beginn einer Behandlung lang sein kann. Diese Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) wird im Mittel mit 1 bis 2 Jahren angegeben (Larsen et al. 2001).

Frühbehandlung in der Prodromalphase

Die Frühbehandlung in der Prodromalphase zielt auf die Verringerung der Übergangsrate von der Prodromalphase in die manifeste Psychose und ist damit ein primär präventiver Ansatz. Einige Studien weltweit haben sich bemüht, eine Kombination aus prodromalen Symptomen zu finden, die mit hoher Sensitivität und insbesondere hoher Spezifität den Übergang in eine psychotische Episode vorhersagen (Klosterkötter und Schulze-Lutter 2001; Phillips et al. 2000).

Diskussion dieses Ansatzes: Es ist unbestritten, dass insbesondere die schizophrene Psychose eine schwere und in mindestens 25% der Fälle chronische Erkrankung ist. Psychometrische Verfahren, die den Übergang von einer prodromalen in die manifest psychotische Phase vorhersagen könnten, hätten zunächst einen hohen Wert, wenn dieser Übergang mit geeigneten psychosozialen und pharmakologischen Interventionen verhindert werden könnte.

Derartige Interventionen befinden sich derzeit in der Erprobung, und erste Ergebnisse deuten auf eine erfolgreiche Verminderung der Übergangsrate in die manifeste Psychose hin (Larsen et al. 2001). Solche Screening-Instrumente werden mit dem Ziel konstruiert, eine möglichst niedrige Rate an falsch positiven Ergebnissen, also eine hohe Spezifität sowie eine hohe Sensitivität für den Ausbruch einer Psychose zu erreichen, damit möglichst viele zukünftige Patienten identifiziert, aber vor allem möglichst wenige Menschen, die niemals psychotisch geworden wären, fälschlich für „präpsychotisch“ oder „präschizophren“ erklärt werden und potentiell nebenwirkungsreich behandelt werden.

Allerdings ist die Prodromalsymptomatik höchst unspezifisch und die Konstruktion solcher Tests daher sehr schwierig. Selbst wenn hochsensitive und hochspezifische Tests zur Verfügung stünden, wäre es angesichts der niedrigen Prävalenz der Schizophrenie in der Gesamtbevölkerung von 0,8 bis 1% ein ethisch höchst bedenkliches Vorgehen, etwa an Schulen Screenings für Prodromalsymptome durchzuführen.

Dies verdeutlicht das folgende Rechenbeispiel: Hätte ein Test im Idealfalle eine Spezifität von 99% und eine Sensitivität von 99%, dann stünde in einer Screeninguntersuchung von 100.000 Einwohnern 990 richtig erkannten Kandidaten für den Übergang in eine Psychose eine Gruppe von 990 falsch positiv getesteten Kandidaten gegenüber, die niemals krank geworden wären.

In dem viel realistischeren Fall, dass die Spezifität und Sensitivität geringer wären, würde für jeden richtig Identifizierten eine Vielzahl von Kandidaten fälschlicherweise benannt und behandelt. Auf der anderen Seite bleibt die Suche nach Prädiktoren für den Ausbruch einer Psychose ein wichtiges Forschungsanliegen und das Screening in einer Hoch-Risiko-Gruppe, in der die Prävalenz psychotischer Übergänge entsprechend höher und die Problematik der falsch positiven geringer ist, klinisch sinnvoll, insbesondere wenn Stigmatisierung vermieden und psychosoziale sowie pharmakotherapeutische Interventionen sorgfältig und nebenwirkungsarm gewählt werden.

Dr. med. Benno Graf Schimmelmann, Psychosen Ersterkennungs- und Behandlungszentrum (PEB), Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg
e-Mail: bschimme@uke.uni-hamburg.de

Die Frühbehandlung nach Beginn der psychotischen Episode zielt auf die Verkürzung der Dauer der unbehandelten Psychose und ist damit ein sekundär präventiver Ansatz

Frühbehandlung nach Beginn der psychotischen Episode

Die Frühbehandlung nach Beginn der psychotischen Episode zielt dagegen auf die Verkürzung der Dauer der unbehandelten Psychose und ist damit ein sekundär präventiver Ansatz. Die empirische Basis dieses Ansatzes sind Studien, nach denen die Prognose einer psychotischen Störung umso ungünstiger ist, je länger die Psychose unbehandelt bleibt (für eine Übersicht siehe Larsen et al. 2001). Mit der frühen Behandlung einer Psychose erhofft man sich entsprechend bessere Behandlungsergebnisse für die Symptomreduktion, Reintegration in die Gesellschaft und die Lebensqualität.

Diskussion dieses Ansatzes: Neuere neurobiologische Modelle gehen davon aus, dass der Ausbruch einer Psychose mit subtilen Veränderungen neuronaler Integrität und Konnektivität einhergeht und damit selbst „neurotoxisch“ ist. Das damit verbundene therapeutische Paradigma ist die „Neuroprotektion“, um diesen Prozess aufzuhalten. Sollte es gelingen, mit pharmakologischen und psychosozialen Frühinterventionen diesen „neurotoxischen“ Prozess aufhalten zu können, dann wäre ein wichtiger Nachweis für die Notwendigkeit von Frühbehandlungsansätzen erbracht. Auch wenn die Hypothese, dass eine lange DUP mit einer ungünstigen Prognose assoziiert ist, noch nicht zweifelsfrei belegt ist, gibt es Hinweise, dass die negativen Konsequenzen einer langen DUP, wie psychosozialer Abstieg, zunehmende Hoffnungslosigkeit und negative Einstellungen gegenüber einer Behandlung, komorbider Drogenkonsum oder Depressivität mit Suizidalität verringert werden können.

Weitere Chancen von Frühbehandlungskonzepten sind die Überbrückung von institutionellen Barrieren zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie sowie die Kombination aus einer optimierten klinischen Versorgung junger psychotischer Patienten mit den dringend erforderlichen empirischen Studien zum Verlauf der Erkrankung und zur Wirksamkeit von Frühbehandlungskonzepten. Vertreter von traditionellen Versorgungssystemen bemerken demgegenüber kritisch, dass Frühbehandlungszentren die Neigung zeigen, sich neben die traditionellen Versorgungssysteme zu stellen, sie damit zu verdoppeln und die über Jahre gewachsene gemeindenahe Psychiatrie wieder aufzulösen (Pelosi und Birchwood 2003). Sekundäre Prävention ist in jedem Fall nur gemeinsam mit tertiärer Prävention (Konzepte zur Vermeidung von Wiedererkrankungen und Chronifizierung) sinnvoll. Der Verlauf der ersten 5 Jahre scheint hierbei prädiktiv für den Langzeitverlauf zu sein. Daher ist im Rahmen von Frühbehandlungskonzepten eine Behandlungskontinuität von 3 bis 5 Jahren anzustreben.

Frühbehandlung psychotischer Störungen in der Adoleszenz

Die Datenlage zur Diagnostik, Behandlung und Prognose psychotischer Störungen in der Adoleszenz ist spärlich. Insbesondere fehlen Vergleichsstudien erwachsenenpsychiatrischer und jugendpsychiatrischer Populationen, die empirische Hinweise auf besondere Anforderungen an die Behandlung jugendlicher Psychosen hätten geben können. Es gibt Hinweise, dass die Prognose der Psychose umso ungünstiger ist, je jünger die Patienten bei Erstmanifestation sind. Zudem ist recht gut belegt, dass Jugendliche empfindlicher gegenüber extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen und möglicherweise auch gegenüber Gewichtszunahme unter Neuroleptika sind als Erwachsene. Klinisch evident ist die Tatsache, dass psychotische Adoleszente in ihrer Prodromalphase und unbehandelten Psychose häufig bereits an regulären Entwicklungsaufgaben um Fragen der Abhängigkeit und Autonomie, Identität, Entwicklung von intimen Beziehungen zu Gleichaltrigen und Sexualität scheitern. Es kann daher mit Recht angenommen werden, dass der prodromale und psychotische Zusammenbruch für Jugendliche traumatischer und die Wiederaufnahme von stagnierten oder dysfunktionalen Entwicklungslinien aufwendiger ist als bei Erwachsenen, die vor Beginn der prodromalen/psychotischen Symtpomatik bereits viele Entwicklungsaufgaben bewältigt haben. Die meisten psychotischen Jugendlichen leben bei Behandlungsbeginn noch bei ihren Eltern. Das Familiensystem ist daher durch eine nicht selten lang andauernde subjektiv unerklärliche und zunehmend belastende Symptomatik beeinträchtigt und in Gefahr ein negatives Familienklima zu entwickeln und hat entsprechend einen sehr hohen Beratungs- und Unterstützungsbedarf bei Behandlungsbeginn.

Kooperative sekundär und tertiär präventive Frühbehandlungszentren sind aus folgenden Gründen gerade für jugendliche psychotische Ersterkrankte notwendig:

- Psychosen im Jugendalter sind vergleichsweise selten. Die Gefahr, dass diese Patientengruppe in herkömmlichen jugendpsychiatrischen Versorgungssystemen inhaltlich zu kurz kommt, ist groß, eine Bündelung von Know How und Ressourcen daher sinnvoll.
- Bislang spricht die Datenlage in gemischt jugendlich/erwachsenen Populationen dafür, dass auch jugendliche Ersterkrankte zu spät in Behandlung kommen und von einer frühzeitigen und kontinuierlichen Behandlung über 3 bis 5 Jahre profitieren können.
- Stellt man die im Mittel 5 bis 7 Jahre dauernde Phase unbehandelter prodromaler und psychotischer Symptomatik in Rechnung, so liegt der Erkrankungsbeginn in vielen, wenn nicht den meisten Fällen in der Adoleszenz. Jugendpsychiatrisches Know How um adoleszenzspefische Konflikte sowie ihre Behandlung ist also auch für über 18-jährige Ersterkrankte von großer Bedeutung.

Kritische Betrachtung primär präventiver Konzepte

Primär präventive Konzepte müssen weiterhin kritisch betrachtet werden. Screeningansätze der Gesamtbevölkerung sind derzeit nicht sinnvoll. Allerdings müssen Adoleszente, die unter unspezifischen fraglich „prä-psy-

Professor Dr. med. Franz Resch, Direktor der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinikum der Universität Heidelberg, e-Mail: franz_resch@med.uni-heidelberg.de

chotischen“ Symptomen leiden, fachärztlich betreut werden. Frühbehandlungszentren sollten daher für diese Patientengruppe ein differentialdiagnostisches Angebot machen sowie entweder eine Behandlung anbieten oder aber ein Verlaufsmonitoring vorhalten und die Weiterbehandlung vermitteln. Die wiederholte Differentialdiagnostik im Verlauf ist auch für bereits psychotische, insbesondere für Patienten mit schizoaffektiven, schizophreniformen, drogeninduzierten, unspezifischen oder affektiven Psychosen notwendig, da diese Diagnosen nach derzeitigem Wissensstand nicht stabil sind, eine Veränderung der Diagnose, etwa von der affektiven zur schizophrenen Psychose oder umgekehrt, aber erhebliche therapeutische Konsequenzen hat.

Kooperative Frühbehandlungszentren in Deutschland

In Deutschland existieren derzeit zwei kooperative Frühbehandlungszentren: Das Heidelberger Frühbehandlungszentrum (FBZ) wurde in Kooperation der Abteilungen Allgemeine Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg geplant und konzipiert. Es umfasst 16 vollstationäre (offen und geschützt), drei teilstationäre sowie ambulante (vorstationäre und nachstationäre) Behandlungsplätze, und eine nachstationäre aufsuchende Behandlungseinheit (Mobiles Bezugspersonensystem). Neben der integrierten und settingübergreifenden Behandlung von Patienten im Alter von 13 bis 28 Jahren und der Früherkennung und Frühbehandlung psychischer Störungen stellen die Angehörigen- und Öffentlichkeitsarbeit zwei weitere wichtige Aufgabenbereiche dar. Das Mobile Bezugspersonensystem (MBS) gewährleistet neben der poststationären ambulanten Begleitung die Beziehungskontinuität ab Akutphase über alle weiteren Behandlungsschritte bis zum „home-treatment“ und dient somit der Rückfallprophylaxe. Poststationäre Gruppenangebote, Destigmatisierung durch Einbeziehung von Nicht-Patienten und durch öffentliche Projekte und eine ressourcenorientierte, mobile und flexible ausgerichtete Arbeitsweise komplettieren das Angebot des mobilen Bezugspersonensystems. In enger Kooperation mit dem Frühbehandlungszentrum arbeitet die Gruppe „Balance“, ein Team, das Familien mit psychisch kranken Eltern mit Beratungs- und therapeutischen Angeboten und pädagogischer Begleitung unterstützt.

Das Psychosen Ersterkennungs- und Behandlungsprojekt (PEB) ist ein Kooperationsprojekt der Kliniken für Psychiatrie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Das im Aufbau befindliche Projekt beschäftigt derzeit zwei ambulante Ärzte, die neben kontinuierlicher Einzel- und Familientherapie psychotischer Ersterkrankter im Alter von 14 bis 30 Jahren die Vernetzung bestehender Ressourcen und Öffentlichkeitsarbeit anbieten. Das PEB ist entsprechend eng verzahnt mit der sozialpsychiatrischen Ambulanz, der Krisentagesklinik, den jugend- und erwachsenenpsychiatrischen Stationen sowie Einrichtungen der Jugendhilfe. Ein wichtiger Aspekt ist die Kooperation mit niedergelassenen Kollegen, welche die angestrebte personelle Kontinuität in der Behandlung über mindestens 5 Jahre anbieten können. Es ist angestrebt, das Behandlungsteam zu verstärken und mit den Krankenkassen eine integrierte Versorgung inklusive „Hometreatment“ auszuhandeln. Ein psychotherapeutischer Schwerpunkt ist der skandinavische „need adapted approach“ mit Familientherapie sowie die tiefenpsychologisch fundierte Psychosentherapie. Als mit dem PEB assoziierte Öffentlichkeitsarbeit ist das Projekt „Irre menschlich“ an Schulen (Bock et al. 2003) zu nennen sowie die Ausbildung von Jugendhilfe-Mitarbeitern im Erkennen von und Umgang mit jungen psychotischen Menschen im Rahmen von Workshops.

Das Psychosen Ersterkennungs- und Behandlungszentrum (PEB) ist ein Kooperationsprojekt der Kliniken für Psychiatrie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Abstract

Sekundär und tertiär präventive Frühbehandlungszentren können aus jugendpsychiatrischer Sicht empfohlen werden, wenn sie in Kooperation zwischen Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie gestaltet werden und ein integratives Behandlungskonzept unter Berücksichtigung adoleszenzspezifischer Konflikte und der familiären Belastung vorhalten, das auf eine Behandlungskontinuität von mindestens 3 bis 5 Jahren zielt. Die Vernetzung mit vorhandenen Behandlungsangeboten und der Jugendhilfe sind wichtig, ebenso eine wirksame Antistigma-Arbeit in der Öffentlichkeit und begleitende empirische Forschung. Primär präventive Ansätze sind weiterhin problematisch, Screeningverfahren prodromaler Symptome in der Gesamtbevölkerung auf Grund der niedrigen Prävalenz der Psychose höchst bedenklich. Dennoch sollte eine Differentialdiagnostik prodromaler Zustände und zumindest ein kontinuierliches Monitoring bei Verdacht auf die Entwicklung einer Psychose sowie die Vermittlung einer bedarfsorientierten fachärztlichen Betreuung in allen Frühbehandlungszentren angeboten werden.

Literatur

Bock T, Altmann U, Patzner S, Steiner J: Antistigmakampagne von unten lebt von trialogischer Zusammenarbeit. Kerbe Forum für Sozialpsychiatrie 2003, 3:31-35.

Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, An der Heiden, W: Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica 1999, 100:105-118.

Klosterkötter J, Schulze-Lutter F: Gibt e seine Primärprävention schizophrener Psychosen. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 2001, 69 Sonderheft 2:S104-S112.

Larsen TK, Riis S, Haahr U, Joa I, Johannessen JO, Melle I, Opjordsmoen S, Simonsen E, Vaglum P: Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a crititcal review. Acta Psychiatrica Scandinavica 2001, 103:323-334.

Pelosi A, Birchwood M: Is earlx intervention for psychosis a waste of valuable resources? British Journal of Psychiatry 2003, 182:196-198.

Phillips LJ, Yung A, McGorry PD: Identification of young people at risk of psychosis: validation of the personal assessment and crisis evaluation clinic intake criteria. Australian New Zealand Journal of Psychiatry 2000, 34 (Suppl): S 164-S169.

Professor Dr. med. Michael Schulte-Markwort, Direktor der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, e-Mail: schulte.markwort @uke.uni-hamburg.de

Geschlossene Unterbringung von Kindern und Jugendlichen als Chance

Das Ziel ist, sozial deviantes Verhalten zu reduzieren und sozial erwünschtes Verhalten aufzubauen / Leitlinie zur Sicherung des Behandlungserfolgs

Von Joachim Jungmann

„Geschlossene Unterbringung" von Kindern und Jugendlichen meint die Anwendung freiheitsbeschränkender oder freiheitsentziehender Maßnahmen zur Durchführung pädagogischer oder therapeutischer Interventionen, ohne die dem Betroffenen, der diese nachdrücklich verweigert, eine schwere Gefährdung droht. Während die Anwendung solcher Maßnahmen bei der Behandlung eines krankheitsbedingten Verlustes der Ich-Steuerung mit einem sich selbst oder andere Personen gefährdendem Verhalten, wie etwa bei dem Krankheitsbild einer akuten Psychose oder einer suizidalen Krise, einen weniger problematischen Indikationsbereich darstellt, ist die Berechtigung der Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen als sozialpädagogische Struktursetzung oder zur Sicherung einer aus anderen Gründen notwendigen therapeutischen Intervention problematischer.

