2 2009
Mai
Juni
Juli
27. Jahrgang
ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt:
Schwierige Jugendliche – Jugendliche in Schwierigkeiten

„Schwierige" Jugendliche haben Schwierigkeiten in und mit der Gesellschaft, in der sie aufwachsen. Die Gesellschaft wiederum reagiert mit Mechanismen der Abwehr und Ausgrenzung und betrachtet die Jugendlichen einseitig unter dem Blickwinkel von Defiziten, anstatt sie als Mitgestaltende wahrzunehmen und einzubeziehen. Ein verhängnisvoller Kreislauf beginnt.

Eine gelingende Kooperation aller an der Begleitung Jugendlicher beteiligten Einrichtungen und Dienste leistet einen unverzichtbaren Beitrag, indem sie auf die Entfaltung der Ressourcen und Potentiale von Jugendlichen und ihrer Familien setzt und sie gemeinsam dabei unterstützt, ihren Platz in der Gesellschaft zu finden.

3 Editorial
4 Themenschwerpunkt

■ **Jugend heute**
Lothar Böhnisch, Seite 4

■ **Psychische Auffälligkeiten und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen**
Aktuelle Zahlen aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey KiGGS
Robert Schlack, Heike Hölling, Seite 5

■ **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**
Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen für die Zukunft
Renate Schepker, Seite 9

■ **Aufforderungen zur interdisziplinären pädagogischen und jugendpsychiatrischen Versorgung**
Die Ulmer Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Heimen
Lutz Goldbeck, Seite 12

■ **Gesetzliche Neuregelungen für die Arbeit mit den „Schwierigsten" in der Jugendhilfe**
Karl Späth, Seite 15

■ **Hilfen für Familien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen**
Was ist aus Sicht der Angehörigen wichtig?
Beate Lisofsky, Seite 17

■ **Junge Menschen mit Doppeldiagnosen und die Hilflosigkeit der Helfenden**
Harald Sadowski, Frieder Niestrat, Seite 19

■ **Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie**
Integrativ denken, kooperativ handeln. Ein Briefwechsel.
Werner Starke, Markus Onken, Harald Tornow, Seite 21

■ **Johanna**
Wie kooperative Prozesse gemeinsam gelingen können
Charlotte Köttgen, Seite 24

■ **Hilfen für die besonders „Schwierigen": es geht nur gemeinsam**
Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe braucht Zeit
Reinhard Peukert, Seite 26

■ **Hilfen nach Maß für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder**
Ein Konzept des Rauhen Hauses Hamburg an der Schnittstelle von Sozialpsychiatrie und Jugendhilfe
Susanne Sailer, Seite 28

20 Spectrum

■ **Zuständigkeitsreform bei wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderungen**
Reflexionen zur Situation in Nordrhein-Westfalen
Johannes Schädler, Seite 30

■ **Mit der Diagnose „chronisch psychisch krank" ins Pflegeheim?**
Rubina Vock, Seite 34

■ **ProPsychiatrieQualität 2009 (PPQ)**
Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement für Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe
Christina Reinhardt, Seite 36

39 Nachrichten

40 Termine

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser

In der öffentlichen Wahrnehmung erscheinen Jugendliche zunehmend als Komasäufer, Intensivtäter oder als Schulabbrecher, so dass Lothar Böhnisch in seinem Artikel bereits von einem Abgesang der Jugend des 20. Jahrhunderts spricht.

Gleichzeitig werden immer mehr Jugendliche mit den Auswirkungen von sozialen Problemen konfrontiert: die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die in Deutschland in Armut aufwachsen, steigt seit Jahren kontinuierlich an. Ausbildungsplätze sind rar und nicht nur die berufliche Zukunft unsicher.

Selbst der Jugendphase als geschütztem Moratorium werden durch das Konkurrenz- und Leistungsstreben in unserer Gesellschaft die Grundlagen entzogen.

Stattdessen wird Jugend wieder stärker als Risikogruppe wahrgenommen (s.o.). Charlotte Köttgen beschreibt in einem Beitrag gesellschaftliche Mechanismen wie Selektion, Ausgrenzung, Psychiatrisierung, Medikalisierung und Kriminalisierung, mit denen schwierigen Jugendlichen begegnet wird. Jugendliche als Subjekte in ihrer Lebenswelt und als deren (Mit-)Gestalter und Gestalterinnen kommen dabei nicht vor. Welche Auswirkungen die beschriebenen Mechanismen auf die Selbstbilder und die Identitätsentwicklung von Jugendlichen in dieser besonderen und labilen Lebensphase haben, wird kaum thematisiert.

Spätestens mit den Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS), die Robert Schlack und Heike Holling in ihrem Artikel vorstellen, wird die zunehmende Bedeutung von psychischen Auffälligkeiten und Störungen belegt. Die Studie unterstreicht darüber hinaus, dass die Gesundheitschancen oder Krankheitsrisiken in unserem Land sozial ungleich verteilt sind. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weisen circa dreimal höhere Auffälligkeiten auf.

Die persönliche Kontinuität und verlässliche Zuwendung ist in allen erzieherischen, therapeutischen und anderen unterstützenden Prozessen von elementarer Bedeutung. Angesichts der Tatsache, dass viele Jugendliche mit psychischen Störungen in ihren Biografien zahlreiche Beziehungsabbrüche (sowohl in den Familien als auch in den Helfersystemen) erleiden und zu bewältigen haben, stellt sich die Frage, wie diese Kontinuität und Verlässlichkeit in den Familien und helfenden Systemen sichergestellt werden kann.

Antworten auf diese Fragen aus unterschiedlichen Perspektiven finden Sie im zweiten Teil der Kerbe. Eine gelingende Kooperation aller beteiligten Akteure – auch unter den oft restriktiven Rahmenbedingungen der Gegenwart – meint dabei immer auch die Unterstützung und Entfaltung der Ressourcen und Potentiale von Jugendlichen und deren Familien.

Die unterschiedlichen dargestellten Kooperationsmodelle lösen jedoch nicht die gesamtgesellschaftlichen Probleme, die aus einer zunehmenden Entsolidarisierung – auch gegenüber den Jugendlichen – und Polarisierung in unserer Gesellschaft resultieren.

Denn „schwierige“ Jugendliche haben zunächst Schwierigkeiten in und mit der Gesellschaft, in der sie aufwachsen.

Doris Biedermann
Katharina Ratzke

Jugend heute

Von Lothar Böhnisch

Überblickt man die jugendwissenschaftlichen und jugendpolitischen Bilanzen zu Beginn des 21. Jahrhunderts in Deutschland, so hat man den Eindruck eines Abgesangs auf die Jugend des 20. Jahrhunderts. Viel mehr Jugendliche als früher werden mit sozialen Problemen konfrontiert – Bildungskonkurrenz, berufliche Zukunftsunsicherheit, Sorge um die Eltern – von denen sie eigentlich im traditionellen jugendpädagogischen Modell des Moratoriums fern gehalten sein sollten. Dennoch gilt weiter, dass Jugendliche sich in der psychisch-physischen Entwicklung der Pubertät mit ihren Vor- und Nachphasen befinden und somit die Art und Weise, wie sie selbst mit diesen auf sie zukommenden sozialen Problemen umgehen, stark durch die Logik dieser Entwicklungsphase bestimmt ist. Der Zustand der Schwebe, der Unwirklichkeit und Unbefangenheit, in dem sich Jugendliche im pubertären Alter befinden, bestimmt in der Regel auch die Muster, in denen sie mit den nun auf einmal zugemuteten sozialen Belastungen umgehen bzw. umzugehen im Stande sind. Sie sind zwar nach außen – im Umgang mit neuen Dingen, in der Rücksichtslosigkeit gegenüber Altem und in den Formen der Abgrenzung von der Erwachsenenkultur – selbstständig und selbstbewusst, aber sie leben dazwischen, sind noch nicht mit sich fertig und haben noch lange nicht ihren Platz in der Gesellschaft gefunden.

Lothar Böhnisch
Prof. Dr. rer. soc. habil. Technische Universität Dresden, Fakultät Erziehungswissenschaften, 01062 Dresden

Dennoch sind sie schon von der Bedrückung erfasst, ob sie diesen Platz je finden werden, von der diffusen Angst, nicht mithalten zu können, und gleichzeitig von dem Frust, die eigene Jugend nicht ausleben zu können, wie man sie in sich spürt. Dieser *Entgrenzung* der Jugend scheint eine gesellschaftspolitische *Entwertung* zu entsprechen. Jugend ist nicht nur demografisch, sondern auch politisch zu einer Minderheit in unserer Gesellschaft geworden.

Das 20. Jahrhundert galt nicht umsonst als das Jahrhundert der Jugend, weil in ihm – sowohl demografisch als auch unter dem Aspekt der Modernisierung – die junge Generation als strategische Sozialgruppe einer entwicklungsbewussten, wachstumsorientierten Gesellschaft hervortrat. Das 21. Jahrhundert wird dieser gesellschaftlichen Jugenddefinition die Grundlagen entziehen. Nicht nur die demografische Gliederung unserer Gesellschaft hat sich dramatisch auf das Alter hin verändert. Es ist vor allem auch die digitalisierte Struktur der Ökonomie, welche Druck auf die Jugend ausübt. Dort wo qualifizierte Arbeitsplätze gebraucht werden, will man sie – angesichts beschleunigter Technologie- und Marktentwicklungen – sofort abrufen können, will nicht auf lange Ausbildungszeiten Rücksicht nehmen. Die bisherige Jugendformel der Dialektik von Separation und Integration ist brüchig geworden. Das heißt, das Modell, dass Jugendliche in ihrer Entwicklungs- und Bildungszeit von der Arbeitsgesellschaft separiert werden um später auf nun qualifiziertem Niveau einen sicheren gesellschaftlichen Platz finden zu können, hat seine selbstverständliche Geltung und Verlässlichkeit eingebüßt. Zwar zeigen neuere Jugendstudien, dass die Mehrzahl der Jugendlichen immer noch davon ausgeht, dass sie später Arbeit und Beruf im Sinne des Normalarbeitsverhältnisses – lebenslang ausgeübter Beruf mit entsprechender sozialer und tariflicher Absicherung – erreichen können, dieses Normalarbeitsverhältnis ist aber längst nicht mehr für alle erreichbar.

Ein anderer Schauplatz, auf den die Jugendfrage wieder verschoben ist, ist der der Kriminalpolitik. Zwar hält sich die öffentliche Dramatik noch immer einer besonderen Verantwortung für die Jugend verpflichtet, aber sie ist gepaart mit einem erhöhten Kontrollanspruch. Jugend wird gesellschaftlich wieder stärker als *Risikogruppe*, denn als Experimentierphase interpretiert. Jugendliche geraten so in eine *Selbstständigkeitsfalle*: einerseits sind sie im postmodernen Vergesellschaftungsprozess auf eine Art und Weise freigesetzt, dass sie früh soziokulturell selbstständig werden; gleichzeitig verspüren sie den gesellschaftlichen Druck, sich zurückzunehmen, die Dynamik der Adoleszenz zu unterdrücken. Das kann hilflos machen. Wenige spalten ihre Hilflosigkeit in Gewalt gegen Schwächere ab. Die Mehrheit lebt – mit der Unbefangenheit der Jugend – ihr eigenes Leben, um sich so an den sozialen und gesellschaftlichen Problemen, von denen das Jugendalter heute nicht verschont ist, vorbei zu lavieren. Das kann man vor allem im digitalen Experimentierraum der neuen Medien beobachten. Während also das Moratorium des real life beschränkt ist, wird das *digitale Moratorium* des second life für die Jugendlichen immer attraktiver. Allerdings ist dieses Medium grenzenlos, Jugendliche brauchen aber Grenzen, an denen sie sich reiben und erproben können. So bleibt weiter die gesellschaftliche Aufgabe, Jugend ein soziales und nicht nur ein digitales Moratorium zu ermöglichen.

Dennoch feiern die Medien die Jugend als pragmatische und optimistische Generation. Während in früheren deutschen Jugendstudien der 1980er und 1990er Jahre die Tendenz überwog, dass die Jugend eine gespaltene soziale Orientierung zeigte – gesellschaftlich-pessimistisch versus persönlich-optimistisch – scheint für viele jetzt nur noch ein eher optimistischer Glaube an sich selbst orientierungsleitend zu sein. Das frühere Orientierungsmodell ließ sich jugendtypisch erklären: In der Pubertät steht das eigene Selbst narzisstisch im Mittelpunkt der Welt, von dem aus man sich an den gesellschaftlichen Anforderungen und Zumutungen reibt. Heute reiben sich viele Jugendliche nicht mehr an der Erwach-

senengesellschaft, sondern übernehmen früh deren biografisches Bewältigungsmodell.

Das Modell des „Moratoriums“ und des „Übergangs“, an das sich vor allem die Jugendpädagogik klammert und das Jugend bisher ausgemacht hat, ist also immer weniger greifbar. Da hilft es auch wenig, mit dem Hilfskonstrukt der „Verlängerung der Jugend“ zu operieren, und hier das Jugendmodell des Experimentierens anzusetzen. Denn diese Lebensphase ist schon voll in der Konkurrenz- und Verdrängungsszenerie der segmentierten Arbeitsgesellschaft aufgegangen. So ist für viele junge Menschen in Deutschland und in anderen europäischen Ländern mit der Erosion der sozialstaatlichen Moratoriumskonstruktion die ehemals geschützte Jugendphase zum offenen und deshalb zum riskanten Bereich der Selbstbehauptung der Generationenkonkurrenz geworden. Die neokapitalistische Arbeitsgesellschaft zieht ihre Fortschrittssymbolik nicht nur aus der Jugend, sondern aus ihrer ökonomisch-technischen Eigendynamik. Neue Produktgenerationen werden kreiert, das Symbol Jugendlichkeit hat sich von der Jugend gelöst; vielleicht scheint die alte Jugendsymbolik noch in der Konsumwerbung auf, aber auch dort ist die Jugend längst eine Gruppe unter anderen. Dies und auch die im Jugendalter früh einsetzende Biografisierung – ich muss mich früh um mich selbst kümmern – haben die Generationseinheit Jugend immer mehr aufgelöst. Die Kluft zwischen dem, was die Gesellschaft weiterhin von Jugend erwartet, und dem, wie sich die einzelnen Jugendlichen in ihrer Befindlichkeit darstellen, ist größer geworden. Und je mehr die Gesellschaft die Jugend übergeht, desto mehr klammern sich Jugendliche an ihre Herkunftsfamilie. So kann man einen eigenartigen Spagat beobachten: Immer mehr Jugendliche – auch im europäischen Vergleich – versuchen so lange wie möglich in der Familie zu bleiben, aus der sie sich eigentlich ablösen sollen und versuchen gleichzeitig sich so elastisch wie möglich in die Gesellschaft einzufädeln, an der man sich nicht lange reiben kann. Die letzte Shell-Jugendstudie (2006) spricht nicht umsonst von einer „pragmatischen Generation unter Druck“. ●

Literatur
Lothar Böhnisch (2008). Sozialpädagogik der Lebensalter. 5. Auflage, Weinheim und München.

Psychische Auffälligkeiten und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Aktuelle Zahlen aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey KiGGS

Von Robert Schlack und Heike Hölling

Abstract

Hohe Raten an Merkmalen psychischer Auffälligkeiten als Teil der neuen Morbidität zeigen sich auch in den Daten des Kinder-und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Im KiGGS wurden aber auch personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren (Ressourcen) erfasst. Es kann gezeigt werden, dass sich die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten sozial ungleich verteilt. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weisen ca. dreimal höhere Auffälligkeitsraten auf. Auch ist der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Defiziten in ihren Ressourcen mit absteigender Sozialschicht erhöht. Weitere psychosoziale Risiken wie Arbeitslosigkeit der Mutter oder Alleinerziehung erhöhen das Risiko für psychische Auffälligkeiten, wobei kombinierte Risikolagen kumulativ wirken. Kinder und Jugendliche mit guten Schutzfaktoren haben hingegen ein geringeres Risiko, psychisch auffällig zu sein. Obwohl bei Jungen die personalen und familiären Schutzfaktoren stärker ausgeprägt waren, scheinen diese bei Mädchen unter der Risikoassoziation ‚psychische Auffälligkeit‘ einen stärkeren protektiven Effekt zu haben. Der insgesamt stärkste Prädiktor für psychische Gesundheit waren die personalen, gefolgt von den familiären und sozialen Ressourcen. Im Ergebnis wird für eine verstärkte und frühzeitige Ressourcenorientierung bei Präventionsbemühungen plädiert.