Es steht außer Frage, dass Kinder und Jugendliche mit einem sich selbst oder andere gefährdenden Verhalten ohne eine Korrektur ihrer schweren sozialen Orientierungsstörung oder einer nachhaltigen Beeinträchtigung der Ich-Identität in ihrer Entwicklung schwerwiegend gefährdet sind. Dadurch, dass sie in einen sozialpädagogischen Rahmen, der ihnen Erziehung und Bildung ermöglichen könnte, nicht mehr einzubinden sind, bringen sie sich um die Chancen einer befriedigenden Lebens- und Berufsplanung. Neben einer mangelhaften pädagogischen Lenkbarkeit und Erreichbarkeit gefährden aggressive Durchbrüche und Kontrollverluste oder Symptome der Verwahrlosung, des Drogenmissbrauches oder andere selbstzerstörerischen Verhaltensweisen die Entwicklung des Kindes.

Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken werden in den letzten Jahren vermehrt für Kinder und Jugendliche in Anspruch genommen, die wegen schwerer und schwerster Verhaltensstörungen in Familien oder sie schon seit längerem betreuenden Jugendhilfeeinrichtungen als nicht mehr führbar angesehen werden. Mitarbeiter der Jugendhilfe und Vormundschaftsrichter bestehen auf Unterbringungsmöglichkeiten, nachdem Plätze in geschlossenen Heimen alternativlos abgebaut worden sind. Diese Entwicklung hat sich nach der Wiedervereinigung durch eine Veränderung von Zuständigkeiten und Lösungsansätzen in den östlichen Bundesländern weiter verschärft. Für schwerwiegend verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche, die in der Regel aus der bereits besuchten Schule, der Ausbildungsstelle oder aus einem betreuenden Heim ausgegrenzt worden sind, wird eine eng strukturierte pädagogische und therapeutische Führung gesucht, die einzig im Rahmen einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung, oft verbunden mit geschlossener Unterbringung, gegeben erscheint.

Die emotionale Erlebenssituation des Betroffenen

Sowohl die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung als auch die pädagogische Intervention der Jugendhilfe sollen dem betroffenen Kind/Jugendlichen mit erzieherischen oder/und therapeutischen Mitteln dazu verhelfen, die Fähigkeit zu einer altersentsprechenden Selbstständigkeit und Identitätsbildung zu wiederzuerlangen. Hierzu ist seine Kooperationsbereitschaft erforderlich. Erfolgt die Einleitung und Durchführung therapeutischer oder erzieherischer Maßnahmen aber unter Unfreiwilligkeit und unverkennbarem Widerstand des jungen Menschen, so ist diese nicht gegeben.

Es müssen Besonderheiten der emotionalen Situation des Betroffenen beachtet werden. Kinder und Jugendliche erleben die unfreiwillige Unterbringung als Sanktion, die sie mit ihrem bisherigen Fehlverhalten konfrontieren soll. Die Hoffnung, dass der Jugendliche die sich ihm nun eröffnende Möglichkeit nutzen möge, um unter therapeutischer oder pädagogischer Führung zu Selbstbestimmung und Reflexion zu finden, kollidiert mit dem Empfinden von Kränkung und Zurückweisung, die dieser meist auch schon zuvor erfahren hat. Das Gefühl des Unverstandenseins ist an der Entwicklung der schweren Verhaltensauffälligkeiten schon seit längerem beteiligt. Aufgrund ihrer mangelhaften Selbstsicherheit zeigen solche Jugendliche eine starke Misserfolgsorientierung und massive Kränkbarkeit. Diese sind wiederum Ursache ihrer vermehrten aggressiven Reaktions- und Abwehrbereitschaft. Erfahrungen des Versagens, immer wiederkehrende, von außen eingreifende Verhaltenssteuerungen und Sanktionen erschweren eine angemessene Bewertung des eigenen Handelns.

Dadurch, dass seine Selbsterfahrung durch Negativbewertungen der Umwelt bestimmt wird, kann ein Lernprozess begünstigt werden, in welchem sich der Betroffene vor allem negative Eigenschaften zuschreibt und diese gewissermaßen zum festen Bestandteil des eigenen Identitätserlebens macht. Die Verstrickung in administrative Maßnahmen und in die enttäuschten Hoffnungen von Helfern verschärfen zusätz-

Dr. med. Dipl.-Psych. Joachim Jungmann, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Klinikum am Weissenhof, 74189 Weinsberg, Tel. 07134/75-1300, Fax 07134/75-1390, e-Mail: j.jungmann@klinikum-weissenhof.de

lich den Selbstwertverlust und die personelle Desorientierung des Jugendlichen.

Wie auch immer die einzelnen und sicher sehr unterschiedlichen lebensgeschichtlichen Komponenten für die Entstehung und Ausformung des Fehlverhaltens des Kindes/Jugendlichen zu werten sind, so lässt sich doch nachweisen, dass dem Betroffenen meist schon zu einem frühen Lebenszeitpunkt elementare Bedürfnisse nach emotionaler Zugehörigkeit und Geborgenheit verwehrt oder ihre Erfüllung nachdrücklich behindert wurde. Dies kann auch durch Besonderheiten der persönlichen Ausstattung und Erlebnisverarbeitung des Kindes bedingt worden sein.

Das Ziel der Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen

Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen, die vorwiegend mit therapeutischen oder pädagogischen Mitteln, selten mit Einschließen oder körperlicher Fixierung zu gestalten sind, sind nur gerechtfertigt, wenn sie das Kind oder der Jugendliche vor oder nach Abklingen, eventuell auch während eines Erregungs- bzw. Ausnahmezustandes als Ausdruck einer therapeutisch oder pädagogisch reflektierten Absicht erlebt, ihn dadurch wieder zu einem seinem Alter entsprechenden selbstbestimmten Handeln zu befähigen.

Pädagogische Hilfe und jugendpsychiatrische Behandlung im Rahmen einer „Unterbringung“ haben gemeinsam das Ziel, sozial deviantes Verhalten zu reduzieren und sozial erwünschtes Verhalten aufzubauen. Genehmigung und Durchführung einer solchen Maßnahme setzen voraus, dass dieses Ziel prinzipiell erreichbar ist. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht kann dem dann zugestimmt werden, wenn die Prämisse gilt, dass jeder Mensch über prosoziale Fähigkeiten verfügt. Störungen und Fehlentwicklungen des sozialen Verhaltens haben wesentlich damit zu tun, dass die Voraussetzungen einer gesunden seelischen Entwicklung beeinträchtigt wurden, die erforderlich sind, um diese Fähigkeiten auch anzuwenden und weiterzuentwickeln. Therapeutische Hilfestellung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie ist dann angezeigt, wenn die Fehlentwicklungen wesentlich auf die Auswirkungen einer seelischen Krankheit oder Störung zurückgeführt werden können. Stehen demgegenüber die Folgen mangelnder erzieherischer Führung und sozioökonomischer Sicherung im Vordergrund, so ist die Leistungsverpflichtung anderer Hilfeträger, vornehmlich der Jugendhilfe, vorrangig.

Freiheitseinengende oder freiheitsentziehende Maßnahmen können dann der Sicherung des Behandlungszieles, vor allem der Entwicklung einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit dienen, wenn sie therapeutische und pädagogische Bemühungen tatsächlich zu unterstützen vermögen. Die vorübergehende Geschlossenheit des Behandlungsansatzes kann einen die Therapie begleitenden pädagogischen Rahmen darstellen, der in die Kontinuität der Erziehungsverantwortung gegenüber dem Kind gebracht werden muss. Deshalb ist bei solchen Behandlungskonstellationen die enge Kooperation mit den Sorgeberechtigten des jungen Menschen unabdingbare Voraussetzung. Zusammen mit dem Jugendlichen muss in der eingeleiteten Intervention die Grundlage zu einer Neubewertung seines Lebensentwurfes gelegt werden. Die pädagogische oder therapeutische „Besinnungszeit“ soll ihm die Chance bieten, unter fachlicher Begleitung Zugang zu seiner gestörten seelischen Entwicklung zu finden und bei erfolgreicher Bearbeitung erzieherischen Einflussnahmen wieder zugänglich zu werden.

Für den Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen heißt das, dass Pädagogik und Therapie im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung nur dann eine Erfolgsaussicht haben, wenn es gelingt, die Unterbringung als, vielleicht anfänglich auch räumliche, Blockade von Selbstbestimmung letztlich überflüssig zu machen. Die Unterbringungsmaßnahme kann dann zur Selbstentwicklung des Jugendlichen beitragen, wenn dieser die definitiv gesetzte Grenze als unbedingte, vorwiegend mit pädagogischen Mitteln gestaltete, Absicht erlebt, ihm die notwendige psychotherapeutisch oder heilpädagogisch begleitete Behandlung zu sichern.

Qualitative Voraussetzungen

Um dieses Ziel zu erreichen, müssen allerdings einige Bedingungen erfüllt sein, auf deren Umsetzung zu bestehen ist. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e.V. hat sich entschlossen, eine „Leitlinie zum Vorgehen bei freiheitseinschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zur Sicherung des Behandlungserfolges“ zu erarbeiten, die im Januar 2000 veröffentlicht wurde. Dabei wurden insbesondere Anforderungen an die Gestaltung und Qualitätssicherung im Umgang mit freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen festgelegt.

Hierzu gehört als erstes die Schaffung von Rechtssicherheit. Immer handelt es sich bei der Anwendung von freiheitsbeschränkenden oder freiheitsentziehenden Maßnahmen gegen oder ohne den erklärten Willen des Betroffenen um einen Eingriff in das Grundrecht der Freiheit der Person entsprechend Artikel 2, Abs. 2 GG und Artikel 104 GG. Die Entscheidung über die Durchführung und die Art und Weise freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen ist Angelegenheit der ausführenden Einrichtung und hat in Abstimmung mit dem gesamten therapeutischen und pädagogischen Behandlungsprogramm in verantwortlicher, nachprüfbarer Weise, dokumentiert zu erfolgen. Immer sind die Eltern/Sorgeberechtigten, wenn vorhersehbar, vor Anwendung dieser Maßnahmen, einzubeziehen. Bei allen freiheitsentziehenden Maßnahmen besteht erhöhter Aufsichtsbedarf, der nur durch einen dauerhaften Kontakt zwischen dem therapeutischen und heilpädagogischen Personal und dem

Freiheitseinengende oder freiheitsentziehende Maßnahmen können dann der Sicherung des Behandlungszieles, vor allem der Entwicklung einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit dienen, wenn sie therapeutische und pädagogische Bemühungen tatsächlich zu unterstützen vermögen

Pädagogische Hilfe und jugendpsychiatrische Behandlung im Rahmen einer „Unterbringung“ haben gemeinsam das Ziel, sozial deviantes Verhalten zu reduzierten und sozial erwünschtes Verhalten aufzubauen

jungen Menschen gewährleistet werden kann.

Die Achtung der Würde und Selbstbestimmung des kranken jungen Menschen und seiner Sorgeberechtigten ist Voraussetzung jeder Behandlung

Entsprechend qualifiziertes Personal

Eine Klinikstation oder pädagogische Gruppe, auf welcher therapeutisch oder pädagogisch begründete Maßnahmen unter geschlossenen Bedingungen durchgeführt werden, muss über entsprechend qualifiziertes Personal und ausreichend gestaltete materielle Ressourcen verfügen, die für einen differenzierten Umgang mit dem betroffenen jungen Menschen erforderlich sind. Hierzu gehört die Möglichkeit zur potentiellen räumlichen Schließung, zumindest einer Untergruppe, genauso wie ausreichende Tagesgestaltung und die begleitende Unterstützung zur Anbahnung schulischer und beruflicher Ausbildung. Die intensive Supervision des Personals muss Pflichtteil einer solchen Arbeit sein.

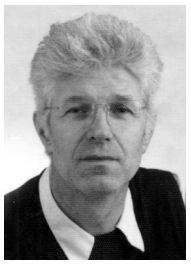
Es handelt sich bei der Behandlung der Betroffenen, wie bereits betont, um Kinder und Jugendliche, die in der Regel neben psychotherapeutischer und jugendpsychiatrischer Hilfe die Leistungen der Jugendhilfe, der Schule und der Arbeitsverwaltung benötigen. Der generellen, fachlich gesicherten Kooperation zwischen diesen Disziplinen kommt hier zentrale Bedeutung zu. Die Achtung der Würde und Selbstbestimmung des kranken jungen Menschen und seiner Sorgeberechtigten ist Voraussetzung jeder Behandlung. Dies gilt ganz besonders für eine stationäre Krisenintervention unter geschlossenen Bedingungen. Diese benötigt klare Handlungsanweisungen und Interventionsstrategien, die mit allen Verantwortlichen verbindlich und auch für die betroffenen Jugendlichen abzusprechen und transparent darzustellen sind. ●

Hohe Anforderung an Aushandlungsbereitschaft und -fähigkeit

Psychisch auffällige Kinder und Jugendliche – eine Aufgabe der institutionellen Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie

Von Karl Späth

Die Zahl junger Menschen mit einer psychischen Störung oder Auffälligkeit nimmt zu. Dies stellt die Jugendhilfe vor erhebliche Herausforderungen, denn sie ist für diese Personengruppe fachlich und finanziell zuständig, wenn eine psychische Störung deren soziale Teilhabe beeinträchtigt und deshalb eine seelische Behinderung vorliegt oder droht. Bei der Feststellung einer seelischen Behinderung ebenso wie bei der Hilfeplanung und in akuten Krisensituationen ist die Jugendhilfe auf eine enge Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie angewiesen. Dabei können die Vorschriften des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger hilfreiche Anregungen und Unterstützung geben.



Karl Späth, Diplompädagoge, Referent für Erziehungshilfen im Diakonischen Werk der EKD, Stafflenbergstraße 76 70184 Stuttgart, e-Mail: spaeth@diakonie.de

Die Schnittmenge der Personengruppe, für die Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie gemeinsam zuständig und verantwortlich sind, ist groß und nimmt weiter zu. Dies gilt für die Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kleinkinder ebenso wie für Kinder und Jugendliche mit in der Schule virulent werdenden Teilleistungs- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie für alle anderen jungen Menschen, deren „seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist“, so die Definition für eine seelische Behinderung in § 35a KJHG.

Derzeit erhalten nach einer Erhebung des Deutschen Jugendinstituts in München zirka 46 000 Kinder, Jugendliche und junge Volljährige vom Jugendamt eine Eingliederungshilfe für junge Menschen mit einer seelischen Behinderung (van Santen, E. u.a., S. 308). Die Zahl der jungen Menschen mit einer seelischen Behinderung, die eigentlich einen Anspruch auf eine Eingliederungshilfe durch das Jugendamt haben, ist aber um ein vielfaches höher und dürfte basierend auf epidemiologischen Studien des Ulmer Kinder- und Jugendpsychiaters Jörg M. Fegert, bei annähernd 240 000 liegen (Fegert, J.M. S. 46).

Bestätigt werden diese Einschätzungen durch eine Fallanalyse in Rheinland-Pfalz, wonach die Zahl der Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen in Jugendhilfeeinrichtungen, die einen intensiveren Kontakt bis hin zu einem stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten, sich innerhalb von zehn Jahren von 10 bis 15% auf über 30% mehr als verdoppelt hat (Schrapper, Ch./Kalter,B., S. 34).

Die Gründe und Anlässe für diese Kontakte junger Menschen mit beiden Hilfesystemen sind unterschiedlich und vielfältig. Sie beziehen sich unter anderem auf

- die gemeinsame diagnostische Abklärung einer seelischen Behinderung (§ 35a KJHG),
- die Einbeziehung fachärztlicher Kompetenz bei der Hilfeplanung für längerfristige ambulante, teilstationäre und stationäre Erziehungshilfen (§ 36, 2 KJHG),
- die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und

Jugendpsychiatrie in akuten Krisensituationen,
- die Ausgestaltung von abgestimmter Übergängen von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Jugendhilfe und umgekehrt,
- die Inanspruchnahme der Fachkompetenz beider Bereiche im Verfahren zur Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen nach § 1631b BGB durch das Familiengericht,
- die Zusammenarbeit bei der Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder.

Diese gemeinsamen oder sich wechselseitig ergänzenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie für eine große und weiter anwachsende Zahl junger Menschen verlangt neue, verbesserte Formen der Zusammenarbeit und zwar unter Respektierung der jeweils spezifischen Handlungsgrundlagen und Tätigkeitsprofile beider Bereiche. Ziel dieser Zusammenarbeit muss es sein, ein antiquiertes und engstirniges Alleinzuständigkeits- oder Nichtzuständigkeitsdenken zu überwinden. Um dies zu erreichen, ist die Bereitschaft zur Kooperation und Vernetzung unterschiedlicher Angebote unverzichtbar. Eine gelingende Kooperation braucht allerdings gedeihliche Bedingungen.

Dazu gehört, dass
- die Partner sich gegenseitig als gleichwertig anerkennen,
- die Kooperation sich für beide Seiten lohnt,
- ein Mindestmaß an gemeinsamen Zielen und Überzeugungen vorhanden ist,
- Strukturen und Verfahrensregelungen für die Zusammenarbeit geschaffen und akzeptiert werden.

Gerade die Schaffung tragfähiger Strukturen und verlässlicher Verfahrensregelungen für die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie war bisher schwierig, weil es dafür keine gesetzlichen Grundlagen gab. Im Kinder- und Jugendhilfegesetz sind zwar gemeinsame Zuständigkeiten bei der Feststellung einer seelischen Behinderung und der Hilfeplanung normiert worden, allerdings ohne entsprechende Regelungen für die inhaltliche Abstimmung und die Finanzierung der erbrachten Leistungen. Außerdem gab und gibt es erheblichen Regelungsbedarf für die Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs junger Menschen aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie in stationäre und teilstationäre Erziehungshilfeangebote.

Regelungen für die Zusammenarbeit

In dem am 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX sind nunmehr aber äußerst hilfreiche Regelungen und Instrumentarien für die fachliche und organisatorische Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den übrigen für Kinder und Jugendliche verantwortlichen Rehabilitationsträger, vor allem der Sozialhilfe und der Arbeitsverwaltung enthalten, die allerdings bisher noch wenig genutzt werden. Diese Regelungen und Instrumentarien sind:

Bisher war die Klärung der Zuständigkeit für eine Eingliederungshilfe und die Feststellung des individuellen Hilfebedarfs vor allem bei „Grenzfällen“ langwierig, und nicht selten wurden die Eltern mit ihren Kindern mehrfach von einem zum anderen Träger weiterverwiesen. Solchen Verzögerungs- und Verschiebestrategien zu Lasten der Hilfesuchenden hat der Gesetzgeber mit den Regelungen im § 14 SGB IX einen Riegel vorgeschoben.

Künftig dürfen Hilfesuchende nur noch ein Mal wegen Nichtzuständigkeit an einen anderen Leistungsträger weiter verwiesen werden. Dieser ist dann in jedem Fall für die Finanzierung der erforderlichen Leistungen zuständig. Außerdem sind für die Zuständigkeitsklärung und die Feststellung des Hilfebedarfs sehr kurze Fristen (maximal 4 bis 6 Wochen) vorgegeben. Außerdem können die Hilfesuchenden die Unterstützung einer sogenannten gemeinsamen Servicestelle der Reha-Träger (§ 22 ff SGB IX) in Anspruch nehmen.

Verpflichtung verschiedener Leistungsträger zur Zusammenarbeit

In zahlreichen Einzelfällen ist es erforderlich, dass mehrere Leistungsträger oder Einrichtungen bei der Durchführung einer Hilfe eng zusammenarbeiten. Um diese Zusammenarbeit zu verbessern und zu qualifizieren und die jeweiligen spezifischen Leistungen der beteiligten Träger und Einrichtungen inhaltlich aufeinander abzustimmen, werden diese verpflichtet, „im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen festzustellen und schriftlich so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinander greifen“ (§10 Abs 1 SGB IX). Weiter müssen die Leistungsträger durch entsprechende Absprachen und Abstimmungen dafür Sorge tragen, dass „die im Einzelfall erforderliche Leistungen nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden, Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden und Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden“ (§ 12, 1 SGB IX).

Erarbeitung gemeinsamer Empfehlungen

Für alle Fragen und Aufgabenstellungen, die die Zusammenarbeit der Reha-Träger untereinander betreffen, müssen diese sogenannte ‘gemeinsame Empfehlungen‘ (§ 13 SGB IX) erarbeiten, die für jeden der Leistungsträger verbindlichen Charakter haben. Als zusätzliches Instrument zur inhaltlichen und organisatorischen Abstimmung der Angebote und Leistungen der verschiedenen Träger sollen diese gemeinsame Empfehlungen „zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ihrer Leistungen, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für effektives Qualitätsmanagement“(§ 20, 1 SGB IX) erarbeiten und dafür Sorge tragen, dass diese in den Einrichtungen und Diensten, in denen die Leistungen erbracht werden, angewendet werden.

Gerade die Schaffung tragfähiger Strukturen und verlässlicher Verfahrensregelungen für die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie war bisher schwierig

Bisher war die Klärung der Zuständigkeit für eine Eingliederungshilfe und die Feststellung des individuellen Hilfebedarfs vor allem bei „Grenzfällen“ langwierig, und nicht selten wurden die Eltern mit ihren Kindern mehrfach von einem zum anderen Träger weiterverwiesen

Ob die Leistungsträger und die Einrichtungen diese Vorschriften und Regelungen aber als Chance begreifen, ihre Aufgaben durch enge Kooperation mit den anderen beteiligten Trägern effektiver und effizienter erfüllen zu können

Zusammenfassung

Alle diese Vorschriften und Regelungen für die Zusammenarbeit der verschiedener Leistungsträger bei der Zuständigkeitsklärung und der Durchführung der Hilfen für einzelne Personen oder Personengruppen, zum Beispiel junge Menschen mit einer seelischen Behinderung, sind im Interesse der Menschen, die diese Leistungen erhalten sollen, sehr zu begrüßen. Diese Verfahrensregelungen sind jedoch anspruchsvoll und stellen hohe Anforderung an die Aushandlungs- und Verständigungsbereitschaft und -fähigkeit aller Beteiligten.

Ob die Leistungsträger und die Einrichtungen, in unserem Fall die Jugendhilfe und die Psychiatrie, diese Vorschriften und Regelungen aber als Chance begreifen, ihre Aufgaben durch enge Kooperation mit den anderen beteiligten Trägern effektiver und effizienter erfüllen zu können oder ob sie diese als Zumutung betrachten, auf die sie mit aktivem oder passivem Widerstand reagieren, wird die Zukunft zeigen. Die subjektiven Faktoren ‚guter Wille' und ‚fachliche Kompetenz' werden letztlich darüber entscheiden, ob die im SGB IX enthaltenen Vorschriften und Regelungen für die Schaffung von aufgabenadequaten Strukturen und Verfahren für die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und bei Bedarf auch für die Ausweitung der Zusammenarbeit auf die Arbeitsverwaltung, die Schule und die Sozialhilfe von den beteiligten Akteuren genutzt werden.

Literatur

Fegert, J.M. (1999) Die Bedeutung der Eingliederungshilfe für die Integration seelisch behinderter Kinder. In: Fegert, J.M./Frühauf,Th. (Hrsg.) Integration von Kindern mit Behinderungen

Schrapper, Ch./Kalter,B. (2001) Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – Konkurrenz oder Kooperation? In: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (Hrsg.) Schwierigkeiten und Chancen im Verhältnis von Psychiatrie und Jugendhilfe

van Santen, E. u.a. (2003) Kinder- und Jugendhilfe in Bewegung – Aktion oder Reaktion?

Familienpflege für junge Menschen: Abenteuer mit offenem Ausgang

Die Erfahrungen von Arkade e.V. weisen auf einen großen Bedarf für ein Angebot für Kinder und Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen hin

Von Barbara Roth

Seit 1997 ist der Verein „Arkade e.V." auch im Bereich der Jugendhilfe tätig und betreut „Junge Menschen in Gastfamilien". Der Personenkreis wird im § 35a des Kinder- und Jugendhilfegesetztes (KJHG) als „seelisch behindert oder von seelischer Behinderung bedroht" beschrieben. Die jungen Menschen sind in ihrem bisherigen Umfeld gescheitert und es wird für sie vom zuständigen Jugendamt, in der Regel nach einem stationären Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, nach einem neuen Lebensort gesucht. Einem Lebensort, an dem sie ihren Störungen entsprechend, aber auch gemäß ihrem Entwicklungs- und Lebensalter, begleitet und gefördert werden können. Junge Menschen in Gastfamilien vermittelt diese jungen Menschen in Gastfamilien und begleitet, unterstützt und berät die Familien mit ihren Gästen in engem und regelmäßigem Kontakt. Entsprechend der Konzeption arbeiten der zuständige Kollege / die zuständige Kollegin mit allen beteiligten Personen zusammen. Sie koordinieren die verschiedenen Sichtweisen und Interessen, sie gestalten den Kontakt untereinander. Die Erfahrungen mit dieser Form der Fremdfamilienbetreuung sind erstaunlich und zeigen, dass ein großer Bedarf für dieses Jugendhilfeangebot besteht.

Barbara Roth, Diplompädagogin, Leiterin von „Junge Menschen in Gastfamilien", Arkade e.V., Eisenbahnstr. 30/1, 88212 Ravensburg, Telefon 0751-3665 5952, Fax: 0751-3665 5966, e-mail: jumega@arkade-ev.de

Arkade e.V. ist seit 1978 zuständig für die ambulante Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen im Landkreis Ravensburg. Der Bereich Junge Menschen in Gastfamilien hat sich aus dem Bereich der Psychiatrischen Familienpflege für Erwachsene entwickelt, die seit 1984 in unserer Region praktiziert wird. In enger Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung des Zentrums für Psychiatrie „Die Weissenau" und dem Kreisjugendamt Ravensburg wurde die Konzeption entwickelt und im August 1997 die erste Jugendliche in eine Gastfamilie vermittelt.

Junge Menschen suchen Familienanschluss

Das Aufnahmealter der jungen Menschen liegt zwischen 6 und 19 Jahren, die meisten sind zwischen 11 und 16 Jahre alt. Alle sind vor der Anmeldung bei uns mit der Psychiatrie in Berührung gekommen, sie haben einen oder mehrere stationäre Aufenthalte in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie hinter sich. Entweder haben sie vorher bei ihrer Herkunftsfamilie oder in einer Pflegefamilie gelebt, oder sie waren in Jugendhilfeeinrichtungen. Die Jungen und Mädchen entscheiden sich für das Leben in einer Gastfamilie, sie möchten in einem familiären Zusammenhang leben.

Sehr verschieden sind ihre Schwierigkeiten im Alltag. Sie haben Störungen im Sozialverhalten, im emotionalen Bereich, im Essverhalten, im Wahrnehmungsbereich, in der Impulskontrolle, häufig sind sie suizidgefährdet, und/oder suchtgefährdet. Störungen, die verhindern, dass die jungen Menschen altersentsprechend in Schule, Familie und Umwelt zurechtkommen. Allen jungen Menschen, die sich bei uns anmelden, ist gemeinsam, dass sie große Defizite und Ängste im Sozialverhalten haben und

daher in Gruppen scheitern. Sie haben noch ein großes Bedürfnis nach Familie, nach „Nest“, und ihr Entwicklungsalter ist in der Regel erheblich niedriger als das tatsächliche Lebensalter. Ihren Störungen sollte mit individuell abgestimmtem Alltagsverhalten, klarer Konsequenz und eindeutigen Beziehungsangeboten begegnet werden. Sie brauchen häufig einen Platz in einem Beziehungsgefüge, der konkurrenzlos ist.

Kooperationspartner von Jugendamt und Jugendpsychiatrie

Junge Menschen in Gastfamilien arbeitet eng mit Jugendamt und Psychiatrie zusammen. Bei der Frage, wohin der junge Mensch nach dem Aufenthalt in der Psychiatrie gehen sollte oder könnte, wird das Gastfamilienangebot von den Mitarbeitern der psychiatrischen Stationen mit in die Überlegungen eingebracht. Auch werden die Junge Menschen in Gastfamilien-Mitarbeiter bei schwierigeren Konstellationen miteinbezogen, um auf dem Hintergrund ihrer Erfahrungen mitzuüberlegen, ob dieser spezielle Jugendliche mit seinem Verhaltensbild in einer familiären Konstellation vorstellbar wäre. Das jeweils zuständige Jugendamt ist dann der Auftraggeber und über die halbjährliche Hilfeplanung am Entwicklungsprozess beteiligt. Durch den engen Kontakt mit der zuständigen Psychiatrie werden Kriseninterventionen und Fachberatungen unkompliziert möglich.

Bereit, Gastfamilie zu werden

Es ist überraschend, wie viele Menschen bereit sind, sich auf die Begleitung und Betreuung von seelisch verletzten jungen Menschen einzulassen und ihren Alltag mit ihnen zu teilen (es wird bei den Gastfamilien keine professionelle sozialpädagogische, psychologische oder psychiatrische Vorbildung vorausgesetzt). Auch ist erstaunlich, wie vielfältig die Settings sind, die sich durch die sehr verschiedenen Lebenszusammenhänge der Gastfamilien, der Unterschiedlichkeit der einzelnen Persönlichkeiten, ihrer Lebensgeschichten und ihrer speziellen Weltsicht ergeben.

Bei der Auswahl der Familien lassen wir uns von den folgenden Kriterien leiten:

- Die Familie soll mit ihrer Beziehungsqualität ein geeignetes Milieu für die Entwicklung des jungen Menschen bieten.
- Die Regeln des Zusammenlebens sollen in der Gemeinschaft von einem oder zwei Erwachsenen maßgeblich bestimmt werden.
- Die Fähigkeit zu direktem und konsequentem erzieherischen Handeln sollte gepaart sein mit emotionaler Wärme.
- Die Familie muss bereit sind, sich von uns begleiten zu lassen, d.h. sie muss regelmäßig und häufig ihren privaten Raum öffnen.
- Die Familie muss ein Einzelzimmer zur Verfügung stellen.

Wir lernen die Gastfamilien kennen, wir lernen die jungen Menschen kennen und versuchen dann eine passende Zuordnung zu finden. Dabei ist uns wichtig, die Fähigkeiten der jungen Menschen, ihre Talente und die von ihnen selbst geäußerten Wünsche an das Leben in einer Gastfamilie zu erfahren. Wir fragen uns, ob die Gastfamilie wohl mit den zu erwartenden Schwierigkeiten umgehen kann und ob dieses Gastfamilienmilieu Entwicklungsimpulse für den jungen Menschen verspricht.

Grundsätze der Arbeit

Junge Menschen in Gastfamilien arbeitet nach den folgenden Grundsätzen:

- Trotz aller Störungen ist unsere Klientel zuallererst jugendlich und damit fähig, ein großes Entwicklungspotential zu aktivieren, wenn es der Lebensort erlaubt. Es geht um das Anknüpfen an diesen gesunden Kern (Ressourcenorientierung).
- Grundsätzlich gibt es keinen für Familienpflege ungeeigneten jungen Menschen und keine für die Aufnahme eines Gastes ungeeignete Familie, sondern es kann nur unter Umständen keine geeignete Passung gefunden werden.
- Gastfamilie und Gast müssen die Sicherheit haben, dass sie nicht allein gelassen werden (Familien haben die privaten Telefonnummern der Mitarbeiterinnen, die psychiatrische Klinik nimmt zur Krisenintervention auf).
- Die Familien werden nach Bedarf begleitet, beraten und unterstützt (Hausbesuche von mehrmals die Woche bis mindestens vierwöchig).
- Die Gestaltung des Kontaktes zur Herkunftsfamilie ist eines unserer zentralen Anliegen.
- Die Begleitung der Gastfamilien verstehen wir als die Verbindung von Alltagskompetenz mit professionellem Know how, mit dem Ziel, ein gemeinsames Handlungskonzept zu entwickeln. Die Erziehungsarbeit muss innerhalb der Logik des jeweiligen Familiensystems angesiedelt sein (Partnerschaftliche Begleitung).
- Die Mitarbeiter/innen verstehen sich als Koordinatoren eines Netzwerkes, das sich um den Gast rankt. Es gilt, alle Beteiligten im Prozess zu halten und sie einzubeziehen (Prozessorientierung).

Wir lassen uns gemeinsam mit den Gastfamilien, den jungen Menschen und zum Teil auch ihren Herkunftsfamilien auf ein Abenteuer ein, von dem wir nicht voraussagen können, wie es verlaufen wird, an dessen positiven Ausgang wir aber glauben und an dem wir arbeiten.

Gastfamilien entwickeln viele kreative Ideen

Es gibt für uns zwei grundlegende Erfahrungen. Die erste ist, dass junge Menschen, denen es kaum jemand zugetraut hat, in Gastfamilien leben können. Es sind dies auch Jugendliche, die bereits in mehreren Heimeinrichtungen gescheitert sind und für die als Alternative nur noch die geschlossene Heimunterbringung ansteht. Die zweite ist, dass die Gastfamilien vielfältige kreative Ideen in der Betreuung von seelisch verletzten jungen Menschen entwickeln können. Eine Voraussetzung dafür ist, dass eine gute Passung zwischen Familie und jungem Menschen gefunden werden konnte. Kann der junge Mensch einerseits den Wunsch entwickeln, in dieser Familie leben zu wollen, schließt die Gastfamilie andererseits ihren

Bei der Frage, wohin der junge Mensch nach dem Aufenthalt in der Psychiatrie gehen sollte oder könnte, wird das Gastfamilienangebot von den Mitarbeitern der psychiatrischen Stationen mit in die Überlegungen eingebracht

Es gibt für uns zwei grundlegende Erfahrungen. Die erste ist, dass junge Menschen, denen es kaum jemand zugetraut hat, in Gastfamilien leben können. Es sind dies auch Jugendliche, die bereits in mehreren Heimeinrichtungen gescheitert sind und für die als Alternative nur noch die geschlossene Heimunterbringung ansteht

Gast „ins Herz“ und nimmt an seinem Leben Anteil. Dann wird Entwicklung möglich. Gelingt es uns, ein Vertrauensverhältnis zur Gastfamilie aufzubauen, damit sie unser Unterstützungsangebot annehmen kann, kommt es zu einer fruchtbaren und befriedigenden Zusammenarbeit. Die Gastfamilien werden zu Fachpersonen für ihren speziellen Gast. Wir haben erstaunliche Entwicklungen bei schwer seelisch verletzten jungen Menschen erlebt und glauben, dass diese Art der Betreuung ein außerordentlich wichtiger Baustein im Jugendhilfeangebot darstellt. Im Zeitraum von August 1997 bis Dezember 2003 wurden 124 junge Menschen in Gastfamilien vermittelt. Im Dezember 2003 lebten 72 junge Menschen in ihren Gastfamilien.