Psychische Auffälligkeiten und neue Morbidität

Psychische Probleme und Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter sind gesundheitliche Beeinträchtigungen mit erheblicher Relevanz für das Leben von Betroffenen, nicht nur im Hinblick auf das individuelle Wohlbefinden sondern auch hinsichtlich der sozialen und Alltagsfunktionsfähigkeit. Die Bedeutung der psychischen Auffälligkeiten und Störungen hat in den letzten Jahrzehnten zugenommen und wird als Teil der sogenannten „neuen Morbidität“, nicht nur im Kindes- und Jugendalter, diskutiert. Der Begriff der neuen Morbidität bezeichnet eine seit den 1950er Jahren beobachtete Verschiebung des Krankheitsspektrums von den akuten

Robert Schlack
Dipl.-Soz., Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut, General-Pape-Straße 62-66, 12101 Berlin
schlackr@rki.de

zu den chronischen Erkrankungen und von den somatischen zu den psychischen Störungen und Auffälligkeiten. Mit Blick auf die zunehmende sozial bedingte Ungleichheit der Gesundheitschancen von Individuen wird auch der Begriff „Millenium Morbidität“ (Palfrey et al. 2005) verwendet. Zu den Erscheinungsformen der neuen Morbidität im Kindes- und Jugendalter zählen verschiedene Formen von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen wie motorische Unterentwicklung, verzögerte Sprachentwicklung, Hyperaktivitätsprobleme und weitere psychische Auffälligkeiten wie Depressionen oder Aggressivität (Schlack 2004). Psychische Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter können in internalisierende (d.h. Probleme mit sich selbst) und externalisierende (d.h. Probleme im Umgang und Zusammenleben mit Anderen) unterschieden werden (Döpfner et al. 1997). Im Gegensatz zu den externalisierenden Verhaltensstörungen fallen internalisierende Verhaltensprobleme anfänglich weniger auf, können sich jedoch ebenso nachteilig auf die Entwicklung eines Kindes auswirken.

Risiko- und Schutzfaktoren

Risikofaktoren für die psychische Gesundheit sind Merkmale, die die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer psychischen Auffälligkeit erhöhen. Sie lassen sich grob in personenbezogene (vor allem biologische, z. B. Frühgeburtlichkeit) und umgebungsbezogene (=familiäre und soziale) Faktoren unterscheiden. Als familiäre Risikofaktoren gelten z. B. eine psychische Erkrankung einer Hauptbezugsperson, Alleinerziehung, Partnerschaftsprobleme der Eltern, vier oder mehr Kinder in der Familie oder beengte Wohnverhältnisse. Soziale Risikofaktoren sind z. B. ein niedriger Sozialstatus, geringe Bildung, Arbeitslosigkeit und niedriges Einkommen.

Die Frage nach den Schutzfaktoren (Ressourcen) einer Person ist eng mit dem Konzept der Salutogenese verbunden (Antonovsky 1987). Im salutogenetischen Modell sind Gesundheit und Krankheit nicht sich wechselseitig ausschließende Konzepte, sondern entgegengesetzte Pole eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums. Gesundheit wird im salutogenetischen Modell als Zustand eines dynamischen Gleichgewichts aufgefasst, das ständig von Risiken und Störeinflüssen (Stressoren) bedroht und zugleich von Schutzfaktoren gestützt wird. Krank wird ein Mensch dieser Betrachtungsweise zufolge dann, wenn der Einfluss von Störfaktoren zu massiv ist oder wenn die stabilisierende Wirkung der Schutzfaktoren nicht ausreicht (Bengel 2002).

Schutzfaktoren lassen sich ebenfalls grob in personale, familiäre und soziale Ressourcen einteilen. Personale Ressorucen sind wesentlich angeboren. Zu ihnen zählen u.a. ein positives Temperament, der Kohärenzsinn (d.h. die Erwartung, dass Ereignisse verstehbar, vorhersehbar und bewältigbar sind), dispositioneller (d.h. der Persönlichkeit innewohnender) Optimismus und eine hohe Intelligenz. Zu den familiären Schutzfaktoren zählen der familiäre Zusammenhalt, familiäre Wärme, familiäre Harmonie und familiäre Aktivität. Zu den sozialen Ressourcen gehören die Verfügbarkeit externer Ressourcen und erweiterter sozialer Unterstützung der extrafamiliären Umwelt.

Die KiGGS-Studie

Zu Problemen der Kinder- und Jugendgesundheit gibt es eine Vielzahl von Studien in Deutschland. In der Vergangenheit fokussierten diese jedoch häufig auf einzelne Gesundheitsprobleme und basierten häufig auf nichtrepräsentativen regionalen oder lokalen oder Inanspruchnahmestichproben (z. B. Klinikstichproben). Ziel des vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung gemeinsam finanzierten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts war es, zu Beginn des neuen Jahrhunderts eine repräsentative Datenlage zur Gesundheit der heranwachsenden Generation im Alter von 0 bis 17 Jahren in Deutschland zu schaffen und Informationslücken zu schließen. Die Daten dienen daher einerseits der Gesundheitsberichterstattung für das Kindes- und Jugendalter, andererseits aber auch der Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen. Die Studie hatte auch das Ziel, bundesweit repräsentative Aussagen zu Problemfeldern und Risikogruppen zu ermöglichen, aufgrund derer gezielte Präventionsmaßnahmen entwickelt werden können.

Damit dient sie außerdem der Politikberatung. Im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey KiGGS wurden, orientiert an der WHO-Gesundheitsdefinition von 1948, umfangreiche Daten zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit, zum gesundheitlichen Risikoverhalten und zur medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland konjunkt, d.h. auf Individualebene verknüpfbar, erhoben.

Von Mai 2003 bis Mai 2006 nahmen insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0-17 Jahren, 8.985 Jungen und 8.656 Mädchen, in 167 repräsentativ ausgewählten Orten der Bundesrepublik Deutschland an der Studie teil. Die Teilnahmequote betrug 66,6%. Die Kinder und Jugendlichen wurden medizinisch-physikalisch untersucht, die Eltern, ab 11 Jahren auch die Kinder und Jugendlichen selbst, schriftlich befragt. Zusätzlich wurde mit den Eltern ein computergestütztes ärztliches Interview (CAPI) durchgeführt. Von Kindern und Jugendlichen ab dem Alter von einem Jahr wurde zudem auf freiwilliger Basis eine Blut- und Urinprobe genommen. Details des Untersuchungsdesigns wie Stichprobenziehung, Studiendurchführung und Ablauf, Datenmanagement, Qualitätssicherung, Messung des Sozialstatus und Einbeziehung von Migranten sind bereits im Doppelheft Mai/Juni 2007 des Bundesgesundheitsblatts umfassend publiziert und beschrieben. Das gesamte Doppelheft ist im Internet unter www.kiggs.de kostenfrei als pdf-download erhältlich.

Nachfolgend sollen zentrale Ergebnisse der KiGGS-Studie hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten, deren Risiko-und Protektivbedingungen mit besonderer Berücksichtigung sozial ungleich verteilter Gesundheitschancen vorgestellt werden.

Heike Hölling
Entwicklungsphysiologin, Psychologin.
Seit 1991 als Gesundheitswissenschaftlerin am Robert Koch-Institut, Abt. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Berlin. Tätigkeitsschwerpunkte: Konzeption, Methodenentwicklung, Untersuchungsleitung und Auswertung von Studien. Forschungsgebiete: Kinder- und Jugendgesundheitsforschung; Psychische Gesundheit, Essstörungen, ADHS, Gewalt.

Ergebnisse zu psychischen Auffälligkeiten

Psychische Auffälligkeiten wurden in der KiGGS-Studie mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) von Goodman (1997) erhoben. Der SDQ erfasst Merkmale von Verhaltensauffälligkeiten in den Bereichen emotionale Probleme, Hyperaktivitätsprobleme, Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen sowie das prosoziale Verhalten als Stärkendimension. Aus den Items der vier Problembereiche lässt sich ein globaler Wert, der sog. Gesamtproblemwert, bilden. Anhand von Grenzwerten lassen sich die Werte der Kinder und Jugendlichen in nicht auffällig („normal"), grenzwertig auffällig und auffällig unterteilen (vgl. auch Hölling et al. 2007). Der SDQ stellt aufgrund seines Charakters als Screeninginstrument keine Diagnosen, kann aber Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Risiko identifizieren. Als Risikogruppe wurden Kinder und Jugendliche definiert, die im Screening entweder grenzwertig auffällig oder auffällig waren. Die vorgestellten Ergebnisse beruhen auf der Auswertung der Elterneinschätzung.

Hinweise auf psychische Auffälligkeiten konnten bei insgesamt knapp 15 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren, davon bei 11,5 % der Mädchen und 17,8 % der Jungen festgestellt werden (SDQ-Gesamtproblemwert) (Hölling et al. 2007). Am häufigsten waren Verhaltensprobleme mit insgesamt 30,8 %, Peer-Probleme (=Umgang mit Gleichaltrigen) mit 22 % und emotionale Probleme mit insgesamt 16,3 %. Hinsichtlich des Sozialstatus ließen sich deutliche Unterschiede feststellen. Während lediglich 8,1 % der Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus Merkmale psychischer Auffälligkeiten zeigten, waren dies bei Familien mit mittlerem Sozialstatus 13,4 %, in Familien mit niedrigem Sozialstatus sogar 23,2 % ihrer Kinder und damit fast drei Mal so viele wie bei Familien mit hohem Sozialstatus. Über ein gutes prosoziales Verhalten verfügten allerdings immerhin auch insgesamt 92,5 % der Mädchen und 86,3 % der Jungen, wenngleich es auch hier deutliche Unterschiede zuungunsten der unteren Sozialschicht zwischen den sozioökonomischen Statusgruppen gab.

Ergebnisse zu personalen, familiären und sozialen Ressourcen

Ob und welche der Kinder und Jugendlichen mit Hinweisen auf Verhaltensauffälligkeiten psychisch erkranken, hängt maßgeblich von der Existenz und Verfügbarkeit ihrer Schutzfaktoren ab. Daher wurden im KiGGS auch vorhandene Schutzfaktoren und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen erfasst. Die folgenden Angaben beruhen auf der Selbstauskunft der 11-17-Jährigen. Auskünfte zu den eingesetzten Instrumenten für die personale, sozialen und familiären Ressourcen finden sich bei Erhart et al. (2007). Die Festlegung der Grenzwerte erfolgte für alle drei Ressourcenbereiche mangels Normwerten so, dass jeweils etwa die untersten 10 % der Verteilung (bis einschließlich der 10. Perzentile) als defizitär definiert wurden, oberhalb der 10. bis einschließlich der 20. Perzentile als grenzwertig defizitär. Zusammengenommen wurde diese Gruppe wiederum als Risikogruppe betrachtet.

Jungen wiesen mehr personale und familiäre Ressourcen auf als Mädchen, diese hatten dafür weniger Defizite bei den sozialen Ressourcen. Insgesamt wiesen Kinder aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus generell häufiger Defizite sowohl in ihren personalen als auch in ihren sozialen und familiären Ressourcen auf als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus. Interessanterweise unterschieden sich Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund bezüglich ihrer personalen Ressourcen nicht von Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Bezüglich der familiären Ressourcen schnitten Migrationsfamilien im Urteil der Kinder sogar tendenziell besser ab, wenn die Unterschiede auch nicht signifikant waren. Große Unterschiede fanden sich dagegen im Bereich der sozialen Unterstützung: hier wies jedes vierte Kind aus einer Migrationsfamilie Defizite auf, während es bei der Vergleichsgruppe jedes Fünfte war (Erhart et al. 2007).

Risiko- und Schutzfaktoren bei psychischen Auffälligkeiten

In einer weiteren Untersuchung mit den KiGGS-Daten wurden psychische Auffälligkeiten, gemessen mit dem SDQ, mit ausgewählten Risiko- und Schutzfaktoren in Beziehung gesetzt (Hölling & Schlack 2008). Als psychosoziale Risikofaktoren wurden dabei der Status der Berufstätigkeit der Mutter (arbeitslos, nicht berufstätig, teilzeit-, und vollzeitbeschäftigt) sowie die familiäre Situation (Alleinerziehung vs. Familien mit zwei im Haushalt lebenden erwachsenen Bezugspersonen) untersucht. Außerdem wurden die drei Schutzfaktorskalen, personale, familiäre und soziale Ressourcen, herangezogen. Im Ergebnis zeigte sich schon in der deskriptiven Analyse, dass der Anteil der Kinder in der oben definierten Risikogruppe mit knapp 24 % bei Alleinerziehung gegenüber Kindern und Jugendlichen aus „vollständigen" Familien (13,3 %) stark erhöht war. Nahezu ebenso hoch wie bei Alleinerziehung war der Risikogruppenanteil auch bei einer Arbeitslosigkeit der Mutter. In der bivariaten Betrachtung waren nur die Unterschiede zwischen den Kindern arbeitsloser Mütter und den drei anderen Statusgruppen der Berufstätigkeit signifikant, die sich untereinander mit Blick auf psychische Auffälligkeit nicht unterschieden. Die Betrachtung ausschließlich alleinerziehender Mütter in Abhängigkeit des Status ihrer Berufstätigkeit zeigte, dass der Anteil psychisch auffälliger Kinder bei Arbeitslosigkeit aber auch anderweitiger Nichtberufstätigkeit der Mütter gegenüber Kindern von voll- und teilzeitbeschäftigten Müttern um ca. 50 % erhöht war. Eine Berufstätigkeit der Mutter scheint also bei Alleinerziehung einen gewissen schützenden Effekt für die Kinder zu haben.

Hinsichtlich der persnalen, familiären und sozialen Ressourcen von Kindern und Jugendlichen lassen sich – betrachtet man den sozialen Status – große Differenzen feststellen.

Für die Betrachtung im multivariaten Modell wurden anschließend kombinierte Risikolagen untersucht. Hier zeigte sich, dass bei Arbeitslosigkeit und Alleinerziehung der Mutter eine ca. 3,1-fach erhöhte Chance für die Kinder be-

stand, Merkmale psychischer Auffälligkeiten zu zeigen, für Alleinerziehung ohne Arbeitslosigkeit der Mutter eine 2,1-fach erhöhte Chance und für Kinder aus vollständigen Familien bei Arbeitslosigkeit der Mutter immerhin noch eine ca. 1,5-fach erhöhte Chance (jeweils gegenüber Kindern aus vollständigen Familien ohne Arbeitslosigkeit der Mutter).

Hinsichtlich der Assoziationen aller drei Ressourcenbereiche, personal, familiär und sozial, mit psychischer Auffälligkeit zeigte sich erwartungsgemäß, dass Kinder und Jugendliche ohne Defizite in diesen Bereichen auch geringere Raten an Auffälligkeiten aufwiesen, als Kinder und Jugendliche mit Defiziten. Bei der Betrachtung nach Geschlecht hingegen gab es überraschende Befunde. Während zwar insgesamt mehr Jungen als Mädchen über gute (=unauffällige) personale Ressourcen berichteten, schienen diese jedoch bei Mädchen im Hinblick auf die psychische Gesundheit möglicherweise einen stärkeren protektiven Effekt zu haben. Unter der Risikoassoziation ‚psychische Auffälligkeit' waren Jungen mit geringen und starken Defiziten häufiger im SDQ auffällig als Mädchen. Ebenso schienen Mädchen stärker von familiären Ressourcen zu profitieren. Bei den sozialen Ressourcen zeigte sich das Bild etwas differenzierter: zwar schien auch hier die protektiven Effekte für Mädchen höher zu sein, jedoch waren die Unterschiede weit weniger ausgeprägt als für beide anderen Ressourcenbereiche. Angesichts dessen, dass soziale Ressourcen bei Mädchen insgesamt deutlich ausgeprägter waren, deutet sich hier eine umgekehrte Tendenz zugunsten der Jungen an. Im multivariaten Modell zeigen sich bei statistischer Kontrolle von Geschlecht, Alter und Migrationsstatus die stärksten Assoziationen mit psychischer Gesundheit für die personalen Ressourcen. Kinder und Jugendliche, die hier starke Defizite aufwiesen, hatten eine ca. 2,7-fach erhöhte Chance, psychisch auffällig im Sinne der Risikogruppendefinition zu sein. Kinder und Jugendliche mit hohen Defiziten in ihren familiären Ressourcen wiesen ein 2,4-fach, diejenigen mit starken Defiziten in ihren sozialen Ressourcen immer noch eine 1,5-fach erhöhte Chance hierfür auf.