Abstract

Arkade e.V. hält mit „Junge Menschen in Gastfamilien“ ein Jugendhilfeangebot vor, das zugeschnitten ist auf junge Menschen, die zum Personenkreis gehören, der im § 35a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes als seelisch behindert oder von seelischer Behinderung bedroht, bezeichnet wird. Die jungen Menschen werden in Gastfamilien vermittelt und dort begleitet. Das Angebot antwortet auf die Frage, wohin mit jungen Menschen, deren Herkunftsmilieu nicht trägt und die aufgrund ihres Störungsbildes ein engmaschiges, klar strukturiertes Betreuungsangebot ohne Bezugspersonenwechsel brauchen. Wohin mit jungen Menschen, die trotz mehrfacher stationärer psychiatrischer Behandlung im sozialen Alltag nicht zurechtkommen und die der emotionalen Nachreifung, des Schutzes und der Begleitung in den ganz normalen Alltag hinein bedürfen? Bisher wurde dieser Personenkreis nicht in Fremdfamilien betreut. Junge Menschen in Gastfamilien arbeitet seit sechseinhalb Jahren erfolgreich.

Viele stehen noch in den Startlöchern

Projekte für Kinder psychisch kranker Eltern auf der Suche nach bundesweiter Anerkennung

Von Beate Lisofsky

„Auch Kinder sind Angehörige“. Dies war der Fokus, unter dem sich der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. erstmals 1996 mit der Lebenssituation und den Belastungen von Kindern und Jugendlichen, die mit einer psychisch kranken Mutter oder einem psychisch kranken Vater aufwachsen, auseinandergesetzt hat. Bis dahin wurde die Problematik, allgemein wie auch in Fachkreisen, nicht oder nur sehr vereinzelt thematisiert. Dies ist wahrscheinlich auch ein Grund, warum in diesem Zusammenhang mittlerweile oft auch von den „vergessenen Kindern“ gesprochen wird.

Eine andere Ursache für diese Begriffswahl ist vielleicht auch ein Grund für diesen lange Zeit blinden Fleck, sowohl der Erwachsenenpsychiatrie, wie auch der Kinder- und Jugendhilfe: Die Kinder aus solchen Familien sind oft „auffällig unauffällig“; sie sind ihren Eltern loyal verbunden und versuchen, ihr Leid und ihre Belastungen so gut es geht zu verstecken. Hier spielt ein gesamtgesellschaftlicher Mechanismus, die Stigmatisierung psychischer Krankheit, eine entscheidende Rolle. Davon haben sich die erwachsenen Angehörigen – Eltern, Partner oder auch Geschwister – mühsam genug und noch lange nicht immer und überall, im Rahmen der Selbsthilfebewegung emanzipiert. Inzwischen ist ihre Einbeziehung in die Behandlung zumindest in der Theorie zum Standard psychiatrischer Versorgung geworden. Davon profitieren die Kinder psychisch Kranker bis heute nicht oder nur unzureichend. Dabei haben sie selbst aufgrund erblicher und psychosozialer Belastungen ein erhöhtes Risiko, psychische Störungen zu entwickeln.

Impulse aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie

Impulse, sich aus fachlicher Sicht mit den Kindern psychotischer oder depressiver Eltern zu befassen, kamen deshalb auch kaum aus der Erwachsenenpsychiatrie, sondern aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. So haben etwa Helmut Remschmidt und Fritz Mattejat von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Marburg 1994 mit dem Fachbuch „Kinder psychotischer Eltern“ erstmals in Deutschland einen Überblick über die Forschungsbefunde, ergänzt durch Fallbeispiele und eine praktische Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung, gegeben. Vier Jahre später erschien im Psychiatrieverlag der von F. Mattejat und Beate Lisofsky herausgegebene Ratgeber „... nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker“. Hier wurde der Versuch unternommen, aus der Perspektive sowohl der Betroffenen wie auch der verschiedenen Professionen die Situation zu beleuchten und Praxisbeispiele vorzustellen. Hier wurden auch verschiedene Modelle und Initiativen für Kinder und Eltern vorgestellt, die bis Ende der neunziger Jahre deutschlandweit konzipiert waren oder schon arbeiteten.

Hilfeangebote zur Prävention auch heute noch selten

Auch aktuell gibt es erst rund 20 spezielle Hilfeangebote zur Prävention, und das bei schätzungsweise 500 000 minderjährigen Kindern psychisch kranker Eltern in Deutschland. Obwohl inzwischen erfolgreiche und auch evaluierte Konzepte für Hilfeangebote, für die Kooperation und Vernetzung der beteiligten

Systeme vorliegen, ist man von einer flächendeckenden Umsetzung nach wie vor weit entfernt. Ursachen liegen wohl zum Einen in dem Anspruch der Vernetzung zwischen den verschiedenen Bereichen, andererseits in der Schwierigkeit, Zugang zu den betroffenen Familien zu finden. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sollen im Folgenden einige der erfolgversprechendsten Ansätze kurz skizziert werden.

Erstmals 1995 wurde Auryn, das Amulett des kindlichen Helden Atreju aus Michael Endes „unendlicher Geschichte“ als Name für ein Präventionsprojekt für Kinder psychisch Kranker gewählt. Zielgruppe des Projektes waren alle Familien mit psychisch kranken Eltern, die im Einzugsgebiet der Stadt Freiburg oder in den angrenzenden Landkreisen wohnten.

Den Kindern dieser Familien wurde angeboten, einmal pro Woche eine themenzentrierte Kindergruppe zu besuchen. Das Freiburger Modellprojekt musste aufgrund mangelnder Finanzierungsmöglichkeiten nach drei Jahren erfolgreicher Arbeit eingestellt werden, ohne dass eine Verankerung in der sozialpsychiatrischen Versorgung der Stadt möglich wurde. Konzept und Name wurden aber bundesweit an einigen Stellen aufgegriffen, so dass mittlerweile Auryn-Projekte unter anderem in Frankfurt, Chemnitz, Leipzig und Hamburg existieren.

Kinderprojekt „Auryn“ in Frankfurt abgeschlossen

Das Kinderprojekt „Auryn“ in Frankfurt hat soeben seinen Abschlussbericht (1998 - 2003) vorgelegt. Hier entwickelten Mitarbeiter der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bamberger Hof in Anlehnung an das Freiburger Auryn Projekt ein Konzept für eine Fachstelle für Kinder psychisch kranker Eltern in Frankfurt. Die Anschubfinanzierung wurde von der gemeinnützigen Hertie-Stiftung übernommen. Der konzeptionelle Schwerpunkt liegt auf Beratung, Aufklärung und pädagogischen Entwicklungshilfen. Das Angebot umfasst die Förderung von Kindern und Jugendlichen in Einzel- und Gruppensettings, die Beratung gesunder wie erkrankter Eltern und Bezugspersonen sowie die Fortbildung von Multiplikatoren. Insgesamt wurden im Projektzeitraum 150 Kinder begleitet.

Die Suche nach einer Anschlussfinanzierung konnte mit der vereinbarten Übernahme der Fachstelle in die Waisenhausstiftung ab dem Jahre 2004 abgeschlossen werden. Außerdem hat sich die Hertie-Stiftung aufgrund der erfolgreichen Arbeit entschlossen, den Verein Perspektiven noch einmal mit dem Aufbau eines Auryn-Angebotes für den Hochtaunuskreis zu beauftragen.

Projekt „Kipkel“: längerfristige Begleitung von Kindern

Das Projekt „Kipkel“, Prävention für Kinder psychisch kranker Eltern, wurde ebenfalls 1998 in Nordrhein-Westfalen als interinstitutionelles und multidisziplinäres Kooperationsmodell konzipiert. Beteiligt sind Kindertherapeutinnen in einer Kunst- und Kinderpsychotherapiepraxis in Haan und der Sozialpsychiatrische Dienst in Mettmann und Hilden. Zur finanziellen Absicherung wurde ein Förderverein gegründet. Auch hier zeigte sich, dass eine längerfristige Begleitung der Kinder oft nötig ist. Deshalb wird mit den Kindern gemeinsam eine Bezugsperson im Umfeld gesucht, zu der das Kind Vertrauen hat und an die es sich bei Problemen wenden kann.

Dieser Aspekt wurde auch aufgegriffen vom Verein „PFIFF e.V.“ in Hamburg, der – ebenfalls als Modellprojekt – Patenschaften für Kinder psychisch kranker und/oder junger Mütter zur flexiblen familiären Krisenintervention anbietet. Patenschaften vereinen hier eher professionelle Elemente der Tagespflege und der Bereitschaftspflege mit alltagspraktischen, quasi familiären niederschwelligen Angeboten der Unterstützung und Hilfe für das familiäre System. Dieses Modell war so erfolgreich, dass es inzwischen in die Regelversorgung übergegangen ist.

Bislang existieren zwei Selbsthilfegruppen

Auch die Selbsthilfe hat sich lange Zeit schwer getan, sich der Problematik der Kinder psychisch Kranker anzunehmen. Das liegt zum Einen wohl daran, dass sich die unmittelbar betroffenen Kinder und Jugendlichen nicht in Selbsthilfegruppen zusammenschließen (können). Zum Anderen fühlen sich erwachsene Kinder oft stark belastet durch ihre schwierige Entwicklung in der Kindheit und Jugend, finden sich aber in „normalen“ Angehörigengruppen oftmals nicht verstanden und nicht heimisch. Selbsthilfegruppen für erwachsene Kinder gibt es zur Zeit in Berlin und Hamburg, wobei sich eine professionelle Anleitung der Gruppen als unbedingt erforderlich gezeigt hat, auch aus der Sicht der Teilnehmer.

Daneben gibt es einige Internetangebote, wo Betroffene informieren und auch virtuelle Selbsthilfegruppen anbieten. Besonders engagiert hat sich in diesem Bereich Katja Beeck, die die bundesweite Initiative Netz und Boden 1999 ins Leben gerufen hat. Selbst Tochter einer psychisch kranken Mutter, hat sie mit einer Vielzahl von Vorträgen, der Herausgabe von Broschüren und einer eigenen Homepage viel Aufmerksamkeit für die Probleme der betroffenen Familien geschaffen.

Mit ihrer Initiative will sie die Situation der Kinder psychisch kranker Eltern verbessern, indem die Initiative

- die Zielgruppen für die Situation der Kinder sensibilisiert und Hilfsmöglichkeiten bekannt macht,
- präventive Hilfsmöglichkeiten initiiert und unterstützt.
- die Zielgruppen – vor allem erwachsene Kinder, Familienangehörige und Fachleute – sowohl unter- als auch miteinander vernetzt, um für die Kinder eine Lobby zu schaffen.

Für ihr Engagement wird Katja Beeck in diesem Jahr mit dem „Janssen-Cilag Zukunftspreis“ ausgezeichnet.

Beate Lisofsky Diplom-Journalistin und Pressereferentin des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V., BApK-Pressebüro Berlin, Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin, Tel: 030/863957-04, Fax: -02, e-mail: bapk-berlin@psychiatrie.de

Viele Initiativen noch nicht über Konzeptentwicklung hinaus

Allgemein lässt sich sagen, dass die Aufmerksamkeit und der Bedarf an Information stark zugenommen hat. Es gab und gibt regionale Tagungen und Weiterbildungsveranstaltungen. Trotzdem ist die Situation bundesweit keineswegs befriedigend. Sie ist nach wie vor gekennzeichnet durch Stagnation, Klein- und Kleinstprojekte, die von dem großen beeindruckenden Engagement Einzelkämpfern und vielfach Einzelkämpferinnen, auch und gerade bei der Einwerbung von Spenden und Sponsorengeldern abhängig sind. Viele Initiativen stehen noch in den Startlöchern, sind über die Konzeptentwicklung nicht hinausgekommen oder haben den Sprung vom Modellprojekt zur Regelversorgung nicht oder noch nicht geschafft.
Entscheidend sind auch hier Fragen der Finanzierung der Angebote und Hilfen. Eine verlässliche Finanzierung, etwa über Regelleistungen im Rahmen der Jugendhilfe ist landauf, landab nicht in Sicht und angesichts der knapper werdenden Mittel in diesem Bereich wohl auch in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. Das führt zu Frustration und demotiviert die Aktiven, ob nun aus dem Selbsthilfe- oder dem professionellen Bereich. Andererseits bietet diese unbefriedigende Situation auch Anlass, nach neuen, unkonventionellen und kreativen Wegen der Finanzierung von Hilfen für die Kinder psychisch Kranker zu suchen. Einige Projekte, wie etwa „KIPKEL“ in Hilden, der Verein „Seelennot e.V.“ in Hamburg oder „Auryn“ Frankfurt haben erkannt, dass die Lebenssituation und Hilfen für die betroffenen Kinder und ihre Familien eines der nicht so breit gesäten „Sympathiethemen“ in der Psychiatrie ist und betreiben seit einigen Jahren eine durchaus erfolgreiche Politik der Einwerbung von Spenden und der Zusammenarbeit mit Stiftungen und sonstigen karitativen Förderern. Dies ist sicher nicht immer und überall umsetzbar und nicht der Königsweg, um flächendeckend nötige und adäquate Hilfen anbieten zu können, aber allemal besser, als die Hände in den Schoß zu legen. ●

Nachrichten aus dem Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB)

Blick in die Zukunft bei Mitgliederversammlung

„Menschen mit Behinderung in Deutschland - Mitbürger oder Handicap für die Kämmerer“ lautet die provokante Frage, mit der sich die Mitlieder des BEB am 28. und 29. September 2004 bei ihrer Mitgliederversammlung in Bielefeld-Bethel auseinandersetzen werden. Mit Vertretern aus Politik, Wirtschaft, Kirche und Diakonie soll in Referaten und Diskussionsforen diese Frage überprüft werden. Zweiter Schwerpunkt wird die Weiterentwicklung der Verbandsstruktur sein. Dabei wird den Mitgliedern ein Vorschlag des Vorstandes vorgelegt werden, wie Struktur und Geschäftsverteilung in Gremien und Geschäftsstelle ab dem Jahr 2006 aussehen könnten. Vorberatungen in der Projektgruppe BEB-Strukturen lassen spannende und zukunftsweisende Diskussionen erwarten.

Arbeitsmöglichkeiten für Psychisch Kranke als Ziel

Mit der Aussage, dass es wesentliches Ziel sein muss, psychisch kranken Menschen Arbeit zu ermöglichen, ist das Projekt „Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Kranke“ abgeschlossen worden. Im Projekt war der Frage nachgegangen worden, ob berufliche Rehabilitation für besonders schwer chronisch erkrankte Menschen immer auf den Arbeitsmarkt ausgerichtet sein muss. Nach der Aussage von Projektleiter Nils Pörksen von der Aktion Psychisch Kranke zeigte sich, dass die meisten Werkstätten für behinderte Menschen für das Gros psychisch Kranker gar nicht geeignet sind. Ein Folgeprojekt wird versuchen, in ausgewählten Regionen in Zusammenarbeit mit vorhandenen Institutionen örtliche Kooperationen zu verbessern, ohne extra neue Projekte zu etablieren. Es haben sich bereist 35 Regionen für eine Teilnahme beworben.

Überblick über EDV-Nutzung

Mit einer Erhebung will sich der ständige Arbeitsausschuss Informationsverarbeitung einen Überblick über die Nutzung der EDV in den Mitgliedseinrichtungen verschaffen. Diese können online über das sogenannte „bebnet“ an der Untersuchung teilnehmen. Der Arbeitsausschuss bittet alle Einrichtungen, sich an der Umfrage zu beteiligen, um die künftigen Planungen optimieren zu können. Weitere Informationen: raimund.langosch@stephanuswerk.de

Nachteile durch Gesundheitsmodernisierungsgesetz

Beim diesjährigen Parlamentarierabend in Berlin forderte der BEB, psychisch Kranke sowie körperlich und geistig behinderte Menschen aus den Regelungen des GKV Modernisierungsgesetzes herauszunehmen. „Für diese Personengruppe wird das Ziel der Reform, nämlich Kosten im Gesundheitswesen einzusparen, schlichtweg nicht erfüllt“, begründete der erste Vorsitzende Klaus-Dieter Kottnik die Forderung. „Wenn psychisch kranke Menschen aufgrund der Zuzahlungen ihre Therapien abbrechen, ist das nicht nur eine menschliche Katastrophe, sondern es führt langfristig auch zu höheren Kosten.“ Ein solcher Abbruch führe diese Personengruppe zwangsläufig zurück in die Kliniken, wo sie wesentlich kostenintensiver stationär behandelt werden müssten, erläuterte Kottnik die Problematik den über 50 anwesenden Parlamentariern und Gästen. Vier betroffene Menschen mit Behinderungen berichteten an dem Abend von ihren persönlichen Erfahrungen mit dem GMG. Die Patientenbeauftragte Helga Kühn Mengel reagierte betroffen auf die Berichte. „Wir nehmen die Probleme ernst.“ ●

Zappelphilipp beruhigt

Eine Glosse zur Medikalisierung von Kindheit

Von Ulrich Müller

Die Glosse „ist die Ursache vieler Übel." Diese Sentenz aus dem klassischen Griechenland meint, dass sie Kränkungen auslösen kann. Als Randnotiz notiert sie der Duden, als Kommentar zu aktuellem Geschehen. So ist sie hier auch gedacht. Kränkungen sind primär nicht beabsichtigt, andererseits kann man „die Fackel der Aufklärung nicht durch eine Menge tragen, ohne jemandes Bart zu versengen" (Johann Christoph Lichtenberg).