Untersucht man die personalen Ressourcen näher, lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen: während mehr Jungen über gute personale Ressourcen verfügen, scheinen sie bei Mädchen einen stärkeren protektiven Effekt zu haben.

Ausblick

Gesundheit im salutogenetischen Sinn lässt sich definieren als „Stadium des Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, dass eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt" (Hurrelmann 2000). Psychische Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen lassen sich zumindest teilweise als Folge eines gestörten Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren interpretieren. Die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen für psychosoziale Risikofaktoren wie Alleinerziehung, Arbeitslosigkeit der Mutter oder einen niedrigen Sozialstatus ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Kombinierte Risikolagen wirken dabei kumulativ. Diesen Risikofaktoren stehen aber sowohl individuumsbezogene (personale) als auch umgebungsbezogene (familiäre und soziale) Schutzfaktoren gegenüber. Von diesen Ressourcenbereichen haben sich in den vorgestellten Analysen die personalen Schutzfaktoren als die stärksten Prädiktoren für die psychische Gesundheit erwiesen, gefolgt von den familiären und sozialen Ressourcen. Wie eingangs ausgeführt, stellen die als psychisch auffällig klassifizierten Kinder und Jugendlichen eine Risikogruppe dar. Nicht jedes im Sinne dieser Definition als auffällig eingestufte Kind bzw. Jugendlicher ist auch tatsächlich klinisch erkrankt oder wird zukünftig erkranken. Sie stellen jedoch eine Gruppe dar, die eine erhöhte Chance aufweist, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln und sind damit eine Zielgruppe für die Prävention. Im Versuch, den vielfältigen potenziell negativen Auswirkungen psychischer Probleme in der Kindheit und Jugend auf den gesamten Lebensverlauf wie schlechterer Bildungserfolg, erhöhte Wahrscheinlichkeiten, Paarkonflikte zu erleiden, sozialen Schwierigkeiten und geringerer Lebenszufriedenheit entgegenzuwirken, kommt der Stärkung von Ressourcen eine große Bedeutung zu. So kann die Bedeutung eines Risikos dadurch vermindert werden, indem es eine veränderte Bewertung erfährt, die Exposition gegenüber dem Risiko vermindert wird und negative Kettenreaktionen unterbrochen werden, die Kompetenz in interpersonalen Beziehungen und in Leistungssituationen verbessert wird (insbesondere an Wendepunkten der Entwicklung), sich das Selbstwertgefühl entfalten kann und sich Gelegenheiten für die Erweiterung der Erfahrungen oder der sozialen Netzwerke ergeben (Rutter 1987). Die Unterstützung der Entfaltung von Ressourcen und Potenzialen eines Kindes ist daher nicht nur als eine Aufgabe der Eltern zu betrachten. Gemeinschafts- und Bildungseinrichtungen wie Kindergarten, KiTa und Schule sind ebenso gefragt, wenn es darum geht, die körperliche und geistige Entwicklung von Kindern, ihre Bildung und ihre Sozialisation mit Orientierung auf das Kindeswohl zu fördern. Dort, wo Elternhäuser ihrer Erziehungsaufgabe aus unterschiedlichen Gründen nicht (mehr) nachkommen können, muss das Gemeinwesen bei Bedarf und Notwendigkeit aktiv Verantwortung für das Wohl körperlich und/oder emotional vernachlässigter Kinder übernehmen. Hierbei ist an einen Ausbau aufsuchender öffentlicher Dienste („Geh-Strukturen") wie der Jugendämter oder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ebenso zu denken wie an den Ausbau qualitätsgeprüfter Kindertagesbetreuung. ●

Anmerkungen

1. **Antonovsky A** (1987) Unraveling the Mystery of Health. How People manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass. San Francisco.
2. **Bengel J** (2002) Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
3. **Döpfner M, Plück J, Berner W, Englert E, Fegert JM, Huss M, Lenz K, Schmeck K, Lehmkuhl U, Poustka F** (1997) Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 25: 218-233.
4. **Erhart M, Hölling H, Bettge S, Ravens-Sieberer U, Schlack R** (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:800-809.
5. **Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R** (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei

Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50:784-793.
6. **Hölling H & Schlack R** (2008) Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse aus dem Kinder und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Gesundheitswesen 70:1-10
7. **Hurrelmann K** (2000)Gesundheitssoziologie. Weinheim: Juventa, S. 94.
8. **Rutter M** (1987) Psychosocial resilience and protective mechanism. Amer J Orthopsychiat 57: 316-331.
9. Schlack HG (2004) Die neuen Kinderkrankheiten. Einflüsse der Lebenswelten auf Gesundheit und Entwicklung. Frühe Kindheit 06: 18-21.
10. Palfrey JS, Tonniges TF, Green M, Richmond J (2005) Introduction: Adressing the Millenial Morbidity – The Context of Community Pediatrics. Pediatrics 115:1121-1123.

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen für die Zukunft

Von Renate Schepker

Abstract

Nach einem Überblick über die Situation in der ambulanten und stationären Versorgung und die politischen Entwicklungen werden bekannte Trends in der Verteilung der behandelten Störungen dargestellt. Es zeichnet sich eine Gruppe „früher, intensiver, chronifizierungsgefährdeter" Jugendlicher ab, für die die Rahmenbedingungen von Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie und Jugendhilfe besonders abträglich sein können.

In der ambulanten und stationären Versorgung waren laut Angaben der Bundesärztekammer Ende 2007 jeweils 688 ambulante bzw. 649 stationäre Gebietsärzte tätig, 77 Kollegen außerhalb wie in Gesundheitsämtern oder anderen Fachgebieten. Während die Fachärzte fair verteilt sind, sind die Patienten ambulant überaus zahlreicher als stationär. Seit 1993 haben sich die Fachärzte mehr als verdoppelt (parallel der allgemeinen Arztzahlentwicklung). Bei sinkenden Bevölkerungsanteilen der unter 18jährigen steht damit im Bundesdurchschnitt je 10.000 Kindern ein Facharzt zur Verfügung – müsste das nicht für eine Vollversorgung reichen? Jedes Jahr kommen etwa 100 junge Fachärzte hinzu, und – ein wahres Privileg gegenüber anderen Fächern – viel mehr als die Abgänge der Pensionäre. Dennoch wird nach wie vor nur etwa die Hälfte der epidemiologisch zu erwartenden Patienten im kinder- und jugendpsychiatrischen (KJPP) System behandelt. Wie das?

Die Zahl der „Krankenhausfälle" je 10.000 Kinder und Jugendliche im Jahr 2006 betrug im Fachdurchschnitt 27,7 und hat sich damit seit 1993 von 13,8 ebenfalls verdoppelt – in Baden-Württemberg, wo vergleichsweise besonders kurze Verweildauern und herkömmlich besonders geringe Kapazitäten bestehen, hat sich die Krankenhaushäufigkeit seither sogar verdreifacht. Somit wurde im Jahr 2006 39.093 mal ein Kind oder Jugendlicher auf einer KJPP-Station aufgenommen, im Jahr 2007 41.156 mal (lt. Statistischem Bundes- bzw. Landesamt).

Allerdings ist die „Therapiedosis" je Patient deutlich gesunken – zwischen 1991 und 2006 sind die Aufenthaltsdauern in Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie um 66 % zurückgegangen, so dass die stationären Kapazitäten trotz steigender Fallzahlen um 39 % zurückgefahren werden konnten. Ein erheblicher Teil des „Fallzuwachses" dürfte auf Patienten zurückzuführen sein, die mehrfach stationär behandelt worden sind (in Einzelfällen bis zu mehr als 20 Aufnahmen einer einzigen Person). Also eine etwas gestiegene Patientenzahl mit stark gestiegenem „Drehtüreffekt"? Eine negative Auswirkung forcierter „Ambulantisierungsbemühungen"? Nun haben wir uns von der Sichtweise verabschiedet, dass mit einem stationären Aufenthalt in der KJPP, nötigenfalls über Jahre, „alles geheilt" werden müsse, und nie hat die moderne KJPP zum Lebensmittelpunkt für Kinder werden wollen. Wir überlegen kritischer, zu welchem Zeitpunkt des Lebens eine längerfristige Behandlung sinnvoll ist – unzweifelhaft bei der Erstmanifestation einer Schizophrenie, aber nicht unbedingt bei der Erstaufnahme mit einem aggressiven Problem oder nach Aufdeckung einer Traumatisierung. Wir sind etwas effektiver und erfahrener geworden in psychopharmakologischen Strategien. Dabei wird längst nicht jeder stationäre Patient mediziert, in den meisten Kliniken entgegen einem häufigen Vorurteil nicht einmal jeder zweite. „Drehtüreffekte" entstehen eher dadurch, dass die Therapiedosis bei auf durchschnittlich nur 88 % Psych-PV-Ausstattung (66 % der KJPPen lagen unter 90 %!) bereits 2004 im Einzelfall das erforderliche Maß stark unterschritten hat. Waren früher drei Einzeltherapiesitzungen wöchentlich Standard, sind es heute noch ein bis zwei.

Denn als eine Hauptursache der Verweildauerkürzung hat das

Renate Schepker
Prof. Dr. med.,
Ärztin für KJPP
Chefärztin, Abteilung KJPP, ZfP Südwürttemberg
Weingartshofer Str. 2
88214 Ravensburg
renate.schepker@zfp-zentrum.de

Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung hat belegt, dass durch ein multiprofessionelles Team unter fachlicher Leitung, in Kooperation mit dem Jugendhilfe- und Schulsystem viele stationäre Aufnahmen vertretbar zu verkürzen oder zu umgehen sind.

stationäre System der KJPP auch eine Zunahme von Krisen- und Notfallaufnahmen zu verkraften. Diese machen mittlerweile bundesweit um 50 % der Aufnahmen aus und brauchen naturgemäß erheblichen Aufwand. In unserer Weissenauer Abteilung wurden innerhalb eines halben Jahres 61 % der unter 14jährigen, 48 % der 15-16jährigen und 50 % der 17-18jährigen notfallmäßig aufgenommen (Voggel 2005), obwohl die Diensthabenden die Aufnahmeindikationen jeweils kritisch prüften und viele Patienten in Behandlung durch die Institutsambulanz verbleiben konnten. Automatisch aufgenommen wurden nur diejenigen mit Notfallzuweisung von einem niedergelassenen KJPP – mit stimmiger Indikation, wenn der Kollege vor Ort nicht selbst die Krise auffangen konnte. Allerdings – Kennzeichen eines nicht geplanten und ausgebauten Versorgungssystems – begegnen die wenigsten Jugendlichen in einer Krise einem niedergelassenen KJPP und der Chance, diese gleich professionell lösen zu können. Somit ist keinesfalls zu belegen, dass zunehmend viele Ärzte im Fach zunehmend viele Patienten „identifizieren“ und das System sich damit quasi selbst unterhielte. Im Gegenteil wäre derzeit jeder im stationären Bereich Tätige über einen sinkenden Andrang auf die Kapazitäten froh.

Im ambulanten Bereich war die Entwicklung ähnlich. Die meisten Kollegen haben Monate an Wartezeit für längerfristige Behandlungen, Notfalltermine sind überlastet und werden leider trotz eindeutiger Positionierung des Berufsverbandes nicht flächendeckend angeboten. Gravierend haben Bedrohungen, wie die noch hart umkämpfte Kündigung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (bei Redaktionsschluss war neben einzelnen regionalen Lösungen noch keine Entlastung über eine Bundesvereinbarung in Sicht) oder die Regelleistungsvolumina mit Fallzahldeckelungen dazu geführt, dass sich etablierte Praxen mit vielen Mitarbeitern zugunsten von Einzelpraxen wieder auflösen. Floatende Punktwerte mit Unsicherheit, was von der stets intensiven ärztlichen Arbeit der Niedergelassenen finanziert wird, trugen bereits früher dazu bei, dass Praxen in starker ökonomischer Unsicherheit arbeiten und je nach Honorarverteilung in einzelnen KV-Bezirken sogar schließen müssen. Sind Kinder- und Jugendpsychiater selbstlose Idealisten? Unterstützung durch Lobbygruppen betroffener Eltern haben sie nicht zu erwarten. Dabei hat die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung belegt, dass durch ein multiprofessionelles Team unter fachlicher Leitung, in Kooperation mit dem Jugendhilfe- und Schulsystem, teilweise in Mischfinanzierung z.B. der „Schulbegleiter“ bei schweren Störungen, viele stationäre Aufnahmen vertretbar zu verkürzen oder zu umgehen sind.

Politisch planbar scheint das alles nicht – im Gegenteil, anders als in allen anderen Fachgebieten variieren die Zahlen der Niedergelassenen und der Krankenhausbetten pro Einwohner um das 5-fache. Ob in der Krankenhausplanung bereits ein „Einpendeln“ auf ein erwünschtes Maß erfolgt ist, bleibt politisch unklar. Fortschrittliche Modelle wie integrative oder integrierte Versorgungsformen oder Regionalbudgets benötigen auf jeden Fall einen Einbezug der Jugendhilfe - eine Systemüberschreitung, die trotz SGB IX große Probleme darstellt. Obwohl die Politik Instrumente vorgab, die solches ermöglichen könnten, sind diese aufgrund der vielen unausgeräumten Widersprüche unbrauchbar. (Als anekdotisches Beispiel müssen in der mischfinanzierten Jugend-Sucht-Therapieeinrichtung JUST in Ravensburg Eltern sowohl für die Jugendhilfe als auch die Krankenkasse, theoretisch auch für die Rentenversicherung, Zuzahlungen leisten – auch das steht im Gesetz, nur an einem jeweils anderen Ort.)

Dennoch ist die KJPP an vielen Orten angetreten, kreative neue Wege zu beschreiten. Das geht vom aufsuchenden Konsiliardienst mit Krisenvereinbarungen in der Jugendhilfeeinrichtung (siehe den Beitrag von Lutz Goldbeck in diesem Heft, S. 12ff.) über ausgelagerte Institutsambulanzen bis zu home-treatment anstelle stationärer Aufnahme, von Eltern-Kind-Behandlung in Mischfinanzierung mit der Jugendhilfe bis zu interessanten teilstationären Modellen.

Herausforderungen an die KJPP entstehen auch durch eine sukzessive Veränderung des Krankheitsspektrums in Richtung auf komplexere und schwerere Störungen. Das ist in epidemiologischen Untersuchungen wie der KIGGS-Studie (siehe den Beitrag von Schlack / Hölling in diesem Heft, S. 5)ff. nachgewiesen und trägt zum Druck auf die Versorgung stark bei. Neben dem Fakt, dass mehr Kinder dank verbesserter medizinischer Versorgung schwierigste Geburtssituationen ohne schwere Folgeschäden überstehen – dafür aber mit leichteren Entwicklungsstörungen und erhöhtem psychiatrischen Risiko – und neben der Risikosteigerung durch Unterschichtungsphänomene sind es vor allem vier Faktoren, die zu einer neuen Gruppe „chronifizierungsgefährdeter“ Jugendlicher führen.

1. Mehr Suchtstörungen durch potenter wirksame Suchtmittel und die Abnahme protektiver Faktoren, und dadurch, dass Suchtmittel bei Jugendlichen zur Selbsttherapie bei zugrunde liegenden psychiatrischen Störungen oder Traumatisierungen eingesetzt werden. Auf die Zunahme von komplexen Suchtstörungen ist weder das kinderpsychiatrische noch das Jugendhilfe-System vorbereitet. Nur 17 stationäre Angebote zur qualifizierten Entzugsbehandlung existieren in Deutschland, und noch weniger jugendpsychiatrisch geleitete Langzeiteinrichtungen. Für letztere ist überdies sozialrechtlich die Finanzierung ungeklärt (Schepker u. Fegert 2009).