Sucht man Rat bei der neuen Lebenshilfe Internet, so erhält man (bei nur einer Suchmaschine) für den Begriff ADS/ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) ca. 73.000 Treffer (!). Fragt man nach dem Wirkstoff des Medikamentes gegen diese Störung, Methylphenidat, so werden einem ca. 4.700 Treffer angeboten, bei der Nachfrage nach den Präparatenamen Ritalin oder Equasym oder Concerta darf man unter 1,15 Millionen, 870 und ca. 95.000 Treffern wählen. Nicht unbedingt eine Hilfe, wie es scheint.

In Deutschland wurden im Jahre 2002 18,3 Millionen Tagesdosierungen Methylphenidat verschrieben, 1992 waren es 0,7 Millionen, was einer Steigerung von knapp 2500% entspricht.

Hat sich die Krankheit epidemisch verbreitet, gab es sie weniger vor 10 Jahren, kann man sie erst jetzt richtig diagnostizieren oder warum sind die Verordnungen der Präparate explodiert ? Warum gibt es gleichsam ADHS-freie Regionen – in USA ebenso wie in Deutschland - und warum sind in anderen Regionen die Verordnungen flächendeckend ? Ist die Vermutung der Drogen-Beauftragten der Bundesregierung richtig, Methylphenidat werde möglicherweise gegeben, um Kinder gehorsamer, leistungsfähiger und ruhiger zu machen ?

ADHS ist primär eine Störung im Kindes- und Jugendalter – aber auch im Erwachsenenalter kommt sie vor - , Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen zwei und zehn Prozent der Kinder davon betroffen sind. Die Ursachen der Störung sind noch unklar, weder die Annahme, dass es eine Folge der „Umwelt" sei, des häuslichen Milieus oder der Nahrung, hat sich bestätigen lassen. Auch neurochemische oder hirnorganische Ursachen sind nicht bestätigt. Gesichert ist eine genetische Komponente und die Tatsache, dass sich die Hyperaktivität in der Pubertät verliere, nicht aber das Aufmerksamkeits-Defizit. Diskutiert werden biochemische Ursachen, hier steht die „Monoaminoxydase-Hypothese" der These von Störungen im Dopamin-, Serotonin- und Noradrenalin-Haushalt des Gehirns bei ADHS-Patienten gegenüber.

Die Diagnose ist aufwendig und nicht einfach, die Fachgesellschaften der deutschen Kinder- und Jugendpsychiater haben dafür Leitlinien herausgegeben. In der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Düsseldorf sind im Jahre 2000 elf „echte" Fälle von ADHS diagnostiziert worden – und dies bei rund 4.500 Patienten. Dort wird festgestellt, dass nicht einmal jedes zehnte Kind, das mit der Verdachtsdiagnose ADHS vorgestellt wird, dieses Syndrom auch wirklich habe.

Für eine erfolgreiche Therapie ist Methylphenidat das Mittel der Wahl, allerdings kombiniert mit verhaltenstherapeutischen und sozial-unterstützenden Maßnahmen. Methylphenidat verbessert zwar die Konzentrationsfähgkeit der Kinder, nicht aber ihre Schulleistungen, wie Studien aus den USA belegen.

Fasst man die Fakten zusammen, so ergibt sich:

- ADHS ist vor allem eine Störung des Kindes- und Jugendalters (mehr Jungen als Mädchen), über deren wirkliche Verbreitung man im Unklaren ist (8% Schwankungsbreite in der Erkrankungsraten).
- ADHS kann eindeutig diagnostiziert werden.
- Die Ursachen sind noch nicht eindeutig geklärt, es ist aber eine sogenannte multifaktorielle Genese zu vermuten, d.h. eine Kombination aus genetischen, biochemischen und sozialen/psychischen Faktoren.
- Die Therapie der Wahl ist eine Kombination aus Medikation, Verhaltens- und Psycho-/Soziotherapie.

Diese Fakten stehen in keinem Verhältnis zu dem gesellschaftlichen und medialen Auftrieb, der um diese Störung gemacht wird, anders ausgedrückt, ADHS ist ein gesellschaftliches Thema, wohl aber kein gesellschaftliches Problem. Eine Tagung der Nervenärztlichen Gesellschaft in Düsseldorf 2002 erlebte einen Andrang von ca. 350 Zuhörern (80% weiblich), ein gutes Drittel waren Fachleute, die anderen Angehörige.

In der Ärzteschaft wie in der Allgemeinbevölkerung hat sich eine Polarisierung durchgesetzt, da sind diejenigen, die sagen, „Medikament" und die, die sagen „kein Medikament und schon gar kein Ritalin." Dabei verkürzt sich die Diskussion um Methylphenidat auf das Präparat Ritalin, das gleichsam als Markenname fungiert wie „Tempo" für Papiertaschentücher. Dabei werfen sich „Somatiker" – die, die primär an körperliche Ursachen glauben – und Umwelttheoretiker wechselseitig vor, die eigenen Hinweise und Argumente zu ignorieren.

Die Schlachten, die im Internet ausgetragen werden, sind Glaubenskriege und lassen an Diffamierung nichts zu wünschen übrig. Kolportage, nicht empirische Belege sind die Munition. Zahnärzte, Radiologen, Gynäkologen und HNO-Ärzte sollen die Verordnungen ausgestellt haben, die Erzieherinnen in den Kindergärten „entdecken" in jedem unruhigen Kind einen

ADHS-Fall und die Lehrer sowieso, weil sie mit den Kindern nicht mehr zurechtkommen.

Gegenseitig wirft man sich „Gewalt" gegen die Kinder vor, sei es durch Medikamentengabe oder eben Nicht-Gabe. Die Ärzteschaft ist der Meinung, dass die erhöhten Verordnungszahlen auf die verbesserte Diagnostik zurückzuführen sei, dringt aber darauf, Qualitätssicherung und Weiterbildung bei den Ärzten für ADHS einzuführen, um Fehldiagnosen auszuschließen. In den USA gilt Ritalin als life-style-Präparat, wird aber zu den Drogen gerechnet, da es Glücksgefühle bei nicht-hyperkinetischen Menschen auslöst. Eltern, die das Ritalin (der Kinder) nehmen, müssen zur Entziehungsbehandlung und gelten als drogenabhängig.

Liest man sich die Fragen und Antworten in den entsprechenden Chat-Rooms des Internet durch, kann man sich fühlen wie „Einer, der auszog, das Gruseln zu lernen": „Wer hat Erfahrungen mit Ritalin bei einem Kleinkind (einjährig)?" so eine Mutter, obwohl im Internet auch zu lesen ist, dass das Präparat bei Kleinkindern eben so wenig angebracht ist, wie eine Dauermedikation bei älteren Kindern. Der Problemdruck, den ADHS-Kinder auf ihre Familie und ihre soziale Umwelt ausüben, produziert ein hohes, aggressives Affektpotential: Bemerkenswerterweise ist diese unterschwellige Aggression aller gegen alle – etwas weniger in medizinischen Fachzeitschriften - sowohl in der laienmedizinischen, medizinprofessionellen wie medialen Lebenswelt zu finden.

Ein unruhiges, unkonzentriertes Kind, ist „deviant", abweichend, und Devianz wird in unserer Gesellschaft gerne als „krank" angesehen. Somit entsteht ein hoher Normalisierungsdruck, der nach „Reparatur" der Abweichung ruft. So sind Erziehungssysteme wie Kindergarten und Schule an Normierungen des Verhaltens orientiert, nicht an der Akzeptanz individueller Unterschiede. Abweichendes Verhalten muss dem Institutionsziel angepasst werden, Freiräume für Devianz sind wenig möglich. Das kolportierte Beispiel von Churchill, dass er nach jeder Schulstunde einmal um den Schulkomplex rennen durfte, um seinen Bewegungsüberschuss abzubauen und wieder konzentrationsfähig zu sein, ist im deutschen Schulsystem nicht durchführbar. Soziale Verursachungen, wie z.B. allgemeine Bewegungsarmut, Reizüberflutung, unangemessene Ernährung, Dauerstress durch die Verplanung des Tagesablaufes der Kinder werden weitgehend ignoriert. Auch Hochbegabung in einer normalen Umgebung kann Hyperaktivität auslösen. Entwicklungsbiologisch sind Bewegungsüberschuss, erhöhte Motilität und Unkonzentration in der Normalität liegende Phasen, hier „heilt" die Zeit.

Wo Glaubenskriege stattfinden, dürfen Scientology und der Zeitgeist Esoterik nicht fehlen. Die „Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen die Menschenrechte" (KVPM), eine Unterorganisation von Scientology, nennt Methylphenidat eine „Psychodroge", mit der Kinder vergiftet werden und sieht in ihr ein weiteres Beispiel der verruchten Psychiatrie zur Unterdrückung der Menschheit, anstatt die Welt durch die hauseigene „Dianetik" retten zu lassen.

Weniger aggressiv, wenngleich nicht weniger abstrus ist das Konzept der „Indigo-Kinder". Dieser Begriff stammt von der Amerikanerin Nancy Ann Tappe, die behauptet, die menschliche „Aura" sehen zu können und bei diesen Kindern ist ebendiese „Aura" eben indigoblau, ein tiefes dunkles Blau mit violetten Anteilen – geradezu ein „Kerbe"-Blau.

Indigo-Kinder sind *„hochtalentiert mit außerordentlichen Fähigkeiten, ... sind in ihrer Kommunikation oft unberechenbar ... akzeptieren keine Autoritäten ... und ordnen sich Zwängen oft sehr schwer unter. ... Versucht die Umwelt sie in ... überholte Erziehungskonzepte zu pressen, können sie aggressiv und destruktiv werden. ... Es wird vermutet, dass 90 bis 100 Prozent aller Kinder, die im Moment geboren werden, Indigo-Kinder sind"* (Prospekt einer Seminartagung 2003).

An diesen Kindern kann jedenfalls die Welt genesen und so ist einleuchtend, dass es einen *„1. norddeutschen Indigo-Kongress" an Pfingsten 2004 in Hamburg geben wird: „Das Indigo Phänomen. Fragen und Antworten. Haben unsere Kinder Aufmerksamkeitsstörungen? Leiden sie unter ADS, ADHS oder Hyperaktivität oder sind sie Geschenke der neuen Zeit?"*

Pfingsten als Veranstaltungstermin scheint einleuchtend, sind ja zu diesem Zeitpunkt schon einmal besondere Kräfte auf der Erde erschienen, allerdings waren die Erleuchtungen der Menschen damals als Flammen gelb-rot. Wie auch immer, die Biochemie des Gehirns, Persönlichkeitsmuster und soziale Umwelten stören diese Indigo- Phantasten höchstens bei ihrer Form der Gewalt gegen – kranke - Kinder, ihnen nämlich eine notwendige Therapie zu verweigern. Auch so lässt sich Devianz „normalisieren", man ver-rückt die Welt und schon ist wieder eine Ordnung hergestellt.

ADS / ADHS / Hyperaktivität sind Störungen des Kindes- und Jugendalters (und Erwachsener), die existieren und bei exakter Diagnose therapiebedürftig sind. Mit größter Wahrscheinlichkeit wird sie häufiger gestellt, als ihre wissenschaftlich nachgewiesene Verbreitung dies belegen würde. Die exorbitante Anzahl an Verordnungen des Wirkstoffes Methylphenidat steht mit Sicherheit in keinerlei Relation dazu, und man kann nur hoffen, dass die üblichen 80 Prozent Non-Compliance hier manchen Schaden abwendet. Diese Diagnosen sind „in Mode" und „helfen", die Abweichung im Verhalten mancher Kinder und die daraus folgenden sozialen Probleme zuzuordnen und sie gemäß der gesellschaftlichen Reparatur-Ideologie einer Behandlung zuzuführen. Dies erspart die wesentlich aufwändigere menschliche/pädagogische Zuwendung zu unkonzentrierten, unruhigen Kindern. Auf diese Weise „beruhigt" man Kinder, Eltern und Erzieher.

„Im nachhinein wünsche ich mir, dass mir einfach mal jemand zugeredet hätte: haben Sie Geduld, das wird schon wieder. Aber man gerät unter einen so ungeheuren Druck, wenn das Kind nicht in die Norm passt" – so die Mutter eines spontan remittierten „hyperkinetischen" Kindes. ●

Kontrolle über das eigene Leben

Förderliche und hinderliche Bedingungen für die Umsetzung Persönlicher Budgets im Kontext europäischer Modelle und Erfahrungen

Von Gudrun Wansing

In Europa lässt sich ein grundlegender Richtungswechsel in der Rehabilitationspolitik beobachten: weg von einer separaten Behindertenpolitik hin zu einer umfassenden Gesellschaftspolitik, welche die Interessen von Menschen mit besonderen Unterstützungsbedarfen als Bürgerrechte anerkennt. „Der Perspektivwechsel in der Behindertenpolitik manifestiert sich darin, inwieweit Ressourcen und Kompetenz in allen gesellschaftlichen Bereichen für die Belange behinderter Menschen bereitgestellt werden und inwieweit Menschen mit Behinderungen ermutigt, unterstützt, befähigt, d.h. „ermächtigt", werden, über ihre eigenen Belange selbst entscheiden zu können" (Rehabilitation international 2003, 4). Zur Erreichung dieser Ziele wird international als neues Steuerungsinstrument das Persönliche Budget eingeführt, das die Effektivität und Effizienz der sozialpolitischen Programme und der sozialen Dienste erhöhen soll. Mit den Geldleistungen können Menschen mit Behinderung je nach Wunsch erforderliche Leistungen entweder bei professionellen Dienstleistern einkaufen, nach dem Arbeitgebermodell organisieren oder private Hilfen in Anspruch nehmen.

Auch in Deutschland liegen seit Einführung des Sozialgesetzbuches IX im Jahre 2001 die rechtlichen Voraussetzungen für Persönliche Budgets als Leistungsvariante vor. Während die Ausführungen zum Persönlichen Budget im Gesetzestext bislang sehr knapp gehalten waren, werden die Bestimmungen durch die Änderung des SGB IX im Zuge der Einführung des neuen SGB XII weiter ausgestaltet (Absätze 2-6 §17 SGB IX). In der ab Juli 2004 geltenden Fassung können auf Antrag Leistungen zur Teilhabe, die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe beziehen, durch ein Persönliches Budget erbracht werden. Als Leistungsträger für ein Persönliches Budget kommen nun zu den Rehabilitationsträgern auch die Pflegekassen und die Integrationsämter in Frage; das Budget wird von den jeweils im Einzelfall beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Näheres über Inhalte und Verfahren des Persönlichen Budgets wird in der Budgetverordnung (BudgetV) geregelt, die bislang nur als Entwurf vorliegt.

Persönliches Budget als neue Zauberformel?

Bereits in der bisherigen Gesetzesfassung ist die Erprobung von Persönlichen Budgets durch die Rehabilitationsträger vorgesehen. Schaut man aber auf die Entwicklungen in den letzten drei Jahren, muss man feststellen, dass der inzwischen fast inflationäre Gebrauch der neuen „Zauberformel" Persönliches Budget in politischen Debatten, bei Fachkongressen und in wissenschaftlichen Aufsätzen keine praktische Entsprechung findet. Auch wenn inzwischen einige Modellversuche angelaufen sind, sind die praktischen Erfahrungen insgesamt immer noch sehr gering – nicht zuletzt aufgrund der vielerorts noch kleinen Anzahl an Budgetnehmern. Es lohnt sich deshalb, den Blick auf einige europäische Nachbarländer zu richten, in denen bereits seit einigen Jahren praktische Erfahrungen mit dem Persönlichen Budget vorliegen.

Das Personengebundene Budget in den Niederlanden

In den Niederlanden vollzieht sich seit einigen Jahren eine grundlegende Modernisierung der Behindertenhilfe unter dem Motto „von der Angebots- zur Bedarfssteuerung". Als wichtiges Instrument für diesen Wandel wurde bereits seit den 80-er Jahren die Einführung eines Personengebundenen Budgets (PGB) diskutiert und nach ersten Modellversuchen 1995/96 landesweit realisiert. Seit 2003 hat jede leistungsberechtigte Person einen rechtlichen Anspruch auf ein Personengebundenes Budget.

Ein PGB beantragen kann jeder, der wegen einer geistigen, körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung länger als drei Monate Unterstützung nach dem geltenden Sozialrecht (AWBZ, Allgemeines Gesetz spezielle Kosten durch Krankheit) benötigt, sowie Eltern von behinderten Kindern. Zunächst wurden je nach Art der Beeinträchtigung verschiedene Budgetarten bewilligt und erprobt: für häusliche Pflege und Versorgung, für Menschen mit geistiger Behinderung, für psychisch Kranke, für intensive ambulante Pflege, für Menschen mit Körperbehinderung. Diese Differenzierung der Budgets hat sich allerdings in der Praxis als ungünstig erwiesen, weshalb sie im Zuge umfassender Neuerungen seit 2003 durch eine einheitliche Regelung nach Unterstützungsbereichen ersetzt wird.

Einschätzung der Unterstützung mit unabhängigem Verfahren

Demnach kann eine Person Geldleistungen erhalten für: Hilfen bei der Haushaltführung, persönliche Versorgung, (Gesundheits-)Pflege, unterstützende Begleitung, aktivierende Begleitung und Kurzzeitunterbringung. Die Einschätzung von Art und Umfang der individuell erforderlichen Unterstützungsleistungen erfolgt in einem unabhängigen Verfahren. Nach der Bewilligung von Leistungen entscheidet der Anspruchsberechtigte, ob er die Unterstützung als Sachleistung, als Persönliches Budget oder in einer Kombination

Gudrun Wansing, Dipl. Heilpädagogin, Wissenschaftliche Angestellte Rehabilitationssoziologie, Universität Dortmund, Emil-Figge-Str. 50, 44221 Dortmund, Tel.: 0231/755-5206, Fax: 0231/755-5893, Email: gudrun.wansing@uni-dortmund.de

In Großbritannien obliegt die Verantwortung für alle nicht gesundheitsbezogenen sozialen Dienstleistungen grundsätzlich den Kommunalverwaltungen

aus beiden Leistungsformen in Anspruch nehmen möchte. Die Höhe des Budgets setzt sich aus festgesetzten Pauschalen zusammen, die sich sowohl am zeitlichen Umfang (in Stunden-Korridoren oder Tagen) orientieren als auch an der erforderlichen Qualifikation für die Unterstützung. So werden beispielsweise für 0 bis 1,9 Stunden Haushaltsunterstützung 16,30 veranschlagt, für 0 bis 1,9 Stunden unterstützende Begleitung 31,85 und für 0 bis 1,9 Stunden aktivierende Begleitung 48,85 (Stand 2003). Die Verwendung des Budgets muss im Zeitraum von acht Wochen nach Ablauf des jeweiligen Bewilligungszeitraums über ein Formular schriftlich nachgewiesen werden; eine Prüfung der Angaben wird nur in Stichproben vorgenommen.

Direktzahlungen in Großbritannien

In Großbritannien obliegt die Verantwortung für alle nicht gesundheitsbezogenen sozialen Dienstleistungen grundsätzlich den Kommunalverwaltungen. 1997 trat ein ergänzendes Gesetz in Kraft, das festlegt, dass die örtlichen Behörden im Einzelfall die Wahl haben, Dienste entweder selbst bereitzustellen, freie oder private Anbieter zu beauftragen oder aber Direktzahlungen zu leisten („Community Care Direct Payments Act“, vgl. Department of Health 1996). Obwohl bereits 80% der Kommunen im Jahr 2000 von der Möglichkeit der Direktzahlungen Gebrauch gemacht haben (Carmichael, Brown 2002), blieb die Anzahl der Budgetnehmer weit hinter den Erwartungen der Regierung zurück. Deshalb wurde die Entscheidungsfreiheit der Behörden im Jahr 2003 aufgehoben und die Direktzahlungen als individueller Rechtsanspruch verankert.

Grundsätzlich können alle Menschen Direktzahlungen erhalten, die einen Anspruch auf kommunale Unterstützungsleistungen („community care services“) haben

Grundsätzlich können alle Menschen Direktzahlungen erhalten, die einen Anspruch auf kommunale Unterstützungsleistungen („community care services“) haben. Dazu zählen Menschen mit geistiger, körperlicher und psychischer Behinderung ebenso wie alte Menschen und Personen, die aufgrund chronischer Krankheiten (z.B. HIV-Infektion) beeinträchtigt sind. War der Kreis der Adressaten für Direktzahlungen ursprünglich auf Personen ab 18 Jahren begrenzt, so wurde er inzwischen auf Jugendliche ab 16 Jahren sowie auf Eltern bzw. Erziehungsberechtigte von Kindern mit Unterstützungsbedarf ausgeweitet. Darüber hinaus können auch pflegende Angehörige für ihre eigenen Unterstützungsbedarfe (psychosoziale Beratung, Mobilität u.a.) Direktzahlungen erhalten. Ausgeschlossen sind Personen mit bestimmten psychischen Erkrankungen sowie straffällig gewordene Personen.

Budgetempfänger muss Zahlungen verwalten können

Grundvoraussetzung für den Erhalt von Direktzahlungen ist, dass der Budgetempfänger zum einen – wenn nötig mit Unterstützung – in der Lage ist, der Direktzahlung anstelle von Sachleistungen zuzustimmen, und zum anderen die Zahlungen zu verwalten („willing and able to manage them“, Department of Health). Zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfs wird ein Assessment gemeinsam von einem Sozialarbeiter und dem Antragsteller erstellt und die Höhe der Zahlungen auf dieser Grundlage mit den lokalen Leistungsträgern ausgehandelt. Dabei gibt es grundsätzlich keine festgelegte Obergrenze, jede Gemeinde legt in eigener Verantwortung unter Berücksichtigung von Bedarfsdeckung und Kostenneutralität die Höhe und die Frequenz der Zahlungen fest. Mit den Geldern können alle Dienste im Gemeinwesen wie persönliche Assistenz oder tagesstrukturierende Maßnahmen erworben werden, eine langfristige stationäre Unterbringung wird dagegen explizit nicht unterstützt. Ausgeschlossen ist auch die Beschäftigung von Ehe- bzw. Lebenspartnern, nahen Verwandten und allen Personen, die im selben Hauhalt wie der Budgetnehmer leben. Über die Verwendung der Gelder sind Nachweise in Form von Quittungen der Dienstleister zu führen.

Assistenzmodell in Schweden

Mit dem 1982 in Kraft getretenen Gesetz wird in Schweden den Gemeinden die Verantwortung übertragen, „den Mitbürgern mit physischen, geistigen oder psychischen Behinderungen die Möglichkeit (zu) bieten, auf eine ihren Bedürfnissen angepasste Weise zu wohnen, am Gemeinschaftsleben teilzunehmen, sich frei fortbewegen zu können, Zugang zu den öffentlichen Gebäuden zu erhalten usw.“ (Schwedisches Institut 2001, 2). Eine erhebliche Ausweitung der Rechte behinderter Menschen gelang 1994 mit dem „Gesetz über Unterstützung und Dienstleistungen für gewisse Funktionsbehinderte“ (LSS, eine deutsche Übersetzung des Gesetztes findet sich unter www.behinderte.de/ejmb2003/schwed-assistenzgesetz.html), das Menschen mit Behinderung in international nicht vergleichbarer Weise ein Grundrecht auf dieselben Optionen der Lebensführung garantiert, wie sie nicht behinderte Menschen vorfinden. Dabei soll insbesondere das Recht des Einzelnen auf Selbstbestimmung und Privatsphäre gestützt werden. Einer der Schwerpunkte des Gesetzes ist das Recht auf persönliche Assistenz.

Mit dem LSS wird ausdrücklich auch Menschen mit umfassenden Unterstützungsbedarfen das Recht auf persönliche Assistenz zugesichert. Hierzu zählen Personen mit geistiger Behinderung und/oder autistischen Verhaltensweisen, Personen, die mit den Folgen eines Hirnschadens im Erwachsenenalter leben, sowie Personen mit anderen bleibenden schweren körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen, die umfassende Unterstützung bei alltäglichen Angelegenheiten benötigen.

Leistungen auf der Basis von Selbsteinschätzung

Die Frage, in welchem zeitlichen Umfang Assistenzleistungen erforderlich sind, wird auf der Basis einer Selbsteinschätzung in Verbindung mit Gesprächen mit der Sozialverwaltung und der zuständigen Gemeindeschwester geklärt (vgl. Österwitz 1996). Einziges Kriterium für die Bewilligung der Hilfen ist das Prinzip der Bedarfsdeckung im Sinne der

Lebensqualität und des Lebensstils der Person. Eine Deckelung des Budgets oder ein Kostenvergleich mit Sachleistungen wird nicht vorgenommen; so kann auch eine 24-Stunden-Assistenz bei Bedarf bewilligt werden. Für jedes Jahr wird von der Regierung ein pauschaler Stundensatz festgelegt (für 2003 ca. 22), mit dem alle direkten und indirekten Leistungen im Assistenzmodell gedeckt werden können.

Die Verwendung der Gelder muss über die geleisteten Assistenzstunden nachgewiesen werden, ungenutzte Stunden können innerhalb eines halben Jahres angespart werden (Ratzka 2004, 34). Mit den Zahlungen können alle Hilfen erworben werden, die für eine selbstbestimmte Lebensführung im Alltag notwendig sind. Diese umfassen unter anderem Information und Beratung, Persönliche Assistenz, Kurzzeitpflege, Kurzzeitbetreuung von Schulkindern über 12 Jahre und Tagesbeschäftigung.

Erfahrungen und Einschätzungen

Das Persönliche Budget ist in allen drei Ländern inzwischen als Alternative zu Sachleistungen nicht mehr wegzudenken; die Anzahl der Budgetnehmer steigt zwar langsam, dafür aber stetig. Länderübergreifend werden die Geldleistungen insbesondere von Menschen mit Körperbehinderung genutzt, während Menschen mit geistiger Behinderung sowie Menschen mit psychischen Erkrankungen die Möglichkeiten des Budgets hingegen noch selten in Anspruch nehmen. Zum einen hängt dies mit den Anforderungen beim Management des Budgets und an die Rolle des Arbeitsgebers zusammen, zum anderen damit, dass (noch) nicht immer verlässliche Bedingungen bereitgestellt werden, damit auch dieser Personenkreis die Chancen der Geldleistungen realisieren kann. Die Budgetnehmer beurteilen ihre Erfahrungen überwiegend positiv: Sie erleben erweiterte Entscheidungsspielräume, mehr Kontrolle über ihr Leben sowie einen Zugewinn an Selbstvertrauen und Lebensqualität. Studien haben darüber hinaus gezeigt, dass Personen über Persönliche Budgets ihre Unterstützung häufig schneller, in passender Qualität und kostengünstiger arrangieren, als dies über Sachleistungen möglich ist. Die Beschäftigung von Persönlichen Assistenten führt beispielsweise zu einer deutlichen Ausweitung der sozialen Aktivitäten außerhalb des Wohnbereichs. Auch wenn die drei Länder unterschiedliche rechtliche, sozialpolitische und wirtschaftliche Voraussetzungen für die Einführung und Umsetzung Persönlicher Budgets mitbringen, lassen sich in der Zusammenschau der Erfahrungen und Einschätzungen ähnliche Bedingungen erkennen, die sich förderlich oder hinderlich erweisen.

Hinderliche Bedingungen:

- Viele Budgetnehmer berichten über Schwierigkeiten bei der Rekrutierung einer ausreichenden Anzahl von Persönlichen Assistenten sowie beim Arrangieren einer kontinuierlichen und verlässlichen Unterstützung. Dies hängt auch damit zusammen, dass der neue Dienstleistungsmarkt (noch) wenig koordiniert und reguliert wird.
- Schwierigkeiten zeigen sich auch bezüglich des Managements des Budgets und bei der Bewältigung administrativer Aufgaben.
- Als hinderlich für die Nachfrage Persönlicher Budgets erweisen sich bürokratische Hürden. Vor allem in den Niederlanden wird das Procedere von der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs bis zum Erhalt bedürfnisgerechter Leistungen durch die Beteiligung vieler unterschiedlicher Instanzen sehr unübersichtlich und kompliziert wahrgenommen.

Förderliche Bedingungen:

- Die Einführung von Direktzahlungen wirkt sich erheblich auf die Nachfragesituation im System der Dienstleistungen aus. Menschen mit Behinderung wollen ihre Unterstützungen so organisieren, dass eine Lebensführung im privaten Haushalten möglich ist. Entsprechend hat sich die Angebotsstruktur in allen Ländern zum Teil radikal verändert. Um besser auf die Kundenwünsche reagieren zu können, werden traditionelle stationäre Großeinrichtungen geschlossen und differenzierte und flexible Leistungsangebote entwickelt.
- Als unverzichtbar hat sich international insbesondere die Verfügbarkeit einer unabhängigen Unterstützungs- und Beratungsstruktur erwiesen, die Beratung und Information zum Persönlichen Budget, juristischen Beistand, Vermittlung von Assistenten und Dienstleistern sowie die Übernahme administrativer Tätigkeiten leistet. Sehr hilfreich zeigen sich hierfür ehrenamtliche Unterstützungsarrangements, bei denen selbst gewählte Personen die Lebensgestaltung begleiten und die Persönlichen Budgets verwalten sowie Formen des Peer-Counselling, wie sie beispielsweise von der Independend- Living Bewegung angeboten werden. Von einer starken und präsenten Selbsthilfebewegung gehen insgesamt wichtige Impulse aus.
- Als Schlüsselelement haben sich die Motivation und Einstellung der Dienstleister erwiesen. Der Erfolg von Persönlichen Budgets hängt wesentlich davon ab, ob die Veränderung der Machtstrukturen zu Gunsten der Nutzerinnen und Nutzer als positive Herausforderung für die eigene Arbeit empfunden wird, oder ob Skepsis und der Wunsch nach Schutz und Kontrolle überwiegen.

Die europäischen Erfahrungen sind insgesamt ermutigend und liefern wichtige Hinweise für eine sinnvolle Ausgestaltung des Persönlichen Budgets in Deutschland. In der Neufassung des SGB IX sind ab Juli 2004 weitere Erprobungen bis Ende 2007 vorgesehen (Abs. 6 § 17 SGB IX). Für eine erfolgreiche Umsetzung kommt es neben einer umfassenden Information aller Beteiligten und der Weiterentwicklung einer differenzierten, flexiblen und verlässlichen Angebotsstruktur insbesondere auf eine veränderte Kultur des „Helfens“ an. Die Bereitstellung bedarfsdeckender Unterstützung ist nach wie vor erforderlich, aber Menschen mit Behinderung wollen sich die Kontrolle über das eigene alltägliche Leben nicht mehr aus der Hand nehmen lassen. „Ich habe jetzt eine Freiheit, die ich jahrelang nicht gefühlt habe.“ (Budgetnehmer in Großbritannien).

Literatur bei der Verfasserin

Viele Budgetnehmer berichten über Schwierigkeiten bei der Rekrutierung einer ausreichenden Anzahl von Persönlichen Assistenten sowie beim Arrangieren einer kontinuierlichen und verlässlichen Unterstützung

Die europäischen Erfahrungen sind insgesamt ermutigend und liefern wichtige Hinweise für eine sinnvolle Ausgestaltung des Persönlichen Budgets in Deutschland

Angemessener Umgang mit Gewalt und Aggression statt Ausgrenzung

Überblick über Probleme bei Prävention und Bewältigung von Patientenübergriffen in psychiatrischen Einrichtungen / Mehr Sicherheit und bessere Versorgung für Patienten

Von Viktor Jahraus

Ausführlich gehen wir auf das Thema in der nächsten Ausgabe der Kerbe ein

In der deutschen sozialpsychiatrischen Literatur mangelt es an Berichten über Erfahrungen im Umgang mit aggressiven psychisch Kranken. Es gibt nur wenige fundierte wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem komplexen Thema, kaum brauchbare Ausbildungsprogramme für das Psychiatriepersonal und nur ansatzweise praktische Empfehlungen zum Umgang mit Aggression und Gewalt. In diesem Beitrag soll ein kurzer Überblick über die häufigsten Probleme bei der Prävention und Bewältigung von Patientenübergriffen in den psychiatrischen Einrichtungen gegeben werden. Es wird über Möglichkeiten diskutiert, aggressive Patienten besser und sicherer zu versorgen.

Fast jeder dauerhaft in der Psychiatrie Beschäftigte kann über persönlich erlebte verbale oder tätliche Angriffe berichten. Ärzte und Pflegepersonal werden laut Fachliteratur besonders oft tätlich angegriffen. Meist kommt es dabei zu keinen ernsthaften Verletzungen. Es wird allerdings auch über schwere Körperverletzungen, in Extremfällen sogar mit tödlichem Ausgang, berichtet (Steinert, 1995).

Eine aktuelle Darstellung im amerikanischen Ärztejournal „JAMA“ stellt fest, dass die Wahrscheinlichkeit, am Arbeitsplatz getötet zu werden, für Psychiater besonders hoch ist, sie rangiert an vierter Stelle hinter Taxifahrern, Verkäufern an Nachtschaltern und Polizisten (Püschel & Cordes, 2001). Psychiatriemitarbeiter anderer Berufsgruppen berichten vielmehr über verbale Angriffe, wie Beleidigungen, Beschimpfungen, Bedrohungen usw., die als belastend und demotivierend empfunden werden.

Dr.med. Viktor Jahraus, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt an der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie, Pfalzklinikum für Psychiatrie und Neurologie, Weinstrasse 100, 76889 Klingenmünster, E-Mail: viktor.jahraus@pfalzklinikum.de

Aggressive Psychisch Kranke passen nicht in die Konzepte

Gewalttätige psychisch Kranke lösen bei den Psychiatriemitarbeitern Angst, Ablehnung und Vermeidungstendenzen aus. Aggressive Patienten passen nicht in die Therapie- und Versorgungskonzepte vieler Einrichtungen, auch der neueren bzw. restrukturierten Psychiatrie. Distanzlose und Gewalttätige sind unbeliebt und unbequem, sie spalten das Team oder halten die Mitarbeiter unter Daueranspannung. Nach dem Scheitern sowohl tolerant-permissiver wie auch intolerant-restriktiver Strategien, kann unter Umständen eine Solidarisierung der Teammitglieder nur noch in der ablehnenden Haltung dem schwerst gestörten Kranken gegenüber erfolgen. Die Anwesenheit von gewalttätigen Patienten kann auch dem Ruf einer Station oder Wohngruppe schaden. Wer soll dann in dieser Einrichtung unter diesen Bedingungen noch beschäftigt oder behandelt bzw. betreut werden wollen?

Es gibt Hinweise darauf, dass manche Einrichtungen sich der gewaltbereiten psychisch Kranken zu entledigen bemühen. Durch erzwungene Entlassungen und Verlegungen, Überantwortung an die Justiz usw. entsteht eine neue Art von Intoleranz mit Ausstoßung und Ausgrenzung schwerst verhaltensgestörter psychisch Kranker (Zeiler, 1994). Es ist zu befürchten, dass bei zunehmend knapper personeller Besetzung und Überlastung der psychiatrischen Kliniken immer mehr gewalttätige Patienten, mit denen sich viele Kliniken überfordert fühlen und nicht zurechtkommen, in der Obdachlosigkeit und in den Einrichtungen der Justiz landen.