2. Eine nachgewiesene, lebensgeschichtlich frühere Manifestation schizophrener Psychosen u.a. durch Substanzgebrauch (Jockers-Scherübl 2006). Dank verbesserter Diagnostik werden mehr Störungen vom Asperger-Typ identifiziert und auch sich seit Jahren anbahnende Persönlichkeitsstörungen. Auf die gesellschaftliche Integration dieser Jugendlichen, die nach einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung ein komplexes Angebot an medizinischer und pädagogischer Habilitation benötigen würden

(nicht Rehabilitation da bisher noch nicht als volles Mitglied der Gesellschaft in Erscheinung getreten), ist ebenfalls kein System vorbereitet. Ebenso wenig besteht eine Klärung der sozialrechtlichen Zuständigkeit oder in Hinsicht auf die Gestaltung der Übergänge in den Erwachsenenbereich. Dieses Manko und die Dichotomie, dass niedergelassene KJPP bis zu 21 Jahren behandeln dürfen, Institutsambulanzen und Kliniken nicht, schwächt die Begleitung des Übergangs zum Erwachsenenalter zusätzlich. Daher verwundert nicht, dass die Eingliederung ins Erwerbsleben allzu selten zum Thema wird.

3. Zunahme von Selbstverletzungen teilweise sehr schwerer Art. Die Ursachen sind vielfältig – eine säkulare Betonung von Körperlichkeit (trotz jahrhundertealter Traditionen von Selbstgeißelungen etc.) scheint sich hier mit einer realen Zunahme sexueller Traumatisierungen, den Folgen von Vernachlässigungen und Misshandlungen von Kindern zu ergänzen. Neben „Spezialeinrichtungen“ der Jugendhilfe, die oft alle Nachteile einer Konzentration dieser schwerst leidenden Jugendlichen bieten, die auch ihre Umgebung leiden lassen, und dem Entstehen einiger „Schwerpunktstationen“ im klinischen Bereich ist deren Integration äußerst aufwändig und schwierig, das Pendeln dieser „Systemsprenger“ zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe, zwischen Heimplatz und Inobhutnahmestelle allzu häufig und das Scheitern von Platzierungen Programm.

4. Zunahme psychisch gestörter Täter – ob sexuell übergriffig, ob instrumentell und sadistisch aggressiv oder „nur“ Intensivtäter mit weniger spektakulären gesetzwidrigen Aktivitäten. Therapeuten und Jugendhilfe scheuen die vermeintlich schlechten Prognosen gleichermaßen (wissenschaftlich nicht haltbar). So werden die diversen Haftungsprobleme, die weiter bestehende Gefährdung der Umgebung genannt, oder es wird entgegen der Grundstörung Motivation vorausgesetzt. Ein wünschenswertes Kontinuum von Beziehungsangeboten einer supervidierten Jugendgerichtshilfe, Gruppentherapien, Kontrollen bis zur Freiheitseinschränkung und jugendgerechter Forensik existiert nicht flächendeckend. Viele beachtenswerte Einzelinitiativen, hier auch Spezialeinrichtungen (davon 3 KJPP-Stationen), sind nicht auf Bundesebene übertragbar – dies führt erst recht zur Besonderung der Besonderen.

Die Rahmenbedingungen von KJPP und Jugendhilfe können bei diesen besonders bedürftigen Jugendlichen zusätzlich zur Chronifizierung beitragen. Das Motto beider Systeme „ambulant vor stationär“ ist dort abträglich, wo aus Kostengründen (leere kommunale Kassen) stationäre Jugendhilfen nicht eingeführt werden können trotz völlig erschöpfter familiärer Ressourcen oder trotz einer zur Unterhaltung der Störung beitragenden Familiendynamik, die im Rahmen einer stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht hinreichend beeinflussbar ist (z.B. psychisch kranke Eltern). In Abwehr einer „Verantwortungsverschiebung“ reagiert dann die KJPP mit Drehtüreffekten – schließlich ist sie nicht für den Lebensmittelpunkt verantwortlich und kann Patienten ohne eine sichere Basis auch kaum sinnvoll psychotherapeutisch behandeln. Chronifizierung droht dann, wenn zuerst routinemäßig eine Serie ambulanter Hilfen erfolglos abgearbeitet sein muss, bevor an stationäre Hilfen gedacht werden kann. Bei fehlender Mitwirkungsfähigkeit der Eltern werden Eingriffe in das Elternrecht bei Verweigerung einer erforderlichen Behandlung gelegentlich dem Familiengericht zu spät vorgeschlagen und dann ggfs. nicht einmal umgesetzt.

Beide Systeme tragen zur Chronifizierung bei, wenn z.B. im Fall von Suchtproblemen Jugendlicher deren Erkennung nicht frühzeitig genug erfolgt, durch kollektive Verleugnung eine Trennung von der „Szene“ oder von konsumierenden Eltern zu spät erfolgt, dann aber eine „Qualifizierte Entzugsbehandlung“ von wenigen Wochen in aller Regel nicht ausreicht.

Die Rahmenbedingungen der stationären KJPP können ihrerseits ebenfalls zur Chronifizierung beitragen, wenn durch Personalmangel die erforderliche individuelle Therapieintensität im Einzelfall nicht zu gewährleisten ist, folglich zu viel Hoffnung in eine erfolgreiche Medikation und Tagesstrukturierung, d.h. externe Stabilisierung gelegt wird. Beides ist auf den ambulanten Rahmen nicht gut übertragbar. Eine „Stabilisierungsphase“ am Ende der vollstationären Behandlung ist angesichts der kurzen Durchschnittsverweildauern nur wenigen, schwer kranken Patienten vergönnt. Brüche in der personellen Kontinuität zwischen der stationären und der ambulanten Behandlung - selbst in der gleichen Institution - erschweren den Transfer in den Alltag. Oft ist selbst das mögliche Angebot therapeutischer Kontinuität durch die Entfernungen in den großen KJPP-Versorgungsgebieten nicht realisierbar, so dass in den stationär-ambulanten Übergängen Betreuungsdiskontinuitäten entstehen, v.a. dann wenn die Dichte an Niedergelassenen zu gering ist.

Letzteres verweist auf den Anfang zurück: Eine adäquate gesellschaftliche Ressourcenzuteilung und eine bessere, auch sozialrechtliche Integration von KJPP und Jugendhilfe wäre vor allem für die bedürftigsten aller Jugendlichen dringend angezeigt. Eine Entlastung durch die hier nicht berührten Systeme mit hohem Ressourcenaufwand, wie Kinderheilverfahren oder ambulante Richtlinienpsychotherapie, ist nicht zu erwarten, denn diese richten sich an Zielgruppen mit einem viel geringeren Störungsschweregrad. Damit geht die gesellschaftliche Diskriminierung für die bedürftigsten aller Jugendlichen ohne Lobby weit über eine institutionelle Diskriminierung hinaus. ●

Das Motto der Systeme KJPP und Jugendhilfe „ambulant vor stationär“ kann unter bestimmten Voraussetzungen zur Chronifizierung beitragen. Etwa droht Chronifizierung dann, wenn zuerst routinemäßig eine Serie ambulanter Hilfen erfolglos abgearbeitet sein muss, bevor an stationäre Hilfen gedacht werden kann.

Eine bessere, auch sozialrechtliche Integration von KJPP und Jugendhilfe wäre vor allem für die bedürftigsten aller Jugendlichen dringend angezeigt.

Literatur

Jockers-Scherübl, MC (2006) Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und klinische Symptomatik. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatrie Bd 55.

Schepker, Renate, Fegert, Jörg (2009) Alle oder keiner? Zur Bedarfslage und den Zuständigkeiten für jugendliche Suchtkranke im Sozialrecht. In: Das Jugendamt, Heft 2

Voggel, Ralf (2005) Kriterien für eine Altersdifferenzierung. Facharbeit im Rahmen des Stationsleitungskurses, unveröff., Ravensburg

Aufforderung zur interdisziplinären pädagogischen und jugendpsychiatrischen Versorgung

Die Ulmer Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Heimen

Von Lutz Goldbeck, Tanja Besier, Marc Schmid, Jörg M. Fegert

Der Zusammenhang zwischen biopsychosozialen Risikofaktoren und der psychischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wurde vielfach untersucht. Dabei zeigt sich mit großer Regelmäßigkeit, dass eine Häufung von Risikofaktoren mit der Wahrscheinlichkeit der Entwicklung psychischer Störungen korreliert. Die Ergebnisse des Kinder- Gesundheitssurveys (KIGGS) haben unlängst noch einmal in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe gezeigt, dass psychosoziale Risikofaktoren ganz erheblich zum Risiko für die Entwicklung einer psychischen Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen beitragen.

In der stationären Kinder- und Jugendhilfe werden vor allem solche Kinder und Jugendlichen pädagogisch betreut, die eine Vielzahl von Risikofaktoren auf sich vereinen und die gleichzeitig über wenige Ressourcen zur Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen verfügen. So überrascht es auch nicht, dass die Klientel der stationären Jugendhilfe mit derjenigen der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine hohe Schnittmenge aufweist. Allerdings wurden bislang kaum systematische wissenschaftliche Untersuchungen zu der Frage des Ausmaßes der psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen in Heimerziehung durchgeführt. Ebenso fehlt es an systematisch evaluierten Behandlungsprogrammen für psychisch kranke Jugendliche in Pflegefamilien und Heimen. Hier setzte die Ulmer Heimkinderstudie an, die in den Jahren 2003-2004 zunächst die Häufigkeit von psychischen Störungen in dieser Gruppe untersuchte (Heimkinderstudie I) und die von 2005-2007 in einer groß angelegten Interventionsstudie (Heimkinderstudie II) die Wirksamkeit eines aufsuchenden ambulanten jugendpsychiatrischen Behandlungsangebots für von psychischen Störungen betroffene Kinder und Jugendliche untersuchte.

Lutz Goldbeck
Geb. 1958
Habilitation für das Fach Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, apl. Prof. Universität Ulm, Sektionsleiter Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ltd. Psychologe der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie Ulm.

Risikofaktoren von Heimkindern

Sowohl biologische als auch psychosoziale Risiken sind in der Vorgeschichte und in den aktuellen Lebensumständen von Heimkindern gehäuft vorzufinden: Psychische Erkrankungen der Eltern wie Suchterkrankungen, Psychosen und Depressionen, Belastungen in der Schwangerschaft wie Rauchen und Alkoholkonsum der Mütter, Frühgeburt und andere Geburtskomplikationen, Mangel an Anregung von Förderung in der Kindheit, Armut und soziale Randständigkeit, alleinerziehende Eltern, Gewalt in der Familie bis hin zu Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung, mangelnde Gesundheitsfürsorge, wiederholte Bezugspersonen- und Aufenthaltswechsel, chronische Disharmonie zwischen den erwachsenen Bezugspersonen usw. Die tief greifenden, nachhaltig schädigenden Auswirkungen von Traumatisierung und Deprivation insbesondere in der frühen Kindheit wurden durch Forschungsergebnisse wiederholt belegt. Neben der Qualität der primären Beziehung ist insbesondere die Kontinuität von Beziehungen für die Entwicklung einer sicheren Bindung von Kindern bedeutsam. Der Hilfebedarf von Kindern und Jugendlichen steigt in der Regel an, je mehr Risiken der vorgenannten Art vorliegen. Aufgrund von Selektionsfaktoren im deutschen Kinder- und Jugendhilfesystem ist im übrigen davon auszugehen, dass inzwischen vor allem solche Kinder und Jugendliche stationäre Hilfen erhalten, bei denen ambulante Hilfen in der Erziehung versagt haben und bei denen eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Damit kommt also eine vermutlich besonders belastete Gruppe von Kindern und Jugendlichen in Heime, wegen der oft vorgeschalteten ambulanten Hilfen meist auch erst in einem späteren Lebensalter, wenn ungünstige Entwicklungsverläufe bereits chronifiziert sind.

Ergebnisse der Ulmer Heimkinderstudie I

In einer repräsentativen epidemiologischen Studie wurden 689 Kinder und Jugendliche (Altersbereich 4-18 Jahre, mittleres Alter 14,4 Jahre) aus 20 südwestdeutschen Jugendhilfeeinrichtungen kinder- und jugendpsychiatrisch untersucht. Zum Zeitpunkt der Befragung lebten die Jugendlichen im Durchschnitt seit zwei Jahren in der Einrichtung. An der Untersuchung nahmen sowohl Kleinsteinrichtungen (12 Plätze) als auch große Einrichtungen (bis zu 106 Plätze) mit einer Vielzahl dezentraler Wohngruppen teil. Ziel der Studie war die Abschätzung des psychischen Gesundheitszustandes und des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs dieser Risikogruppe. Die Untersuchung erfolgte in zwei Schritten. Zunächst wurde mittels standardisierter Fragebögen (Child Behavior Checklist 4-18, Youth Self Report) Angaben der betreuenden Pädagogen und der Jugendlichen selbst erhoben. Die Fragebogenuntersuchung mittels Fremdeinschätzung konnte in anonymisierter Form für alle

Heimbewohner durchgeführt werden, so dass hier eine Vollerhebung vorlag. In einem zweiten Schritt wurden 359 Kinder und Jugendliche mit erhöhten Fragebogenwerten mittels eines klinischen Interviews untersucht, um psychiatrische Störungen auf dem Niveau von Diagnosen nach der International Classification of Diseases, Kapitel F (ICD-10 F) abzugrenzen. An diesem Untersuchungsschritt nahmen diejenigen Kinder und Jugendlichen freiwillig teil, wenn ihre Sorgeberechtigten sich ebenfalls für die Teilnahme an der Studie ausgesprochen hatten.

Die Ergebnisse bestätigten die insgesamt hohe Belastung der untersuchten Gruppe. Die Gruppenmittelwerte in den Screening-Fragebögen lagen um etwa eineinhalb Standardabweichungen höher als in der Referenzstichprobe von Kindern aus Familienhaushalten (siehe unten Abbildung 1).

Damit liegen knapp 80% der von ihren betreuenden Pädagogen beurteilten Jugendlichen im klinisch auffälligen Bereich, wobei externalisierende Auffälligkeiten wie dissoziales und aggressives Verhalten besonders stark ausgeprägt sind. Im klinischen Interview waren 59,9% der untersuchten Kinder und Jugendlichen psychiatrisch auffällig. Die Art der diagnostizierten Störungen ist in Abbildung 2 dargestellt.

Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass die Mehrzahl der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen mehrere bzw. kombinierte psychische Störungen aufwiesen. Trotz des hohen Anteils psychisch auffälliger Heimkinder von etwa 60% waren nur 13% der stationären Jugendhilfemaßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe für psychisch kranke Kinder und Jugendliche nach §35a KJHG angelegt. Es kann also von einer hohen Dunkelziffer bislang nicht diagnostizierter psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe ausgegangen werden. Damit werden Chancen für eine gezielte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der betroffenen Jugendlichen und für die gemeinsame Planung von Eingliederungshilfen zuwenig genutzt.

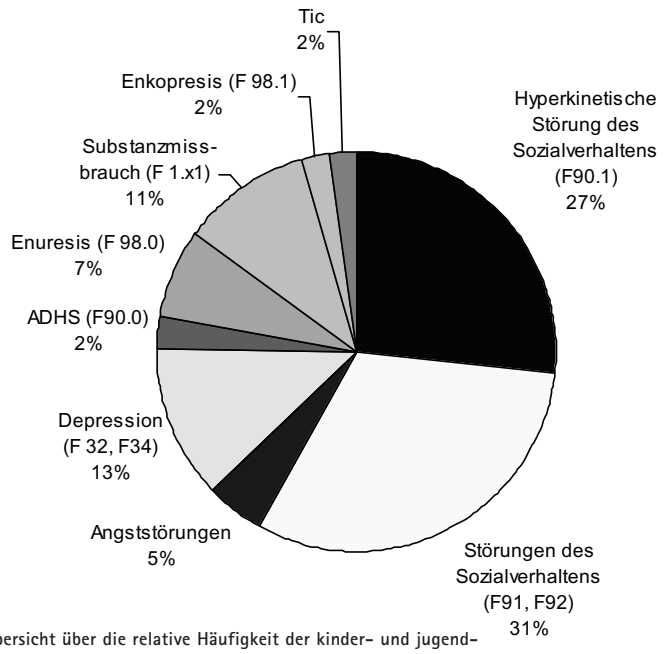


Abbildung 2: Übersicht über die relative Häufigkeit der kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen in der untersuchten Heimkinder-Stichprobe (nach ICD-10 F)

Ergebnisse der Ulmer Heimkinderstudie II

In der zweiten Phase des Ulmer Heimkinderprojekts wurde ein aufsuchendes ambulantes kinder- und jugendpsychiatrisches Behandlungsprogramm entwickelt und hinsichtlich seiner Wirksamkeit untersucht. An dieser Studie beteiligten sich fünf kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen (drei Institutsambulanzen und zwei niedergelassene Fachärztinnen) sowie 11 Jugendhilfeeinrichtungen in Südwestdeutschland und Norddeutschland. In einem kooperativen Behandlungsmodell wurden vor Ort Diagnostik durchgeführt, es erfolgten Fortbildungen für die pädagogischen Mitarbeiter, und es wurden kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen nach störungsspezifischen Gesichtspunkten durchgeführt. Wesentlicher Baustein der Intervention waren die gemeinsamen Fallbesprechungen mit den betreuenden Pädagogen und die interdisziplinäre Festlegung und Evaluation individueller Therapieziele. Ziel der Intervention war die Stabilisierung der psychisch auffälligen Jugendlichen, ablesbar an der Vermeidung von stationären psychiatrischen Behandlungen. Die Interventionsgruppe von 336 Jugendlichen wurde mit

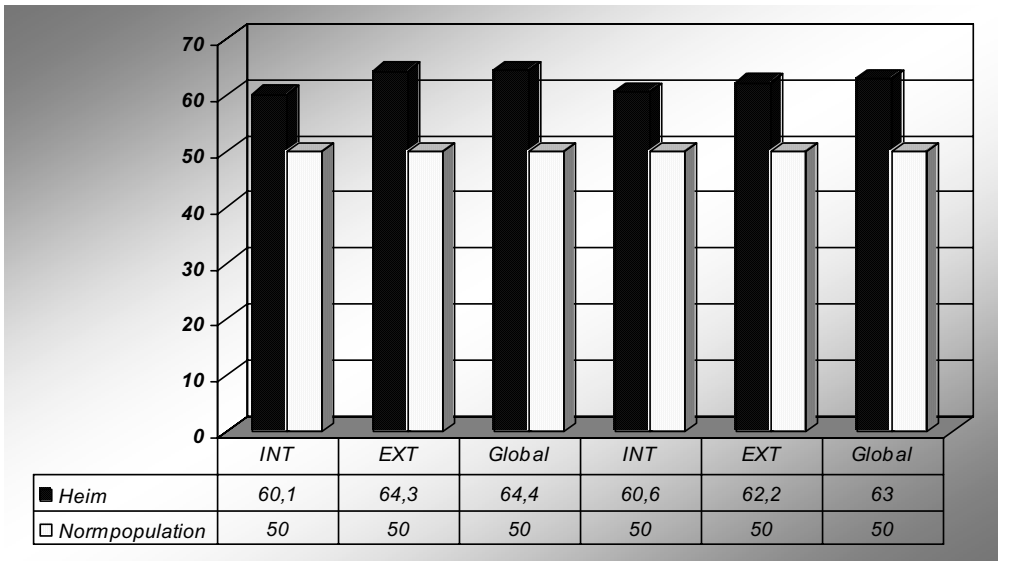


Abbildung 1: Vergleich von Kindern und Jugendlichen aus Familienhaushalten (Normpopulation) und aus Heimen in der Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL, Erziehereinschätzung) und aus Familienhaushalten (Elterneinschätzung), sowie Selbstangaben im Youth Self Report (YSR): INT = internalisierende Störungen, EXT = externalisierende Störungen, Global = Gesamtwert)

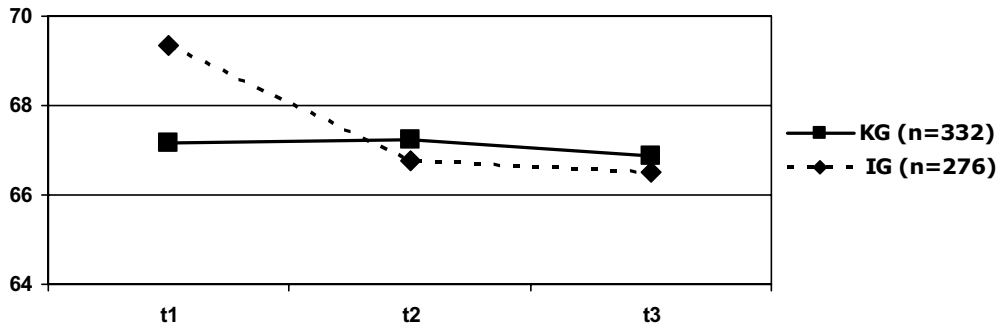


Abbildung 3: Verlauf der externalisierenden Störungen in der Interventionsgruppe mit aufsuchender ambulanter Behandlung (IG) und der Kontrollgruppe mit herkömmlicher Behandlung (KG), gemessen im Erzieherurteil auf der Child Behavior Checklist 4–18. T1= vor der Intervention; T2 = nach 6 Monaten, T3 = nach 12 Monaten

einer Kontrollgruppe von 288 Jugendlichen aus 14 Jugendhilfeeinrichtungen ohne aufsuchende ambulante jugendpsychiatrische Dienste verglichen. Nach einem Jahr zeigte sich eine signifikant niedrigere stationäre jugendpsychiatrische Behandlungszeit durch eine Verkürzung der Behandlungsdauer. Zwar wurden in beiden Gruppen gleich viele Jugendliche hospitalisiert (jeweils 21 Jugendliche), jedoch wurden in der Interventionsgruppe nur 1,3 Krankenhaustage pro Person und Jahr benötigt, während in der Kontrollgruppe 2,47 Krankenhaustage pro Person und Jahr anfielen. Dieser Effekt wurde durch eine Fokussierung auf Kriseninterventionen erreicht. Hinsichtlich der Symptomatik konnte gezeigt werden, dass die Interventionsgruppe besonders im Bereich der externalisierenden Störungen profitieren konnte und sich hier signifikant mehr verbesserte als die Kontrollgruppe (siehe oben Abbildung 3).

Die besondere Bedeutung der aggressiven und regelverletzenden Verhaltensauffälligkeiten ergibt sich dadurch, dass in beiden Gruppen während des Beobachtungszeitraums von 12 Monaten etwa 10% der Jugendlichen wegen dieser Problematik entweder hospitalisiert wurden oder dass die Jugendhilfemaßnahme vorzeitig abgebrochen wurde.

Konsequenzen für die Praxis

Die Ulmer Heimkinderstudie zeigt eindrucksvoll den hohen Anteil psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher in stationärer Jugendhilfe. Diese Gruppe stellt aufgrund ihres Störungsprofils mit häufig komplexen und chronischen psychischen Störungen eine besondere Herausforderung für die interdisziplinäre Betreuung an der Schnittstelle von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie dar. Ein praxistaugliches Modellprogramm für die interdisziplinäre Versorgung wurde in Form der aufsuchenden ambulanten Behandlung etabliert. Die Vorteile dieser interdisziplinären Zusammenarbeit in der Lebenswelt der psychisch auffälligen Jugendlichen liegen auf der Hand: Durch die Niedrigschwelligkeit des psychiatrischen Behandlungsangebots werden mehr behandlungsbedürftige, zunächst vielleicht nicht behandlungsmotivierte Jugendliche erreicht als mit der herkömmlichen Geh-Struktur. Darüber hinaus können psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungslücken geschlossen werden, wie sie vor allem im ländlichen Raum oft noch bestehen. Die Beziehungskontinuität kann durch Vermeidung oder Verkürzung von Hospitalisierungen verbessert werden. Der entscheidende Vorteil eines interdisziplinären Ansatzes besteht jedoch in der Integration der pädagogischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Methoden zum Wohle der bedürftigen Jugendlichen, die ansonsten oft keinen Zugang zur psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung finden. Im Ergebnis können die positiven Effekte der stationären Jugendhilfe für diese besonders bedürftige Gruppe durch ergänzende psychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen verstärkt werden. Im Einzelfall kann durch eine reibungslose Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen SGB VIII und SGB V eine Stabilisierung der psychosozialen Adaptation auch schwerkranker Kinder und Jugendlicher erreicht werden.

Zu fordern ist, dass sich beide Disziplinen in der Versorgung dieser Hochrisikogruppe aufeinander zu bewegen und enger zusammenarbeiten. Der wenig zielführende Streit um Kompetenzen mit wechselseitiger Zuweisung ohne Integration der Fallkonzepte und Methoden sollte zugunsten einer effektiven am Bedarf der psychisch kranken Heimkinder orientierten Versorgung überwunden werden. Eine frühzeitige Diagnostik von Jugendlichen bereits bei der Planung und Einleitung von stationären Jugendhilfemaßnahmen erscheint angesichts der hohen Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung erforderlich. Die frühzeitigere Wahrnehmung psychischer Auffälligkeiten sollte verstärkt in die Jugendhilfeplanung nach §§35a und 36 KJHG einfließen, um die Prognose der betroffenen chronisch kranken Jugendlichen zu verbessern. Eine kontinuierliche Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatern, -psychotherapeuten und Pädagogen erscheint dringend geboten. Dabei sind psychologische Fachdienste mit ausreichender klinischer Kompetenz innerhalb von Jugendhilfeeinrichtungen wichtige Bausteine, um die Zusammenarbeit an der Schnittstelle der Systeme zu optimieren.

Literatur

Fegert, J.M., Schrapper,C. (Hrsg.) (2004). Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie: Interdisziplinäre Kooperation. Juventa, Weinheim.

Besier, T., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2009). Evaluation of Psychiatric Liaison-Services for Adolescents in Residential Group Homes. European Psychiatry, im Druck.

Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2:2, doi:10.1186/1753-2000-2-2-

Gesetzliche Neuregelungen für die Arbeit mit den "Schwierigsten" in der Jugendhilfe

Von Karl Späth

Abstract

Im Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz (KICK) und im Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen wurden in jüngster Zeit die Rahmenbedingungen für die Arbeit mit besonders problembelasteten jungen Menschen in der Kinder- und Jugendhilfe konkretisiert und präzisiert. Dies betrifft zum einen die Durchführung von intensivpädagogischen Erziehungshilfen im Ausland und zum anderen die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen im Rahmen einer Heimunterbringung, zwei Aufgabenfelder im Übrigen, in denen Jugendliche mit einer seelischen Behinderung (§ 35a SGB VIII) überproportional häufig vertreten sind.

Zwei Themen dominieren seit geraumer Zeit die fachlichen Diskussionen und Entwicklungen in der Kinder- und Jugendhilfe.

Zum einen ist dies der quantitative Ausbau und die qualitative Verbesserung der Angebote zur Betreuung, Erziehung, Förderung und Bildung von Kindern bis zum Schuleintrittsalter. Zwei Gesetze, das Tagesbetreuungsausbaugesetz (TAG) vom 1.1.2005 und das Kinderfördergesetz (KiFöG) vom 1.1.2009 haben dafür die rechtliche Grundlage geschaffen.

Das andere Topthema ist die Verbesserung des Schutzes von Säuglingen und Kleinkindern bei einer Kindeswohlgefährdung, ausgelöst durch den Tod mehrerer kleiner Kinder als Folge gravierender Vernachlässigung und massivster Gewaltanwendung durch die eigenen Eltern. Auch dazu wurden zwei Gesetze verabschiedet: Zum einen das Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz (KICK) vom 1.10.2005, durch das ein neuer Paragraf 8a 'Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung' ins Kinder- und Jugendhilfegesetz eingefügt wurde; zum anderen das 'Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls' vom 4.7.2008, in dem u.a. die Eingriffsschwelle ins elterliche Sorgerecht bei einer nachhaltigen Gefährdung ihrer Kinder (§ 1666 BGB) gesenkt wird.

Angesichts dieser Fokussierung der öffentlichen Aufmerksamkeit und gesetzgeberischen Aktivitäten auf die Interessen und Bedarfslagen kleiner Kinder stellt sich die Frage: Wo bleiben die älteren Kinder und Jugendlichen? Ist bei dieser Personengruppe alles in Ordnung, gibt es hier keine Probleme und besteht deshalb kein Handlungsbedarf? Wenn ältere Kinder und Jugendliche öffentliche Aufmerksamkeit erfahren, dann eher in negativen Kontexten und meist im Zusammenhang mit Wahlkämpfen. In guter Erinnerung ist da noch der vorletzte hessische Landtagswahlkampf, in dem Ministerpräsident Koch mit Hinweis auf die angeblich zunehmende Gewaltbereitschaft von Jugendlichen ein repressiveres Vorgehen von Justiz und Jugendhilfe, z.B. durch schnelleres Einsperren in geschlossene Heime forderte. Und einige Jahre zuvor, vor der letzten Bundestagswahl, kritisierte der bayerische Ministerpräsident Stoiber eine viel zu lasche Jugendhilfe, die statt unbotmäßige Jugendliche durch scharfe Sanktionen zur Räson zu bringen, diese mit teuren Auslandsaufenthalten quasi belohne. Deshalb forderte er, durch eine entsprechende Regelung im Kinder- und Jugendhilfegesetz die Durchführung sogenannter 'intensivpädagogischer Erziehungshilfen im Ausland' zu verbieten.

Beide politische Forderungen, die Abschaffung von intensivpädagogischen Erziehungshilfen im Ausland und die Ausweitung freiheitsentziehender Maßnahmen in Jugendhilfeeinrichtungen war denn auch Gegenstand gesetzlicher Neuregelungen und zwar von der Öffentlichkeit überhaupt nicht und der Fachwelt nur wenig beachtet just in den beiden eingangs erwähnten Gesetzen aus den Jahren 2005 und 2008, in denen der Schutz von Kindern bei Kindeswohlgefährdung verbessert wurde. Erfreulicherweise hat der Bundesgesetzgeber bei diesen gesetzlichen Neuregelungen die Wünsche der beiden erwähnten 'Landesfürsten' jedoch nicht erfüllt, sondern statt dessen die Vorschläge von Jugendhilfefachleuten umgesetzt.

Gesetzliche Regelungen für Erziehungshilfen im Ausland

Seit mittlerweile über 20 Jahren werden besonders problembelastete Jugendliche und junge Erwachsene, für die Jugendämter und freie Träger keine geeigneten Hilfeangebote im Inland zur Verfügung haben, in sogenannte Auslandsprojekte vermittelt, in denen sie, weit entfernt von ihren bisherigen sozialen und kulturellen Bezügen intensiv sozialpädagogisch, schulisch und therapeutisch betreut und gefördert werden sollen. In der Anfangszeit handelte es sich dabei häufig um Segel- und Reiseprojekte. Mittlerweile leben die meisten dieser Jugendlichen, insgesamt sind es ca. 600 pro Jahr, in Pflegefamilien im europäischen Ausland, die von in Deutschland ansässigen

Karl Späth
Diplompädagoge,
Referent für Erziehungshilfen im Diakonischen Werk der EKD,
Reichensteiner Weg 24
14195 Berlin, Email:
spaeth@diakonie.de

Erziehungshilfeeinrichtungen, angeworben, bezahlt und fachlich beraten werden. Bisher gab es jedoch keinerlei spezifische gesetzliche Regelungen für diese Angebote, was dazu geführt hat, dass einige 'schwarze Schafe' durch unqualifizierte Angebote das gesamte Arbeitsfeld in Misskredit gebracht haben.

Im Rahmen des KICK wurden deshalb ab Oktober 2005 einige Regelungen ins Kinder- und Jugendhilfegesetz eingefügt, um eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme und fachlich qualifizierte Durchführung dieser spezifischen Jugendhilfeleistung sicherzustellen. Nach § 27 Abs. 2 SGB VIII darf eine Erziehungshilfe „nur dann im Ausland erbracht werden, wenn dies nach Maßgabe der Hilfeplanung zur Erreichung des Hilfeziels im Einzelfall erforderlich ist". Weiter wird in § 36 Abs. 3 vorgeschrieben, dass vom Jugendamt vor der Gewährung einer Erziehungshilfe im Ausland eine kinder- und jugendpsychiatrische Stellungnahme einzuholen ist, um sicherzustellen, dass bei dem Jugendlichen keine seelische Störung vorliegt, die eine fachärztliche Behandlung erfordert, die im Ausland nicht gewährleistet wäre.

Schließlich verpflichtet der Gesetzgeber die öffentlichen Jugendhilfeträger in § 78b Abs. 2, Leistungs- und Kostenvereinbarungen nur mit solchen Trägern abzuschließen, die
1. auch in Deutschland Hilfen zur Erziehung anbieten,
2. nur Fachkräfte für die Erbringung der Erziehungshilfen im Ausland einsetzen,
3. die Rechtsvorschriften des Gastlandes beachten und mit den dortigen Behörden und der deutschen Auslandsvertretung zusammenarbeiten.