Auch Pflegeheime für psychisch Kranke erklären sich oft mit der Versorgung von schwerst gestörten Bewohnern überfordert und streben dabei eine „Verlegung in die Psychiatrie” an, mit der Ankündigung, dass eine Rücknahme ins Heim unter allen Umständen abgelehnt werde. Diese Praxis der Abschiebung unliebsamer Bewohner in die psychiatrischen Krankenhäuser, auch ohne Notwendigkeit einer stationären Behandlung, wird nicht selten durch Friedfertigkeitsansprüche sowie Personalnotstand zu rechtfertigen versucht. Es besteht die Gefahr einer gravierenden Diskrepanz zwischen Patientenvielfalt, Behandlungs- und Versorgungserfordernissen einerseits sowie liberalisierten Versorgungskonzepten und Personalnotstandes der neuen Psychiatrie andererseits (Zeiler, 1994). Offen bleiben Fragen wie etwa: wohin mit den aggressiven psychisch Kranken und Behinderten, mit denen alle überfordert sind? Oder besser: wie könnten gewalttätige Patienten sicherer versorgt werden?

Prävention und Bewältigung von Patientenübergriffen

Es kann nicht oft genug wiederholt werden, dass gefährliche Verhaltensweisen bei psychischen Erkrankungen ohne effiziente biologische Behandlung und Rückfallprophylaxe nicht wirksam verhindert werden können. Viele Patientenübergriffe haben erfahrungsgemäß damit zu tun, dass eine adäquate Medikation nicht oder nicht mehr stattfindet. Nicht zu unterschätzen sind auch die Risiken einer unregelmäßigen Medikamenteneinnahme. Bei Uneinsichtigen und Gewalttätigen sollte unter Umständen eine Depot-Medikation in Betracht

gezogen werden. Es besteht Einigkeit in der Fachliteratur, dass für die erfolgreiche Prävention von Gewalt und Aggression ein möglichst günstiges therapeutisches Milieu angestrebt werden sollte (Richter et al., 2001). In einem günstigen therapeutischen Milieu können Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft, Erleben aggressionsloser Konfliktformen, der Rücksichtsnahme auf Mitmenschen etabliert und aufrechterhalten werden. Aggression und Gewalt sollten dabei immer sehr früh und in angemessener Form als unzulässig klargestellt werden.

Frühzeitiges Erkennen von Gewaltbereitschaft wichtig

Für die Prävention und Bewältigung der Patientenübergriffe ist die Früherkennung der Vorboten steigender Gewaltbereitschaft sehr wichtig (Fuchs, 2000, 2001; Anke et al., 2003; Rüesch et al., 2003). Bei akuten psychotischen Zuständen mit ausgeprägter Erregung, Wahrnehmungsstörungen, Feindseligkeit usw. wird meist von einer erhöhten Aggressivität der Patienten ausgegangen. Je deutlicher die Genesung, desto seltener wird erfahrungsgemäß mit gewalttätigem Verhalten der Patienten gerechnet. Die immer noch möglichen Übergriffe vorauszusehen, wird dann komplizierter. Übergriffe kommen oft zustande als Ergebnis mehrerer unscheinbarer Auslöser und Verstärker, die leicht übersehen oder unterschätzt werden können. Charakteristisch ist auch, dass Spannungen und Konflikte derzeit unter immer schwerer durchschaubaren situativen Gegebenheiten mit komplizierten Hintergründen entstehen und eskalieren, so dass die Früherkennung und Prävention der steigenden Gewaltbereitschaft immer schwieriger werden.

Schwierigkeiten ergeben sich selbst aus dem ständigen Wandel unserer Therapie- und Versorgungskonzepte. Die klassischen störungsorientierten Krankheits- und Behandlungsmodelle z. B. werden derzeit von vielen Einrichtungen zunehmend aufgegeben bzw. vernachlässigt. Es wird immer mehr ressourcenorientiert gearbeitet, wobei bei den Patienten und Heimbewohnern die weniger ausgeprägten psychischen Störungen und die Feinsymptomatik oft unbeachtet bleiben. Die krankheitsbedingt verminderte psychische Belastbarkeit und reduzierte Frustrationstoleranz, veränderte Wahrnehmung und verzerrte Auffassung der situativen Gegebenheiten, verändertes Reaktions- und Steuerungsvermögen werden oft unterschätzt und überstrapaziert.

Mit unvorhersehbaren kritischen Situationen rechnen

Die hochwirksamen modernen Therapieansätze sollten mit einer immer feineren systematischen Verlaufs- und Verhaltensdiagnostik kombiniert werden. Eine sensible Wahrnehmung sowohl der Akutsymptomatik wie auch der wenig auffälligen psychischen Besonderheiten kann bei der Vorhersage des Verhaltens von psychisch Kranken in verschiedenen Situationen helfen und die Früherkennung der Vorboten steigender Gewaltbereitschaft erleichtern. Trotzdem muss in den psychiatrischen Einrichtungen auch mit unvorhersehbaren kritischen Situationen gerechnet werden. Es gehört zu unserem beruflichen Auftrag auf psychiatrische Notfallsituationen vorbereitet zu sein und professionell korrekt solche Situationen bewältigen zu können.

Aus der Fachliteratur (Fuchs, 2001; Richter et al., 2001;Grenner, 2004) können einige nützliche Verhaltens- und Kommunikationsregeln entnommen werden, die dazu geeignet sind, den Psychiatriemitarbeitern zu helfen risikoreichen Situationen zu begegnen. Wichtig ist, die entstehenden Spannungssituationen ernst zu nehmen und die Gründe der Eskalation durch Beobachtung und vorsichtiges Hinterfragen zu klären, Auslöser und Verstärker zu identifizieren, entsprechende Lösungsmöglichkeiten oder Kompromisse vorzuschlagen, in angemessener Form zu beruhigen bzw. zu überzeugen. Psychiatriemitarbeiter müssen dabei auf ihr Auftreten, Verhalten, Sprechen, Mimik, Gestik usw. achten (Richter et al., 2001). Risikoreich sind Verhaltensweisen, die bei den Patienten Angst und Erregung auslösen oder verstärken können. Gelernte Aufmerksamkeit und Selbstbeherrschung, deeskalierende Vorgehensweisen und Flexibilität, gute Kommunikation und Zusammenarbeit im Team können sich dabei als hilfreich erweisen.

Deeskalationsstrategien haben ihre Grenzen

Die Möglichkeiten und Grenzen der Deeskalationsstrategie sollten allerdings in konkreten Situationen realistisch eingeschätzt werden. Falls die Situationsbewältigung ohne Zwangsmaßnahmen nicht erreichbar erscheint, dann sollten die notwendigen medizinischen Notfallmaßnahmen (Isolierung, Fixierung, Notfallmedikation usw.) unter Beachtung der modernen Rechtsbestimmungen rechtzeitig eingeleitet werden. Psychiatriemitarbeiter müssen über ausreichende Kenntnisse psychiatrischer Notfälle verfügen, aber auch hinsichtlich der praktischen Bewältigung dieser Notfälle geschult sein. In vielen Einrichtungen ist es üblich, bei Notsituationen möglichst viele Mitarbeiter zusammenzuholen. Dies kann aber auch zur unerwünschten Verstärkung der Angst und Erregung des Patienten führen. Bei der darauf folgenden und oft wenig koordinierten Intervention besteht dann eine nicht unerhebliche Verletzungsgefahr insbesondere für Berufsanfänger, die in der Regel keine adäquaten Festhalte- und Transportgriffe beherrschen, nur ungeschickt mit den Fixierungshilfsmitteln umgehen können usw. Erfahrungsgemäß ist nicht die Anzahl der Beteiligten ausschlaggebend, sondern vielmehr die gut abgestimmte Zusammenarbeit der geschulten Mitarbeiter. Eine fachgerechte Fixierung oder Zwangsmedikation kann nur als Teamleistung gelingen. Praktische Empfehlungen zu den konkreten Vorgehensweisen gibt es in der Fachliteratur (Richter et al., 1999; 2001; Steinberg et al., 1999).

Unentschlossenheit und Uneinigkeit des Personals, Inkonsequenz, persönliche Ängste und Zwänge, unklare oder rigide Organisationsstrukturen, Unentschiedenheit und

Für die Prävention und Bewältigung der Patientenübergriffe ist die Früherkennung der Vorboten steigender Gewaltbereitschaft sehr wichtig

Falls die Situationsbewältigung ohne Zwangsmaßnahmen nicht erreichbar erscheint, dann sollten die notwendigen medizinischen Notfallmaßnahmen (Isolierung, Fixierung, Notfallmedikation usw.) unter Beachtung der modernen Rechtsbestimmungen rechtzeitig eingeleitet werden

Abstract

Im vorliegenden Beitrag wird auf gefährliche Patientenübergriffe aufmerksam gemacht, die in den psychiatrischen Einrichtungen immer noch vorkommen und die von den Psychiatriemitarbeitern als belastend und demotivierend empfunden werden sowie unter Umständen auch zur Ablehnung und Vermeidung aggressiver Patienten führen können. Es wird vor einer sich andeutenden neuen Intoleranz mit Ausgrenzung und Ausstoßung von schwer gestörten und behandlungsbedürftigen Menschen in die Obdachlosigkeit, Einrichtungen der Justiz usw. gewarnt. Die Notwendigkeit angemessener Behandlung und Versorgung gewalttätiger psychisch Kranker auf Grundlage einer konsequenten Auseinandersetzung mit diesem Problembereich sowie systematischer Schulung und Weiterbildung des Personals wird hervorgehoben. Gestützt auf die aktuelle Fachliteratur und eigenen Erfahrungen werden einige sinnvolle Kommunikations- und Verhaltensregeln sowie Ansätze zur Prävention und Bewältigung von Patientenübergriffen dargestellt, die dazu beitragen könnten, die Qualität der Versorgung aggressiver Patienten zu verbessern und mehr Sicherheit für alle Beteiligten zu gewährleisten.

In einigen amerikanischen Kliniken gehören spezielle Ausbildungs- und Trainingsprogramme für das Psychiatriepersonal bereits zum Standard

Schwanken zwischen toleranter und intoleranter Grundhaltung Verhaltensstörungen gegenüber, können dazu führen, dass gefährlichen Verhaltensweisen nicht adäquat begegnet wird. Während die paternalistische Kustodialpsychiatrie aggressive Verhaltensweisen rigide ahndete, steht jetzt die neuere, “sanfte” Psychiatrie in Gefahr, nicht, zu spät oder halbherzig der Gewalttätigkeit entgegenzutreten. Auch die unter Umständen fehlende Hierarchisierung, d. h. Mangel an Team-Mitgliedern mit ausgewiesener, akzeptierter und administrativ abgesicherter Leitungs- und Koordinationsfunktion, kann eine zügige Bewältigung von Krisensituationen behindern (Zeiler, 1994). Nichtwahrnehmung oder Leugnung tatsächlicher Gefahren und Risiken, wie sie die Behandlung von schwer gestörten Patienten mit sich bringt, kann dazu führen, dass unsere Einrichtungen diesen Patienten nicht gerecht werden.

Eine intensive Auseinandersetzung mit dem Problem Aggression und Gewalt sowie gut eingeübte Einzel- und Teamtechniken steigern enorm das Selbstvertrauen und Sicherheitsgefühl der Mitarbeiter

Im Ausland scheint man auf diesem Gebiet schon weiter gekommen zu sein. In einigen amerikanischen Kliniken gehören spezielle Ausbildungs- und Trainingsprogramme für das Psychiatriepersonal bereits zum Standard (Püschel & Cordes, 2001, Steinert, 1995). Bei uns befinden sich solche Programme noch im Entstehen und in der Entwicklung. Ein gravierender Nachholbedarf ist nicht zu übersehen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pfalzklinikums für Psychiatrie und Neurologie Klingenmünster haben positive Erfahrungen mit Praxisseminaren wie z. B. „Kontrollierter Umgang mit physischer Gewalt und Aggression” gemacht. Dabei werden unter Supervision theoretische und praktische Aspekte des Umgangs mit Aggression und Gewalt in verschiedenen Situationen erörtert. Deeskalationstechniken werden ausführlich besprochen und trainiert. Unter Aufsicht von erfahrenen Fachleuten werden sanfte, nicht verletzende aber effiziente Einzel- und Gruppentechniken des kontrollierten Umgangs mit Gewalt eingeübt. Dabei handelt es sich, dies muss klar gesagt werden, nicht um Kampf- und Verteidigungstechniken, sondern ausschließlich um Befreiungstechniken, Festhaltetechniken, Spritzen- und Transporthaltegriffe. Es wird z. B. gelernt, bei verschiedenen Angriffen (Umklammerung, an den Haaren ziehen, Festhalten, Würgen u. a.) sich sanft aber wirksam zu befreien. Diese Techniken erfordern nicht viel Kraft, können leicht erlernt und trainiert werden (Sauter & Richter, 1998; Richter et al., 1999; 2001).

Das Sicherheitsgefühl der Mitarbeitenden stärken

Eine intensive Auseinandersetzung mit dem Problem Aggression und Gewalt sowie gut eingeübte Einzel- und Teamtechniken steigern enorm das Selbstvertrauen und Sicherheitsgefühl der Mitarbeiter, befähigen sie zu angemessenen Reaktionen und Verhaltensweisen in Notsituationen. Die Gefahr der panischen Überreaktionen, der falschen Reaktionen oder des Nichtreagierens mit den entsprechenden Verletzungsrisiken für die Beteiligten kann damit erheblich reduziert werden. Selbstverständlich kann es keine Patentrezepte geben, die eine absolute Sicherheit bieten. Aufrichtige und sachliche Auseinandersetzung mit dem Thema, ohne Verharmlosung oder Überdramatisierung, systematische und konsequente Schulung können uns allerdings helfen, die Risiken in Grenzen zu halten, angemessen und professionell auf Aggression und Gewalt zu reagieren, d. h. mehr Sicherheit für uns und unsere Patienten zu erreichen. Dann werden wir auch aggressiven psychisch Kranken und Behinderten, die nicht Ausgrenzung, sondern vielmehr qualifizierte Behandlung und Betreuung benötigen, besser helfen können.

Literatur beim Verfasser

Das Wissen der Beteiligten nutzen

Soziale Aufgaben gemeinsam bewältigen

Hilfe zur Selbsthilfe

transfer
unternehmen für soziale innovation

Individuelle Hilfeplanung in der psychiatrischen Versorgung

· für Ihre Versorgungsregion
Einrichtungs- und trägerübergreifende Workshops zur Implementierung

· für Ihre Einrichtung
· hausinterne Schulungen
· hausinterne Schulungen mit Praxisbegleitung
· Ausbildung von Multiplikatoren

transfer-unternehmen für soziale innovation
Thomas Schmitt-Schäfer

Grabenstraße 21, 54516 Wittlich
Fon: 06571·96343 · Fax: 06571·96345
mail@transfer-net.de

www.transfer-net.de

Sozialpsychiatrisches Grundverständnis und systemische Beratungskompetenz

Berufsbegleitende Zusatzqualifikation der GFO Nord mit Prädikat „sehr empfehlenswert" abgeschlossen

Von Sylvia Fahr-Armbruster

Mit dem Prädikat „sehr empfehlenswert" ist die Weiterbildung der GFO Nord „Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation – Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/ Sozialpsychiatrie" vom Zertifizierungsausschuss des Bundesverbands Evangelische Behindertenhilfe (BEB) eingestuft worden. Hervorgehoben wurden die ausgewogenen und gut miteinander verknüpften theoriegeleiteten Konzepte und praxisorientierten Handlungskompetenzen. Besondere Anerkennung erhielt Kursleiterin Sylvia Fahr-Armbruster für die trialogische und systemische Gesamtkonzeption.

Im Dezember 2003 hatte der erste Weiterbildungskurs mit einem Fachtag geendet. Im Abschlusskolloquium präsentierten die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer verschiedene Themen, um sie mit dem Fachpublikum zu diskutieren. Darüber hinaus hielt Klaus Nouvertné einen Vortrag zum Thema „Entwicklungslinien sozialpsychiatrischen Denkens und Handelns – Gewinner und Verlierer des Wandels". Diese systemisch orientierte sozialpsychiatrische Weiterbildung, 1989 von der Diakonischen Akademie Deutschland in Zusammenarbeit mit dem BEB konzipiert und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt, wird seit 2000 von der Gesellschaft für Fortbildung und Organisationsentwicklung (GFO Nord) angeboten.

Ziel ist die Förderung der methodisch-fachlichen und persönlichen Handlungskompetenzen in den Feldern der Psychiatrie/ Sozialpsychiatrie. Damit verbunden ist die Erarbeitung eines systemisch fundierten, sozialpsychiatrischen Grundverständnisses und spezifischer Vorgehensweisen, die darauf ausgerichtet sind, die eigene Handlungskompetenz in den vielfältigen Situationen des sozialpsychiatrischen Alltags zu erweitern. Zentrales Anliegen ist, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu befähigen, sich mit den Aufgaben und Herausforderungen eines personenzentrierten, regionalen, sozialpsychiatrischen Hilfesystems auseinander zu setzen. Im Zeichen des Wandels kann die Kompetenzentwicklung nicht mehr nur bezogen auf ein definiertes Arbeitsfeld einer Institution erfolgen, sondern muss zum Ziel haben, Mitarbeitende in die Lage zu versetzen, psychisch kranke Menschen in den Mittelpunkt zu stellen und personenzentrierte Hilfeleistungen in einer gemeinwesenbezogenen Perspektive zu erbringen.