Die „geschlossene Unterbringung" bzw. die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen gehört zu den umstrittensten Themen der Jugendhilfe. Gegenüber der einhelligen Ablehnung hat sich seit dem 11. Kinder- und Jugendbericht 2002 die Einschätzung modifiziert.

Eine 2007/2008 an der Universität Lüneburg durchgeführte Untersuchung der im Ausland durchgeführten Erziehungshilfen[1] hat nun allerdings gezeigt, dass diese gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung längst noch nicht in jedem Einzelfall umgesetzt sind. So wurde ermittelt, dass lediglich 41% der mit der Betreuung der Jugendlichen beauftragten Personen, Fachkräfte im Sinne des § 72 SGB VIII sind und nur bei 45% der Jugendlichen die gesetzlich vorgeschriebene kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung durchgeführt wurde. Es besteht also noch Handlungsbedarf, um Praxis und Gesetz in Übereinstimmung zu bringen.

Konkretisierung der Voraussetzungen für die Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen

Kaum ein Thema in der Jugendhilfe ist seit Jahrzehnten so umstritten wie die sogenannte 'geschlossene Unterbringung' bzw. die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen. Während sich die Fachwelt bis vor wenigen Jahren weitgehend einig darüber war, dass in einer von den Prinzipien Freiwilligkeit und Dienstleistungsorientierung geprägten Jugendhilfe Zwangsmaßnahmen keinen Platz haben sollten, wurde von Teilen der Politik, der Polizei und der Justiz mit Hinweis auf eine angebliche Zunahme jugendlicher Straf- und Gewalttäter immer wieder ein Ausbau geschlossener Unterbringung gefordert.

Während es bis in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts noch mehrere Tausend geschlossene Heimplätze gab, ging diese Zahl danach kontinuierlich zurück. Ganz abgeschafft wurde die 'geschlossene Unterbringung' jedoch nicht. Sie führte aber bis Anfang dieses Jahrzehnts nur noch ein Schattendasein und zwar in doppelter Hinsicht. Sie wurde fachlich geächtet und quantitativ marginalisiert. Von ca. 80.000 stationären Heimplätzen sind seit 2000 bundesweit nur noch 250 geschlossen oder teilgeschlossen.

Eine veränderte Sicht auf die 'Geschlossene Unterbringung' brachte der 11. Kinder- und Jugendbericht aus dem Jahr 2002. Die für den Bericht verantwortlichen Jugendhilfefachleute beklagten, dass besonders problembelastete und schwierige Kinder- und Jugendliche „in die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Strafanstalten abgeschoben werden, nur weil die Kinder- und Jugendhilfe keine geeigneten Plätze anbieten kann".[2] Nach Abwägen der Argumente stellte die Sachverständigenkommission fest, dass „... in wenigen, sehr seltenen Konstellationen die zeitweilige pädagogische Betreuung in einer geschlossenen Gruppe eine dem jeweiligen Fall angemessene Form der Intervention sein kann". Den Law und Order-Vertretern wurde aber deutlich entgegen gehalten: „Geschlossene Unterbringung ist keine tragfähige Antwort auf das Problem einer kleinen Zahl von mehrfach und intensiv auffälligen Kindern und straffälligen Jugendlichen".

Diese Sichtweise wird gedeckt durch die gesetzlichen Regelungen für eine mit Freiheitsentzug verbundene Heimunterbringung. Danach darf eine solche Genehmigung auf der Grundlage von § 1631b BGB ausschließlich vom Familiengericht und nur dann erteilt werden, wenn es nach Anhörung des Jugendlichen und seiner Eltern sowie des Jugendamtes und unter Berücksichtigung eines kinder- und jugendpsychiatrischen Gutachtens[3] zu der Überzeugung gelangt, dass auf andere Weise das Wohl des Minderjährigen nicht gewährleistet werden kann.

Nachdem von namhaften Verfassungsrechtlern § 1631b BGB in seiner geltenden Fassung als zu unbestimmt kritisiert und deshalb für verfassungswidrig gehalten wurde, ist auf Vorschlag einer vom Justizministerium eingesetzten Expertengruppe dieser Paragraf im Rahmen des 'Gesetzes zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen' präzisiert worden und lautet seit 25. April 2008 wie folgt (die Ergänzung ist fett gedruckt) § 1631b BGB:

„Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentzug verbunden ist, ist nur mit Genehmigung des Familiengerichts zulässig. ***Die Unterbringung ist zulässig, wenn sie zum Wohl des Kindes, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- und Fremdgefährdung, erforderlich ist und der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch andere öffentliche Hilfen, begegnet werden kann.*** *Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Das Gericht hat die Genehmigung zurückzunehmen, wenn das Wohl des Kindes die Unterbringung nicht mehr erfordert."*

Wenn diese gesetzliche Vorschrift von allen an diesen Verfahren und Entscheidungen Beteiligten beachtet wird und die Jugendhilfe verstärkt qualifizierte offene Betreuungsangebote bereit hält, sollten eigentlich fachlich nicht zu begründende, mit Freiheitsentzug verbundene Heimunterbringungen ausgeschlossen sein.

Anmerkungen

[1] Thorsten Fischer/Jörg W. Ziegenspeck: Betreuungs-Report-Ausland. November 2008. Noch unveröffentlicht.

[2] Dieses und die folgenden Zitate siehe: BMFSFJ (Hrsg.): Elfter Kinder- und Jugendbericht. 2002. S. 240

[3] Geregelt in den §§ 70ff FGG

Hilfen für Familien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen

Was ist aus Sicht der Angehörigen wichtig?

Von Beate Lisofsky

Abstract

Familien, in denen Kinder bzw. Jugendliche mit psychischen Störungen leben, wenden sich in den letzten Jahren verstärkt an die Angehörigenselbsthilfe. Eltern haben einen großen Beratungs- und Unterstützungsbedarf, der im Versorgungssystem derzeit nicht ausreichend wahrgenommen wird. Z.Z. existieren keine spezifisch auf ihre Belange ausgerichteten Selbsthilfeangebote. Kinder psychisch kranker Eltern – als Angehörige verstärkt in den Fokus der Aufmerksamkeit gekommen – haben ein stark erhöhtes Risiko, selbst einmal psychische Probleme zu entwickeln. Sie frühzeitig und adäquat zu entlasten und zu unterstützen, wirkt präventiv und verhindert, dass diese Kinder die (chronisch) psychisch Kranken von morgen werden.

Wenn man auf Veranstaltungen der Angehörigenselbsthilfe oder in örtlichen Selbsthilfegruppen seinen Blick über die Köpfe der Teilnehmer schweifen lässt, ist es wohl nicht zu übersehen: Die bevorzugte Haarfarbe ist grau. Und so ist die „klassische" Angehörigenvertreterin auch oft natürlich weiblich, Mutter und im Rentenalter bzw. nicht mehr fern von der Pensionierung. Das war vor mehr als 25 Jahren so, als der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker gegründet wurde. Und zumindest in der Außenwahrnehmung hat sich daran bis heute nichts geändert, obwohl im letzten Jahrzehnt andere, jüngere Gruppen verstärkt aktiv geworden sind in der Angehörigenselbsthilfe, z.B. Kinder und Geschwister psychisch Kranker oder Partner mit ganz eigenen Problemen und Hilfebedürfnissen.

Aus der Beratungspraxis durch die Hotline des Bundesverbandes und vieler Landesverbände der Angehörigen psychisch Kranker erfahren wir in der letzten Zeit ebenso eine auffällige Zunahme an Anfragen von Eltern, deren Kinder in einem sehr frühen Alter schwere psychische Auffälligkeiten zeigen. Dabei ist der Leidensdruck der ratsuchenden Eltern sehr hoch. Eine große Gruppe von Anfragen lässt sich in etwa auf folgenden Nenner bringen: „Ist das Verhalten noch normal und die ganz normale pubertäre Abnabelungsproblematik oder steckt da etwas anderes dahinter?"

Manche Eltern, die bei der Angehörigenselbsthilfe Hilfe suchen, haben mit ihren Kindern mitunter schon eine lange Odyssee durch die verschiedenen Unterstützungssysteme der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe hinter sich. Und obwohl ja gerade bei der Behandlung von jungen Menschen eine Einbeziehung des familiären Umfeldes selbstverständlich sein sollte, fühlen diese Mütter oder Väter sich oft allein gelassen und zwischen allen Stühlen. Wir erfahren hier Geschichten meist ohne Happy end. Einen großen – und vom professionellen System unbefriedigten - Informations- und Unterstützungsbedarf formulieren alle Eltern und auch die gesunden Geschwister in diesen Famillien fühlen sich oft überfordert und allein gelassen.

Ohne Aussagen über die tatsächliche Versorgungslage treffen zu können (obwohl oft langwierige und kostenintensive Therapien durchgeführt werden, erscheint zumindest die Kooperation und Vernetzung der Hilfen vielfach nicht ausreichend), haben die Familien selbst keine oder unzureichende Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien. Diese „gefühlte" Zunahme von Rat suchenden Eltern, deren Kinder in einer frühen Phase seelische Probleme entwickeln, spiegelt sich bisher in den regionalen Selbsthilfegruppen nicht oder nur ungenügend wider. Gründe dafür sind sicher die hohe zeitliche Belastung von berufstätigen Eltern, die oftmals einfach keine Zeit für eine regelmäßige Gruppenteilnahme oder sogar darüber hinausgehendes Engagement in der Selbsthilfe haben und psychische Barrieren, die bedingt sind durch die Tabuisierung psychischer Krankheiten.

Ein weiteres Problem ergibt sich auch daraus, dass die langjährigen Teilnehmer in den Selbsthilfegruppen natürlicher Weise Angehörige von ebenso langjährig, chronisch Erkrankten mit Lebens- und Leidensgeschichten sind, die auf Väter oder Mütter von

Beate Lisofsky
Dipl. Journalistin,
Pressereferentin BApK e.V., Kirchstr. 32 a,
13158 Berlin,
bapk-berlin@psychiatrie.de

Dass Kinder in Familien mit psychisch Kranken auch Angehörige sind, ist eigentlich eine Binsenweisheit. Trotzdem wird ihr Bedürfnis nach altersgerechter Information über die Erkrankung der Eltern und ihr Wunsch, frei über ihre Nöte zu sprechen, vielfach nicht wahrgenommen.

Kindern und Jugendlichen eher frustrierend als hilfreich erlebt werden müssen. Deshalb ist es sinnvoll und notwendig, qualifizierte Selbsthilfeangebote, die die Problemlagen von Familien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen berücksichtigen, zu entwickeln. Außer bei den Krankheitsbildern Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und Essstörungen gibt es derzeit kaum Selbsthilfeangebote für Familien mit erkrankten Kindern bzw. Jugendlichen. Beim Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Töchter und Söhne (BVEK) haben sich in den letzten Jahren verstärkt Eltern zusammengeschlossen, deren Kinder durch intensiven Cannabiskonsum von Sucht betroffen und zusätzlich an einer Psychose erkrankt sind. Sie thematisieren die Problematik der Doppeldiagnose und stellen fest, dass eine Hilflosigkeit in den unterschiedlichen Hilfesystemen der Suchthilfe und Psychiatrie existiert. Hier einen regen Austausch, Kooperation und Zusammenarbeit zwischen den Angehörigenverbänden und anderen in der Selbsthilfe für psychisch kranke Kinder und Jugendliche engagierten Initiativen zu entwickeln, ist Ziel eines Projektes, dem sich der BApK in den nächsten Jahren zuwenden wird.

Zunächst ist die Alltagssituation und die Bedürfnislage der Familien mit schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen zu beleuchten und zu ermitteln. Darauf aufbauend sollen Informations- und Unterstützungsangebote unter besonderer Berücksichtigung von Selbsthilfe- und Empowermentstrategien entwickelt, erprobt und evaluiert werden. Durch die Entwicklung von Weiterbildungsangeboten im Rahmen der Angehörigenselbsthilfe soll gewährleistet werden, dass diese nachhaltig und regional nutzbar den betroffenen Familien zur Verfügung stehen.

Die meisten Patienten mit Kindern haben Angst davor, schlechte Eltern zu sein oder ihre Kinder sogar aufgrund der Erkrankung zu verlieren. Mitarbeiter in der Psychiatrie können den Eltern diese Angst nehmen, wenn sie deutlich machen, dass Kinder am besten bei ihren Eltern aufwachsen.

Kinder psychisch Kranker – Psychiatriepatienten von morgen?

Ein anderer Zugang zur Problematik von Familien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ergibt sich aus der Auseinandersetzung mit der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern, die sich in der Angehörigenbewegung in den letzten Jahren verstärkt vollzogen hat. Dass Kinder auch Angehörige sind in Familien mit psychisch Kranken, ist eigentlich eine Binsenweisheit. Trotzdem wurden (und werden) sie vielfach nicht wahrgenommen und auch nicht unterstützt.

Gemeinsam mit dem BKK-Bundesverband hat die Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK) deshalb im vorigen Jahr ein Projekt auf den Weg gebracht, um Aufmerksamkeit für die Belange der Kinder und Jugendlichen zu verstärken, die mit psychisch kranken Eltern aufwachsen. In Deutschland leben zwischen drei und vier Millionen Kinder von Eltern mit einer psychischen Störung. Neben vielen, sehr individuellen und auf die jeweilige konkrete Familiensituation abgestimmten Unterstützungsangebote brauchen alle Kinder vor allem eines: altersgerechte Information über die Erkrankung der Eltern und die Möglichkeit, frei über ihre Fragen, Sorgen und Nöte sprechen zu können. Hierbei hat auch die Erwachsenenpsychiatrie eine große Verantwortung. „Angehörigenarbeit“ bezieht sich nicht nur auf erwachsene Familienangehörige, sondern schließt die Kinder der Patienten mit ein.

Die meisten Patienten mit Kindern haben Angst davor, schlechte Eltern zu sein oder ihre Kinder sogar aufgrund der Erkrankung zu verlieren. Mitarbeiter in der Psychiatrie können den Eltern diese Angst nehmen, wenn sie deutlich machen, dass Kinder am besten bei ihren Eltern aufwachsen. Aber auch, dass es Situationen gibt, wo Eltern Unterstützung und Hilfe benötigen. Um mit den Kindern ins Gespräch zu kommen und die so nötigen Informationen altersgerecht zu vermitteln, gibt der BApK im Rahmen des Projektes u. a. Broschüren heraus (www.bapk.de; www.kipsy.net).

Was hat dies nun mit der umgekehrten Konstellation – Eltern psychisch kranker Kinder – zu tun?

Die Risikoforschung bestätigt, was schon jeder ahnt: Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, sind in vielfältiger Weise davon betroffen und stehen unter erhöhtem Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Zahlreiche Untersuchungen schätzen, dass *das kindliche Störungsrisiko um den Faktor zwei bis drei gegenüber einer gesunden Vergleichsgruppe erhöht ist.* Ein Drittel der untersuchten Kinder weisen keinerlei Beeinträchtigungen auf, ein weiteres Drittel lediglich vorübergehende Auffälligkeiten, beim restlichen Drittel zeigen sich fortdauernde seelische Störungen. Die Kinderpsychiater konnten zeigen, dass ein Drittel der Kinder in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung mindestens einen psychisch kranken Elternteil haben.

Bei der Frage nach der Ursache drängt sich natürlich die Schlussfolgerung auf: Hier spielen vor allem *genetische Faktoren* eine wichtige Rolle. Das stimmt auch, besonders für Kinder von schizophren Erkrankten (während das generelle Lebenszeitrisiko 1% beträgt, liegt die Wahrscheinlichkeit für Kinder schizophrener Eltern bei 10 - 15%, und zwar nicht nur für eine eigene Schizophrenie, auch für andere seelische Störungen). Das Risiko für eine affektive, also Gemütsstörung wie Depression und/oder Manie ist etwa 3- bis 6-mal höher als bei unauffälligen Eltern. Sind beide Elternteile depressiv erkrankt, liegt die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei rund 70%. Noch problematischer wird es offenbar bei Eltern mit einer Persönlichkeitsstörung, ggf. noch mit einer Suchterkrankung kombiniert. Auch bei Angststörungen liegt das Risiko um das 7-fache über dem Durchschnitt. (http://www.psychosoziale-gesundheit.net/bb/05lenz_kinder.html)

Vor diesem Hintergrund ist die Unterstützung der betroffenen Kinder die beste Prävention, um zu verhindern, dass diese Kinder die Psychiatriepatienten von morgen werden. ●

Junge Menschen mit Doppeldiagnosen und die Hilflosigkeit der Helfenden

Von Harald Sadowski und Frieder Niestrat

Abstract

Eltern, Helfer und Therapeuten sind gleichermaßen besorgt: Eine erschreckend hohe Anzahl von suchtkranken bzw. suchtgefährdeten Jugendlichen weist zusätzlich eine psychiatrische Diagnose auf. Häufig zunächst unbemerkt, weil die Symptome pubertären Krisen zugeordnet werden. Erkrankungen sind oft schon chronifiziert, wenn sie diagnostiziert werden. Für viele ist dann Eile geboten. Da die jungen Menschen das ganze Leben noch vor sich haben, sind Erreichung von Schulabschluss, Ausbildung etc. die nächstliegenden Ziele. Doch die Komorbidität Psychose und Sucht ist ungemein kompliziert und braucht Zeit, Geduld, ungewöhnliche therapeutische Interventionen und den unbedingten Trialog aller Beteiligten.

Gerade einmal drei Jahre ist es her, dass der Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher (BVEK.eV) die Ergebnisse eines Projektes veröffentlichte, welches in den Jahren 2000-2003 in Form einer Fragebogenaktion durchgeführt wurde. Daraus geht hervor, dass nach Befragung von etwa 1000 Eltern von suchtkranken Jugendlichen mehr als ein Viertel der Beteiligten angaben, dass bei ihren Kindern psychische Störungen bis hin zu schweren Psychosen diagnostiziert worden waren. Es war zwar bekannt, dass es ein häufig auftretendes Phänomen war, über das Ausmaß war man sich bis dahin nicht bewusst.

Der in der Dokumentation enthaltene erschütternde Bericht einer betroffenen Mutter über eine zwölf Jahre dauernde, zwischen den Hilfesystemen pendelnde Leidenszeit, die die Familie fast zum Zerbrechen brachte, zeigt, wie langwierig und dramatisch zugleich die Krankheitsentwicklung bis zu einem therapeutischen Erfolg sein kann. Irrwege durch verschiedene Institutionen, Zustände zwischen wiederkehrender Hoffnung und Verzweiflung auszuhalten, mit dem Versuch durch Abgrenzung, die eigentlich professionellen Therapeuten zusteht, als Eltern helfen und leben zu müssen, weil Hilfesysteme sich diametral gegenüberstehen. Angehörige von Jugendlichen mit Komorbidität Psychose und Sucht beklagen in vielen Fällen den „Verlust der Pubertät“ ihrer Kinder als die normalerweise natürlich verlaufende Reifungsphase der Persönlichkeitsentwicklung mit allen Konflikten, Erfahrungen und daraus resultierenden Reifungen. Psychose und Sucht haben in ihrem gleichzeitigen Auftreten schwere Spuren einer Deviation von üblicherweise zu erwartenden psychischen Entwicklungen hinterlassen. Pädagogische Interventionen scheitern häufig an der emotionalen Bindungsunfähigkeit und enden dann in einem Desaster aus inadäquaten Sanktionen, Behandlungs-und Betreuungsabbrüchen.

Umso mehr lastet auf allen Beteiligten ein enormer Erfolgsdruck, mehr als bei Menschen, die im fortgeschrittenen Alter erkrankt sind und sich das Umfeld bereits mit der Krankheitssituation abgefunden hat. Zuviel steht auf dem Spiel, schließlich hat der junge Mensch noch sein ganzes Leben vor sich. Leider geht es in den meisten Fällen dann nicht in erster Linie um die psychische Gesundheit, sondern um das Erreichen von an bürgerlichen Werten orientierten Zielen: Schulabschluss, Ausbildung, Führerschein, ein möglichst unauffälliges Sozialverhalten. Dabei wird schnell vergessen, dass der erkrankte junge Mensch selbst den größten Druck aushalten muss. Zumindest anfänglich interessieren ihn ganz andere Dinge, seine Negativsymptomatik ist in der Regel noch nicht so sehr ausgeprägt und er hat nach wie vor das Bedürfnis, unterwegs zu sein, am Leben der Gleichaltrigen teilzunehmen, obgleich er bereits deutlich wahrnimmt, dass seine Erkrankung ihn zunehmend vom gesellschaftlichen Leben ausschließt.

Es muss jedoch erlaubt sein, kritisch anzumerken, dass es auch zu unseren Erfahrungen gehört, dass betroffene Eltern trotz eines integrativen Behandlungsansatzes, der sowohl Psychose als auch Sucht im Setting gleichermaßen gewichtet, nicht zu Bündnispartnern werden, weil der gewünschte Erfolg nicht in einem erwarteten Zeitraum eintritt und Symptome nicht „abtrainiert“ werden. Es ist auch vorgekommen, dass Eltern aus der Entfernung unter Hinzuhilfenahme moderner Kommunikationsmedien an betreuenden Mitarbeitern vorbei auf den therapeutischen Verlauf Einfluss nehmen wollten. Vielleicht sei es der hohen emotionalen Belastung geschuldet, die, wie bereits geschildert, Familien in der vorher gehenden Zeit aushalten mussten. Das erhöht noch einmal mehr den Druck auf den jungen Menschen und zugleich auf die Behandler, der dann leider auch unreflektiert schnell wieder bei dem erkrankten jungen Menschen ankommt. Ich erinnere mich an den Dank eines Vaters, dass wir seinen Sohn soweit gebracht haben, dass man wieder mal mit ihm in ein Restaurant gehen könne, ohne dass er auffällig würde, aber eine Mitwirkung an der Behandlung durch die Vertiefung ganz offensichtlich anstehender Fragen ablehnte. Wir erinnern uns auch an die Erzählung eines Kollegen, der am dritten Behandlungstag von der

Harald Sadowski
Dipl. Sozialarbeiter, tiefenpsych. Suchttherapeut(DR), Leiter des Markus-Haus Essen, Kerckhoffstraße 10-12, 45144 Essen, info@markushaus.de www.markushaus.de

Frieder Niestrat
Dipl.-Psychologe, Logotherapeut & Existenzanalyse, stellv. Leiter des Markus-Haus Essen, Email: fnie@markushaus.de.

Oftmals hängt der gesamte Therapieerfolg von der Zusammenarbeit mit der Familie ab. Damit lastet nicht nur das unmittelbare symptomatische Geschehen auf den Helfern, sondern auch die Wut, Enttäuschung, Verzweiflung und der Schmerz der Familie über das Geschehene.

Absicht des Vaters erfuhr, seinen Sohn in wenigen Tagen bei der Nachhilfe zu sehen.

Daher stehen auch die Behandler vor besonderen Herausforderungen. Die Prof. Christian Eggers-Stiftung in Essen und Düsseldorf wendet sich seit über zehn Jahren jungen Menschen mit einer Komorbidität Psychose und Sucht zu. Der Leiter des Hauses Trialog, Frank Kremer weiß zu berichten, dass besonders das System Familie in allen Stufen der Behandlung eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielt. Oftmals hängt der gesamte Therapieerfolg von der Zusammenarbeit mit der Familie ab. Damit lastet nicht nur das unmittelbare symptomatische Geschehen auf den Helfern, sondern auch die Wut, Enttäuschung, Verzweiflung und der Schmerz der Familie über das Geschehene. Und damit auch die oft unausgesprochene Forderung: „Nehmt den Schmerz von uns, gebt uns unsere Tochter / unseren Sohn wieder, verschafft uns einen Erfolg.“ Wie bereits beschrieben, weisen viele junge Menschen mit einer Psychose-Sucht Komorbidität auch infolge des frühen Gebrauches psychotroper Substanzen Entwicklungsverzögerungen auf, die nicht kurzfristig aufholbar sind. Um das zu verstehen, müssen wir uns das Zusammenwirken von Psychose und Sucht näher ansehen.

Sowohl eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis als auch eine Sucht stellen sich, entwicklungsdynamisch betrachtet, regressiv dar. In beiden Fällen befinden sich die Abwehrmechanismen auf niedrigem Niveau, die Affekte werden eher archaisch und wenig differenzierbar erlebt, das Über-Ich ist eher rudimentär und rigide, die Ich-Funktionen in ihrer Gesamtheit gestört. Die Frage, ob diese regressive Symptomatik mit einer Entwicklungsstörung auf präödipalem (frühkindlichen) Niveau einhergeht, kann hier vernachlässigt werden, da sie sich in den meisten Fällen sowohl im psychotischen Geschehen als auch im Suchtgeschehen unabhängig von einer Strukturdiagnose zeigt.

Im Zusammenwirken von Psychose und Sucht kann diese regressive Symptomatik daher auch besonders deutlich werden, weil diese Symptomgruppen in eine dynamische Korrespondenz treten. Affektspannungen, die vom Suchtdruck herrühren, wirken sich unmittelbar auf das Angstniveau der Psychose aus, Affektspannungen, die dem psychotischen Erleben zuzuordnen sind, suchen ihre Entspannung im Konsum von dafür geeigneten Suchtmitteln. In beiden Fällen steht der Therapeut vor dem Dilemma der Behandlungspriorität. Der Psychosebehandler wird sich daran machen, so schnell wie möglich die psychotische Symptomatik zu reduzieren, hoffend, dass sich die Affektlage beruhigt. Nicht selten kommen dazu Benzodiazepine zum Einsatz, die den suchtfördernden Substanzen zuzuordnen sind.

Der Suchtbehandler hingegen erkennt sofort die Rückfallgefahr oder die Auswirkungen eines bereits stattgefundenen Rückfalls und wird möglicherweise die Isolierung des Patienten vom Suchtstoff favorisieren, um die weitere Dynamik zu unterbrechen, ungeachtet, dass die psychotischen Symptome unbehandelt bleiben. Dies kann allerdings zu einem Durchbruch der Affekte der Psychose führen, möglicherweise auch zu einer längerfristigen psychotischen Dekompensation.

Bei der Behandlung von jungen Menschen mit einer Doppeldiagnose kommt häufig noch dazu, dass die aus den Affektspannungen resultierenden Verhaltensauffälligkeiten zunächst noch dem Pubertätsgeschehen (z.B. bei Verliebtheit und dem Konsum von Rauschmitteln) zugeordnet werden, weil das klassische Eintrittsalter in eine Psychose jenseits der 25 liegt. Das sogenannte „Abhängen“, “pubertäre Komaschlafen“, die Sprachverarmung und der Rückzug in der Interaktion mit der erziehenden Generation sind beobachtbare Phänomene, die häufig missgedeutet werden. Sie werden leicht mit pubertären Krisen verwechselt, die von vorübergehender Erscheinung sind und zum natürlichen Verlauf jugendlicher Entwicklung gehören. Dies gilt sowohl für die Symptome einer Drogenabhängigkeit als auch für die einer Psychoseerkrankung. Häufig kommt erst bei massiven Impulsdurchbrüchen und sozialer Desintegration, Schulverweigerung und von Wahn gezeichnetem Verhalten der bifocale Diagnoseansatz zum Tragen. Oftmals ist es aber dann schon zu einer Chronifizierung sowohl der Suchterkrankung als auch der Psychose gekommen. Um der Regression von Psychose und Sucht zu begegnen, bedarf es häufig regressiver Behandlungsansätze, aus der Erkenntnis resultierend, dass das Regressionsniveau zunächst Ausgangspunkt der therapeutischen Intervention und Interaktion ist.

Diese haben zunächst möglicherweise für Menschen mit einer weitestgehend gesunden Persönlichkeitsorganisation ein rigides Erscheinungsbild, für den jungen Menschen mit einer Komorbidität Psychose und Sucht ist es eine überschaubare, verlässliche Interaktion mit erkennbaren Grenzen als Hilfe zur Selbststeuerung der ihm überlassenen Verantwortungsbereiche. Dazu kann auch die fakultative Geschlossenheit des Therapieumfeldes zählen. Die Reduktion kommt der Regression sozusagen kompensatorisch entgegen. Der Schwerpunkt liegt nicht auf dem Aspekt der Geschlossenheit, sondern auf der Abschirmung von beeinträchtigenden Faktoren und der Möglichkeit der schrittweisen Erhöhung des emotionalen Leistungsniveaus und der Konfliktbearbeitung im „hier und jetzt“ in einem geschützten Rahmen. In der Regression wird dem jungen Menschen ermöglicht, seinen Affekten ganz basal zu begegnen und sie zu bearbeiten. Dieses Vorgehen wird manchen Betroffenen oder Angehörigen mitunter zu wenig erscheinen, scheint doch auf kognitivem Weg hier zunächst nicht viel Sichtbares zu Stande zu kommen.

Deshalb brauchen wir den konsequenten Trialog. Betroffene, Angehörige und Behandler müssen auf Augenhöhe verhandeln und Kommunikationswege finden, die nicht nur den Patienten im Blick haben, sondern gleichermaßen den Angehörigen wie auch den Behandlern zu befriedigenden Erfahrungen verhelfen. ●

Quellen:
Suchterkrankungen und psychische Störungen, Projektdokumentation des BVEK, e.V., Berlin 2005 (vergriffen)
Was tun bei Doppeldiagnose? Eine Orientierungshilfe von Eltern für Eltern , BVEK, e.V. Berlin 2008 www.bvek.org.

Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie

Integrativ denken, kooperativ handeln

Ein Briefwechsel zwischen Vertretern dieser Hilfesysteme – 2 Jahre nach der Fachtagung von BeB und EREV
Von Werner Starke, Markus Onken, Harald Tornow

Abstract

Die psychosoziale Versorgung und die Verbesserung der Lebensbedingungen von verhaltensauffälligen, entwicklungsgestörten und seelisch kranken oder behinderten jungen Menschen ist oft nur als eine Komplexleistung mehrerer Versorgungssysteme effektiv und effizient zu gewährleisten. Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) und der Evangelische Erziehungsverband (EREV) haben im März 2007 hierzu erstmals gemeinsam das Forum „Jugendhilfe und Psychiatrie" veranstalten. Die Tagung wurde in der EREV-Schriftenreihe Nr.2/2007 von den Verbänden dokumentiert. Zwei Jahre danach reflektieren Vertreter der beteiligten Hilfesysteme das Thema erneut in einem Briefwechsel.

Der Anlass

Werner Starke (Sozialpsychiatrie):
„Liebe Kollegen,
beim Schreiben habe ich mich noch einmal lebhaft an unsere gemeinsame Arbeit in den Jahren 2006 und 2007 erinnert. Wie finden Eingliederungshilfe, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie besser zusammen, war unser Thema, das im März 2007 EREV und BeB auf einem gemeinsam veranstalteten Forum mit mehr als 100 Teilnehmenden vertiefen wollten.

Heute will ich zunächst noch einmal meinen Ärger los werden, der wieder mal entstanden ist angesichts einer Ankündigung des Jugendamtes, dass ein psychisch erkrankter Jugendlicher, der in einem halben Jahr volljährig wird, dann doch bitte unserem sozialpsychiatrischen Hilfesystem für Erwachsene zugewiesen werde – zuständigkeitshalber! Die Beantragung einer Betreuung nach dem BtG sei eingeleitet, im Jugendamt sei „jetzt Schluss".
Ja, ich weiß, die Mitarbeitenden der Jugendhilfe müssen mehr die Bedingungen der Behandlung in der KJPP kennen und geradezu „psychiatrisch aufgeladen" werden, also Wissen und Kompetenz im Umgang mit der immer größer werdenden Anzahl von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen erwerben. Andererseits müssen die Kinder- und Jugendpsychiater „pädagogischer denken", also auch die Bedingungen in der Jugendhilfe kennen, den Lebensfeldbezug und Partizipationsanspruch der Klienten verstehen. Ja, dem anderen vertrauen und um seine Arbeit und Rahmenbedingungen wissen – das ist eine dauerhafte Aufgabe, erst recht, wenn ja auch die Akteure manchmal wechseln. Aber auch der gerade beschriebene Fall zeigt: der gute Wille von einzelnen, die sich gut verstehen, reicht nicht; Kooperation muss auch auf der institutionellen Ebene abgesichert werden. Leider gibt es in unserer Region noch keinen Kooperationsvertrag zwischen Jugendhilfe und KJPP (welche der umliegenden Kliniken kann denn auch lebensfeldnäher arbeiten?), die Personen sind abhängig von zufällig vorhandenen persönlichen oder organisatorischen Ressourcen. Unsere sozialpsychiatrischen Dienste und Einrichtungen sind noch viel mehr außen vor.