Die subjektiven Bedürfnisse der Betroffenen wahrnehmen lernen

Die personenzentrierte Umgestaltung der sozialpsychiatrischen Hilfen erfordert spezifische Kompetenzen in der Wahrnehmung der subjektiven Bedürfnisse der Betroffenen, im Verständnis ihrer systemischen Lebenszusammenhänge und in der Reflexion des eigenen Handelns. Zielgruppen der Weiterbildung sind vor allem Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen, Pflegekräfte, Ergotherapeuten/innen, Psychologen/innen, (Heil-)Erzieher/innen, die in (sozial-) psychiatrischen Einrichtungen arbeiten und /oder in ihrem spezifischen Arbeitskontext mit Menschen mit psychischen Störungen zu tun haben.

Die Weiterbildung umfasst 8 Seminarwochen und 7 Tage für regionale Studiengruppen. Der Gesamtumfang beträgt 450 Stunden, verteilt auf rund zweieinhalb Jahre. Innerhalb der Kurswochen werden außerdem kontinuierlich Fragestellungen/Fallsituationen aus der praktischen Arbeit der Teilnehmer/innen in Kleingruppen supervisorisch reflektiert. Fester Bestandteil ist auch eine Hausarbeit. Themen in dem jetzt zu Ende gegangenen Kurs waren beispielsweise „Grundhaltungen im Umgang mit psychoseerfahrenen Menschen – dargestellt am Verlauf einer dreijährigen Betreuungsbeziehung im betreuten Wohnen", „Die Last des Lasters – wer kann wie viel (v)ertragen? Umgang mit Alkohol in einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen", „Ende einer Irrfahrt – Erfahrungen beim Schreiben einer Lebensgeschichte", „Mein systemischer Alltag oder unser Leiden mit dem jungen Herrn W.", „Woher – wohin?! – Lebensgeschichte und Lageplanarbeit im Kontext eines sozialtherapeutischen Wohnheims" oder „Empowerment in einer stationären Wohneinrichtung – Warten auf den Auftrag."

Ein wichtiges konzeptionelles Merkmal ist die Themenvielfalt unter Beteiligung verschiedenster Referenten/innen, die das breite Spektrum der sozialpsychiatrischen Arbeit und ihre aktuellen Entwicklungen widerspiegeln. So wirken u.a. Dr. Klaus Nouvertné, Prof. Dr. Klaus Dörner, Dr. Elisabeth Hopfmüller, Thomas Keller, Nils Greve, Manfred von Bebenburg und Andreas Knuf regelmäßig mit. Darüber hinaus ist es ein besonderes Anliegen, Betroffene, Angehörige und auch Bürgerhelfer direkt in die Kurse mit einzubeziehen. So erfährt theoretisches Wissen eine unmittelbare Überprüfung an der Erfahrung von Betroffenen und bietet die Möglichkeiten und Chancen des Voneinander-Lernens, des Anerkennens der jeweiligen subjektiven Erlebnisse und Erfahrungen, des respektvollen Miteinander-Umgehens und des Bemühens um gegenseitiges Verständnis.

Wie erfolgreich dieses Angebot der GFO Nord ist, zeigt die jüngste Befragung der Teilnehmenden. Alle schätzen den persönlichen und beruflichen Gewinn als groß oder sehr groß ein. Die Fachkompetenz der Leitung sowie der zahlreichen renommierten Referenten wird ebenfalls als sehr hoch bewertet. Auch mit der Themenauswahl sowie dem methodischen Vorgehen sind die Befragten sehr zufrieden.

Zentrales Anliegen ist, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu befähigen, sich mit den Aufgaben und Herausforderungen eines personenzentrierten, regionalen, sozialpsychiatrischen Hilfesystems auseinander zu setzen

Weitere Informationen: GFO Nord, Sylvia Fahr-Armbruster, Friesenring 32, 48147 Münster, Tel. 0251 / 2709-396, Fax: 0251 / 2709-398, E-Mail: nord@gfo-diakonie.de

Die Betroffenen haben jetzt das Wort

Lebendig geschriebener Reader über das 8. Gemeindepsychiatrische Gespräch in Hernen / Profis treten in die zweite Reihe

Von Ernst Luther

Seit 1987 finden alle zwei Jahre die Herner Gemeindepsychiatrischen Gespräche statt. Die Besonderheit des 8. Gesprächs, dessen Inhalt der Reader enthält, bestand darin, dass ganz bewusst „die professionellen Mitarbeiter in die zweite Reihe treten und den Betroffenen das erste Wort überlassen, um ihre vielfältigen musischen, sozialen, künstlerischen und gesellschaftlichen Aktivitäten" darstellen zu können.

Das Buch enthält eine Fülle beeindruckender Erlebnisberichte von psychiatrieerfahrenen Frauen und Männern unterschiedlichen Alters und Berufes. Beispielhaft sei der Beitrag von Helene und Hubert Beitler zu „Psychose und Partnerschaft" genannt, in dem „die Auswirkungen psychotischer Krisen auf Partnerschaft und Familie der Betroffenen" dargestellt und „Grundaussagen zum Verständnis von Menschen mit Psychosen sowie Hilfsmöglichkeiten für den täglichen, konkreten Umgang" abgeleitet werden.

Sibylle Prins, seit 11 Jahren psychiatrieerfahren, berichtet aus eigenem Erleben über „Religiöse Psychosen – Religiosität auf freier Wildbahn". Mit einem interessanten Gedankenexperiment holt sie die Geschichte des Franz von Assisi als „Herrn F." in die Gegenwart und stellt den Lesern eine Reihe von Fragen. Die Lehrerin Doris Bemme erlebte ihre psychotische Erkrankung „als massive Erschütterung des Vertrauens in die Unverletzlichkeit der eigenen Person und in die Umgebung." 1986 wurde Matthias Krisor, Chefarzt und Ärztlicher Direktor am St. Marien-Hospital Eickel, bei einer Hospitation in Frankreich bewusst, wie sehr auch bei ihm „eine gestörte Wahrnehmung und verengte Sichtweise des kranken Menschen" vorherrschte. Er lernte dort die Idee des „Ateliers" und der „Clubarbeit" kennen, bei der sich psychisch Kranke aktiv betätigen. In seinem Beitrag „Der Mensch ist nicht nur krank, wenn er krank ist – Ateliers und Delegierte am St. Marien-Hospital Eickel" schildert er diese Erfahrungen. Dieses sehr lebendig und manchmal sogar aufregend geschriebene Buch kann auch über den Leserkreis der Betroffenen, Angehörigen und Professionellen hinaus all denen empfohlen werden, die einen Einblick in die Lebenswelten dieser Menschen gewinnen und sie verstehen lernen möchten.

Matthias Krisor, Kerstin Wunderlich (Hrsg.): „Vom Kopf auf die Füße – Der Mensch ist nicht nur krank, wenn er krank ist." 295 Seiten. Lengerich (Pabst Science Publishers) 2003, ISBN 3-89967-000-0, 20 Euro.

Brennpunkt Heimversorgung – so nicht weiter, aber wie dann?

Gemeinsame Tagung der DGSP und des Stiftungsbereiches Gemeindepsychiatrie der v. Bodelschwinghschen Anstalten

Die Situation ist widersprüchlich. Trotz aller Fortschritte der ambulanten Versorgung bleibt die Frage nach angemessenen Versorgungsmöglichkeiten für chronisch psychisch kranke Menschen oftmals unbeantwortet. Wie ist es möglich, dass trotz der Vorgabe ‚ambulant vor stationär' und trotz des längst erbrachten Nachweises, dass die meisten dieser Menschen ambulant betreut werden können, für sie auch heute noch oft das Heim als einzige Möglichkeit gesehen wird? Ungeachtet ihrer individuellen Lebenslagen leben viele längerfristig psychisch kranke Menschen in Heimen. Geht den „personenzentrierten Hilfen" bei umfangreicheren Unterstützungsnotwendigkeiten die Puste aus?

Unter „schwierigen" strukturellen Bedingungen und den Argusaugen der Fachöffentlichkeit leisten die in den Heimen Tätigen einen wesentlichen Beitrag zur Begleitung und Betreuung dieser Zielgruppe. Warum finden die Heime bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben ‚ambulant vor stationär' bei den ambulanten Diensten hinsichtlich dieses Personenkreises so wenig solidarische Unterstützung? Pendelnd zwischen dem Anspruch und der gleichzeitigen steigenden Nachfrage nach Heimplätzen versuchen sie, einen angemessenen Lebens- und Arbeitsalltag zu gestalten.

Die Tagung thematisiert solche Widersprüche und Tabus der „Heim-Versorgung". Sie bietet in unterschiedlichen Foren die Chance, (un-) heimliche Ansprüche und Zwänge zu diskutieren und für zukunftsweisende Pläne und Betreuungsmodelle nutzbringend zu wenden. Die gemeinsame Tagungsverantwortung des Stiftungsbereiches Gemeindepsychiatrie Bethel und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) ist der Ausdruck des Wunsches, unterschiedliche Sichtweisen und Positionen der DGSP und der Träger konstruktiv zu nutzen. Kontroverse Sichtweisen und Interessenlagen sollen klar benannt und diskutiert werden, um dann gemeinsam neue Wege zu finden.

Während der Tagung bietet sich den Teilnehmer/innen die Gelegenheit, die unterschiedlichen Aspekte der Heimversorgung in Bielefeld und Bethel in Augenschein zu nehmen. Im Kontext konzeptioneller sozialpsychiatrischer Überlegungen und Ansätze ergeben sich so neue Impulse.

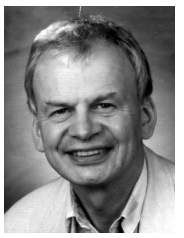
Infos und Programm zu Tagung vom 24. bis 26. Juni 2004 in Bielefeld: DGSP-Geschäftsstelle, Zeltinger Str. 9, 50969 Köln, Tel.: 0221-51 10 02, Fax: -529903, E-mail: dgsp@netcologne.de

In eigener Sache – Veränderungen in der Kerbe-Redaktion

Im März diesen Jahres konnte die Kerbe-Redaktion zwei neue Mitglieder in ihren Reihen begrüßen:

Diplom-Medizinerin Ute Golombek ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiterin der Psychiatrischen Institutsambulanz der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Ev. Krankenhauses „Königin Elisabeth“ Herzberge gGmbH in Berlin-Lichtenberg.

Diplom-Sozialwissenschafter Georg Schulte-Kemna, Psychiatrie-Referent im Diakonischen Werk Württemberg und zugleich als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Aktion psychisch Kranke e.V. für das Projekt zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg tätig.



Ausgeschieden ist Helmut Urbaniak, bisher Referent für Sucht und Psychiatrie im Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege im Diakonischen Werk der EKD und ab Juli diesen Jahres Geschäftsführer des Gesamtverbandes für Suchtkrankenhilfe (GVS) im Diakonischen Werk.

Wir danken Helmut Urbaniak für seine jahrelange engagierte Mitarbeit in der Kerbe-Redaktion und die vielen Impulse, die er eingebracht hat und wünschen für die neue Tätigkeit in Berlin alles Gute.

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB), Postfach 101142, 70010 Stuttgart, E-Mail: kerbe@beb-ev.de

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Helmuth Beutel, Esslingen; Doris Biedermann, Hamburg; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Ute Golombeck, Berlin, Dr. Ulrich Müller, Düsseldorf; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Wolfram Keppler (geschäftsführender Redakteur), Stuttgart

Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0
Adressenänderungen bitte unter regina.schuller@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-41 (Frau Rössel), Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 20 vom 1. Januar 2004

Druck:
J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart

Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

BeB Diakonie

Ungewöhnliches Jubiläum mit Film statt Grußworten

Das „Haus Sandkorn“ in Wetzlar hat beim zehnjährigen Jubiläum auf herkömmliche Grußworte verzichtet und stattdessen alle Redner in einem Film zu Wort kommen lassen. Ziel dieses Films war neben der Präsentation von Grußworten, die unterschiedlichen Facetten der Einrichtung darzustellen. Dafür wurde neben dem Bürgermeister eine Besucherin der Tagesstätte und eine Nachbarin vor laufender Kamera befragt. Allen Befragten wurden die gleichen Fragen gestellt, und gerade durch die unterschiedlichen Antworten wurden die Grußworte interessant, vielschichtig und kurzweilig. Einzelne Aussagen von Besuchern wie „ich gehe in die Tagesstätte, weil ich ein schönes Leben haben möchte“ oder „seit es dieses Haus gibt, war ich nicht mehr in stationärer Behandlung“ brachten eine Wertschätzung der nichtklinischen Versorgung auf den Punkt, die weit über die Grenzen der gemeinten Einrichtung hinaus zu verstehen ist. Weitere Informationen: haus-sandkorn@diakonie-wetzlar.de

Kompaktseminar Sozialpsychiatrie wieder im Angebot

Die GFO Nord bietet erneut das Kompaktseminar Sozialpsychiatrie an. Die vierteilige Weiterbildung für Mitarbeitende aus allen Arbeitsfeldern der Gemeindepsychiatrie beginnt im September 2004 und läuft jeweils in Wochenblöcken bis Juni 2005. Im Kurs werden aktuelle Themen wie individuelle Hilfeplanung, Gemeindepsychiatrischer Verbund, Systemisches Arbeiten oder Empowerment behandelt und die eigene Praxis unter fachlicher Anleitung im Rahmen kollegialer Beratung reflektiert. Ergänzend zur Kursarbeit vertiefen die Teilnehmenden die Inhalte in regionalen Lerngruppen, erhalten Supervision und hospitieren in einer Einrichtung. Auf diese Weise werden theoretische und praktische Anteile in der Weiterbildung sinnvoll verknüpft. Informationen bei: GFO Nord, Friesenring 32, 48147 Münster, Telefon 0251/2709-396, Fax -398, E-Mail: nord@gfo-diakonie.de

„Beiß' mich nicht und kratz' mich nicht ..."

13. bis 15. Mai 2004, Lehnin Brandenburg

Hilfen für das Verständnis und den Umgang mit aggressiven und autoaggressiven geistig behinderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Anmeldung und Auskunft: GFO Berlin, Rudolf-Breitscheid-Str. 24 14482 Potsdam, Tel.: 0331 / 740 04 86 oder 0331 / 763 33 62, Fax: 0331 / 763 33 61, E-Mail: berlin@gfo-diakonie.de

Wenn Angst und Panik das Leben bestimmen

17. September 2004, Trier

Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. veranstaltet eine Fachtagung zum Thema „Wenn Angst und Panik das Leben bestimmen!". Dabei kommen neben zwei Psychiatrie-Erfahrenen mit Angst- und Panikattacken, ein Psychiater und ein Psychologe zu Wort.

Weitere Informationen: Landesverband Psychiatrie-Erfahrener (LVPE) Rheinland-Pfalz e.V., Gratianstr. 7, 54294 Trier, e-mail: f.j.wagner@gmx.net

Paradigmenwechsel bedingt Konzeptionswechsel

28.6. bis 2.7. 2004, Hösbach

Strategieentwicklung für professionelle Handlungskonzepte auf der Grundlage von Empowerment und Case-Management in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Anmeldung und Information: GFO Süd, Sudetenweg 92, 74523 Schwäbisch Hall, Telefon (07 91) 5 00-2 82, Fax (07 91) 500-300 E-mail: sued@gfo-diakonie.de

„Nur wer selbst empowert ist, kann Empowerment umsetzen"

6.9. bis 10.9. 2004, Hösbach

Erfordernisse für ein berufliches Rollenverständnis, für Hilfeplanung, Angebotsstruktur und Teamentwicklung in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Anmeldung und Information: GFO Süd (Adresse siehe oben).

Sonderpädagogische Zusatzausbildung

Ab 15. November 2004, Köln

Sonderpädagogische Zusatzausbildung zur geprüften Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für psychisch behinderte Menschen. Der Kurs hat einen Gesamtumfang von 800 Stunden in 12,5 Blockwochen. Neben dem theoretischen Anteil beinhaltet er ein Praxisprojekt.

Weitere Informationen: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., Zeltinger Str. 9, 50969 Köln, Tel.: 0221 - 51 10 02, Fax: 0221 - 52 99 03, E-mail: dgsp@netcologne.de

Familien-Bande

29.9. bis 1.10. 2004 Ravensburg

20 Jahre Psychiatrische Familienpflege in Deutschland 1984 bis 2004.

Information und Anmeldung: Arkade e.V. Psychiatrische Familienpflege, Eisenbahnstraße 31/1, 88212 Ravensburg, Tel. 0751/366 5580, e-Mail: familienpflege.arkade-ev@t-online.de

Förderlicher Umgang mit Belastungen

31.7. bis 6.8. 2004 Waldfischbach

Sechstägiges Seminar „Seelische Gesundheit" zum Thema „Förderlicher Umgang mit Stressbelastungen, Persönliche Weiterentwicklung" in der Bildungsstätte Maria Rosenberg bei Kaiserslautern. Angebote für alle Altersgruppen. Inhalte: Gesprächsgruppen auf Basis der klientenzentrierten Beratung und Psychotherapie des amerikanischen Psychologen Carl Rogers, Entspannung und Gesunderhaltung, Themengruppen. Ziele: Verminderung von Alltagsstress, Hilfe bei Schicksalsschlägen, Vorbereitung auf künftige Belastungen. Leitung: Psychotherapeut Professor Dr. Reinhard Tausch und Team.

Informationen: Helmuth Beutel, Arnikastraße 33/1, 73733 Esslingen, Tel. 0711/3704 114, helmuth.beutel@arcor.de
Anmeldung: Sybille Jatzko, Görzbornstraße 3, 67706 Krickenbach, Telefon 06307 / 993006, Fax 993007.