Und wer sollte auch die „Federführung" in einem solchen Prozess von Vereinbarungen übernehmen, wo doch die verschiedenen Institutionen eher Anstrengungen unternehmen, sich abgrenzen, weil sie die „Schere" des Kämmerers oder sonstiger Finanziers im Kopf (oder im Nacken) haben? „Stolpersteine" der Kooperation sind eben auch die jeweiligen Systemrationalitäten das heißt die Frage, was leitet den Blick des Jugendamtes oder den der Klinik? Diese Systemlogiken sind widersprüchlich und verführen die Systeme an ihren Grenzen (das ist z.B. der bald volljährige Jugendliche mit Erziehungs- oder vielleicht doch Behandlungsbedarf) zur systemerhaltenen Abgrenzung.

Systemintegration versus Sozialintegration?

Auf individueller Ebene lassen sich solche Widersprüche im Sinne einer Sozialintegration vereinbaren, solange sie denn ausgehalten werden können von den aktuell Beteiligten. Voraussetzungen hierfür sind zum Beispiel eine Diskursfähigkeit, ein Zulassen von „Augenhöhe" im Umgang miteinander, welche erst die Differenz der Systeme als eine gewinnbringende Ergänzung verstehen lässt. Also: zusätzlich zur fallbezogenen und zu der institutionell verankerten Kooperation zwischen den Organisationen muss es auch zu neuen integrierten Versorgungsstrukturen bei Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie kommen, und das heißt eben auch, systemübergreifende Finanzierungsstrukturen zu schaffen. Aber gerade in der jetzigen Zeit von Globalisierung, Rezession und Verschuldungsdebatten wird es große Anstrengung brauchen, die bisherigen Leistungen und Gelder für die Kinder und Jugendlichen erhalten zu können. Unsere Kommune ist gerade am Haushaltssicherungskonzept vorbei geschrammt; 2009 werden viele Leistungen auf dem Prüfstein gestellt. Unseren Vernetzungsinteressen werden vielfach die Abgren-

Werner Starke, Geschäftsführer im Diakonischen Werk Niederberg, Velbert langjährig tätig in sozialpsychiatrischen Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe; werner.starke@diakonie-niederberg.de

Dr. Markus Onken
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie und Kinderheilkunde / Ambulanz Heilpädagogisch-Psychotherapeutisches Zentrum, Wülfrath.
markus.onken@bergische-diakonie.de

zungsinteressen und „Status-quo-Verteidigern“ gegenüberstehen. Neue Strukturen zu etablieren braucht (weiterhin) langen Atem. Unsere sozialpsychiatrisch orientierte psychoedukative Gruppenarbeit, die ebenfalls die Eltern von sehr erziehungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen nutzen könnten, wird so gerade von der Jugendhilfe nicht mit finanziert. Sozialkompetenztrainings für Kinder und Jugendliche, die in der Praxis der niedergelassenen und nach der „Sozialpsychiatrievereinbarung“ arbeitende Jugendpsychiater wegen der Einschränkungen der „Einheitlichen Bewertungs- Maßstäbe“ (EBM) keinen Platz mehr finden, blieben unvermittelt neben der ASD-Arbeit des Jugendamtes auf sich gestellt, wenn wir jetzt nicht selbst unseren Träger zum Einsatz von Eigenmittel veranlasst hätten. Ja, die im System bewährte Sozialpsychiatrievereinbarung steht selbst auf dem Prüfstand der gesetzlichen Krankenkassen, die die damit verbundene komplexe, auch nicht-ärztliche Leistungen umfassende Behandlungen nicht mehr als ihre originäre Aufgabe sehen wollen. Das muss auch die Jugendhilfe auf den Plan bringen.“

✧

Markus Onken (Kinder und Jugendpsychiatrie):
„Lieber Herr Starke,
Ärger ist der Wunsch nach Veränderung und die Strukturen retten uns manchmal, manchmal begrenzen sie uns, und nur eine Struktur erlebe ich als unveränderlich gleichmäßig und das ist die Zeit. Meister Hora ist ein guter Freund, Michael Ende hat es bestens beschrieben. - Erst dann kommen die Systeme, in denen wir arbeiten, in denen wir finanziert werden, in denen wir uns begegnen und in denen wir wirken sollen, wirken dürfen und es auch tun.

Sind Systeme stärker als wir?

Sie sagten mir mal, „Systeme sind stärker als wir!“. Ich habe das damals sehr ernst genommen und gefragt, was das genau heißt, an der Antwort sind wir, glaube ich, immer noch dran. Wenn wir unsere drei o.g. Systeme meinen, so ist ein Vergleich sehr begrenzt nur möglich. Jugendhilfe ist ein im wesentlich politisch getragenes Hilfesystem, das unterschiedlichen Professionen Raum gibt, für Kinder und Jugendliche Hilfen zu entfalten, um dem Individuum und der Entwicklung der Gesellschaft zu dienen.

Das macht die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch, aber sie ist ein von Krankenkassen dominiertes und finanziertes System, das individualzentriert und defizitorientiert das Individuum in den Blick nimmt. Das Grunddenken empfinde ich damit in der vorherrschenden Richtung auf Individualisierung, Kategorisierung und Finanzierung über Pathologie ausgerichtet. Sie wissen, wie sehr ich aus dieser Position in die Gegenrichtung gerne schaue und arbeite. Sozialpsychiatrie ist nach meiner Vorstellung eine Orientierung und Haltung in der Erwachsenenpsychiatrie, die sich für die Einbindung in die Gemeinschaft radikal einsetzt. Ich bin für diese Gedanken sehr offen, habe mich im Blick auf die Kinder und Jugendlichen, diesem Gedanken jedoch lieber über die Jugendhilfe angenähert, um dort als Kinder und Jugendpsychiater die Ressourcen neben der Pathologie zu erfassen. Die Sozialpsychiatrie hat dann Fuß gefasst in der Ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie, um das pädagogische Denken zu integrieren und leben zu können.“

✧

Dr. Harald Tornow, Leiter und Geschäftsführer e/l/s – Institut für Qualitätsentwicklung sozialer Dienstleistungen, Wülfrath langjährig tätig in Bereichen Jugendhilfe, stv. Vorsitzender im EREV. harald.tornow@els-institut.de

Harald Tornow (Jugendhilfe):
„Lieber Herr Starke,
lieber Herr Onken,
Ihren Briefen entnehme ich, dass wir in diesem Projekt nicht weiter gekommen sind. Ihre Erlebnisse, Analysen und Appelle sind die gleichen wie in unserer ersten Sitzung. Ich möchte das bestätigen. Auch das Forum 2008 zum Thema „Störungen des Sozialverhalten“ hatte die gleichen Befunde und endete bezüglich der Vernetzung oder gar Integration in Ratlosigkeit. Integrierte Versorgungssysteme sind eine wunderbare Idee. Budgets, die aus den Leistungsbereichen SGB VIII, SGB XII und SGB V gespeist werden und intelligent für vernetzte und kooperative Dienstleistungen umgesetzt – wunderbar, aber die rechtlichen und ökonomischen Hürden sind enorm. Wer müsste nicht alles von seinen Routinen und Sicherheiten Abschied nehmen: Kosten- und Leistungsträger, Planungs- und Aufsichtsbehörden, Fachverbände, Bildungsinstitutionen.

Wunderbare Ideen – aber die Hürden sind enorm

Mit Recht weisen Sie beide darauf hin, dass alles seine Zeit braucht. Ich habe aber den Eindruck, dass die gleiche Zeit effektiver daran arbeitet, dass Differenzierungen und Abgrenzungen ausgebaut werden. Dabei habe ich nicht einmal den Eindruck, dass die Leitprofessionen Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Kinderpsychiater, Psychologe auseinanderdriften. Hierarchiefragen und Paradigmadiskussionen bewegen die Gemüter immer weniger. Dass die Probleme komplex sind und dass sie nur systemisch verstanden und bewegt werden können, ist inzwischen trivialer Wissensbestand. Unterschiedliche Perspektiven der Versorgungssysteme und Leitprofessionen werden nicht mehr nach dem Kriterium der Wahrheit, Wissenschaftlichkeit oder Wichtigkeit diskutiert. Vielmehr werden Sie als Beiträge zum Fallverstehen und als gleichberechtigte methodische Ansätze akzeptiert und angefordert.

Die Krux liegt meiner Meinung nach in den steuernden Systemen. Damit meine ich jene sozialen Gebilde, die Ressourcen zuweisen, die Zugänge und Bewegungen der Klienten kontrollieren, und die in zunehmendem Maße auch fachliche Standards bürokratischer Kontrolle unterwerfen wollen. Einerseits wollen diese wie alle sozialen Systeme überleben und wachsen. Andererseits wollen sie aus Kostengründen Nutzergruppen und Dienstleistungen eingrenzen. Diesen Widerspruch kann man nur lösen, wenn man die Ermöglichungsfunktionen zurückführt und die Kontrollfunktionen steigert. *Es ist heute keine Seltenheit, dass für die Nicht-Genehmigung und Steuerung von Hilfen mehr Geld ausgegeben werden, als für die in Frage stehende Leistung selbst.“*

✧

Zerstörung individueller Wirklichkeiten

Werner Starke:
„Lieber Herr Onken,
lieber Herr Tornow,
Systeme sind stärker als wir – ja, das erleben wir doch in jenen Ausdrucksformen von Systemrationalität wie einer scheinbar objektivierenden International Classification of Diseases, einer „managed care"-Mentalität mit Diseases-Management-Programmen, Hilfeplanverfahren, Qualitätsmanagement und diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) mit entsprechenden Vergütungspauschalen im Schlepp - dies droht doch die individuelle Wirklichkeit nicht nur in der Medizin, sondern in allen Leitprofessionen zu zerstören.

Das passt auch zu der von Ihnen, Herr Tornow, konstatierten Akzeptanz - ich meine sogar Beliebigkeit von Wahrheit und Wissenschaftlichkeit - der methodischen Ansätze in Fallverstehen durch die jeweiligen Versorgungssysteme. Dann verstehe ich den anderen, mein Gegenüber in unseren Systemen aber schließlich auch nicht mehr; außer uns gelingt der mühsame Weg der Sozialintegration, von der ich ja schon gesprochen hatte und den Herr Onken im „Spannungsfeld der unterschiedlichen Hilfen und Helfer" beschieben hat.

Bei Ihnen, lieber Herr Tornow, kommt mir das Thema der Kooperation zwischen unseren Hilfesystemen etwas zu resignativ weg. Es gibt doch Verbesserungen der Kooperation an vielen Orten, manchmal allerdings nur sehr mühsam und mit langem Atem. Auch das EREV und BeB die Tagung gemeinsam veranstaltet haben, halte ich für einen Erfolg; der EREV hat und wird ja sogar weitere Tagungen folgen lassen – finde ich hervorragend! "

✧

Markus Onken:
„Liebe Kollegen,
die Möglichkeiten der Gestaltung von Beziehungen in unseren Hilfesystemen habe ich glaube ich erst richtig verstanden, als ich Dörners Buch „Der gute Arzt" gelesen habe, nämlich den Blick auf die paternalistische, die partnerschaftliche und die gegnerschaftliche sowie die „Beziehung vom anderen". Deswegen, lieber Herr Tornow: die Wucht der Hierarchiefragen sind innerhalb der Systeme sowie im Kontakt mit dem einzelnen Jugendlichen immer wieder relevant und prägend, sind im guten wie im schlechten Sinn zu spüren zu bekommen."

✧

Werner Starke:
„Liebe Kollegen,
alle Berufe sind Verschwörungen gegen die Laien", lässt Shaw seinen „Arzt am Scheideweg" sagen, ein schwerer Vorwurf. Nietzsche ist in seinem „Menschliches, Allzumenschliches" da etwas versöhnlicher, wenn er erklärt: „Der Beruf ist eine Schutzwehr, hinter welcher man sich, wenn Bedenken und Sorgen allgemeiner Art einen anfallen, erlaubterweise zurückziehen kann". Man mag hinzufügen: aber auch nur dann!"

✧

Repolitisierung der Sozialen Arbeit

Harald Tornow:
„Liebe Kollegen,
zurzeit bleibt nichts anderes übrig, als kleine Brötchen zu backen. Manchmal gelingt es ja auch. Richtig wirksam wäre aber nur eine Repolitisierung der Sozialen Arbeit. Der politische Gegner wäre zurzeit aber nicht eine herzlose Gesellschaft oder das Menschen fressende Kapital, sondern die wuchernde Bürokratisierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit und die postmoderne fachliche Beliebigkeit. Aber auch das habe ich sicherlich vor drei Jahren auch schon gesagt. Oder?"

✧

Werner Starke:
„Liebe Kollegen,
zu Recht fordern Sie angesichts maximierter Vermarktwirtschaftlichung die Repolitisierung der Sozialen Arbeit, das heißt für mich auch der sozialpsychiatrischen System für Kinder und Jugendliche wie für die Erwachsenen, also auch der Medizin. Dabei darf es aber nicht allein um den Nachweis von Fachlichkeit, gesellschaftlicher Anerkennung und entsprechender Ressourcenzuweisung gehen, sondern eben auch um unsere Frage des Systemumgangs mit dem jeweils anderen, vielleicht eben auch um die Verantwortung der Professionen vom anderen her zu begreifen."

✧

Markus Onken:
„Liebe Kollegen,
was führt uns also zusammen? Ich glaube es ist dieses Spannungsfeld der unterschiedlichen Hilfen und Helfer, in das wir eintreten und in dem wir leben. Oft sind wir näher beieinander, als wir denken. Dann wieder müssen wir uns scharf abgrenzen, um eigenen Standpunkte nicht zu verlieren. Und dann helfen, begleiten oder behandeln wir mal in der kurzen Begegnung, in der ambulanten Situation, in der Krise, in der chronischen Medizin, im Umgangen mit Schwachen, Armen, Kranken und Bedürftigen usw.
In diesem Spannungsfeld kann unsere Diskussion kein Ende nehmen, weil uns das Leben immer neu und anders herausfordert. Ich glaube mit Ihnen, dass das wichtigste schließlich ist, dass wir in Beziehung bleiben, das wir uns kennen lernen in den Systemen, das wir immer wieder neu uns zusammenfinden und dass wir sehr sorgfältig darauf achten, welche Werte verbinden uns, welches Menschenbild habe ich, erlebe ich und welches möchte ich weitergeben." ●

Johanna

Wie kooperative Prozesse gemeinsam initiiert werden können

Von Charlotte Köttgen

Abstract

An Hand eines Fallbeispiels wird hier versucht das komplexe Geschehen zwischen traumatisierten jungen Menschen, ihren Notrufen, unbewussten, seismographischen Wahrnehmungen und Abwehrmechanismen und den Ablaufen im Versorgungssystem zu zeigen. Auffälligkeiten können einerseits verletzend verschärft werden, andererseits durch Kompetenz, Empathie und ausdauernde, koordinierte Hilfen neue Chancen für Entwicklung und Integration ermöglichen. Am Ende ein Plädoyer für die Paradigmen fachpolitisch wirksamer Steuerung integrativer Hilfen.

Zum Beispiel Johanna

Johanna wurde von ihrem Vater sexuell missbraucht. Er hatte sie mit Drogen gefügig gemacht, sie wurde in die Psychiatrie eingewiesen, weil sie „durchgedreht" ist, wie es hieß. Die Mutter hatte sie nicht vor den Missbrauchshandlungen geschützt. Sie hatte sie vielmehr verpflichtet zu schweigen.

Johanna versucht sich dem Personal im Krankenhaus mitzuteilen, aber die Angst vor Strafen lähmt sie. Oft ist sie wie erstarrt. Die Erinnerungen schnüren ihr die Kehle zu. Johanna wird wieder nach Hause entlassen.

Der Missbrauch geht weiter. Schließlich entweicht sie, und macht den ersten Suizidversuch, dem weitere folgen. Um gesehen zu werden schnippelt sie sich die Arme blutig, rastet oft vor Wut aus (acting out), zieht sich zurück (Depression), sucht in einer Phantasiewelt nach der Sicherheit, die sie zum Weiterleben braucht, sie bekommt die Diagnose „Borderline - Störung". Zeitweise wirkt sie nach außen ganz unauffällig. Sie durchwandert verschiedene jugend- und –psychiatrischen Einrichtungen bis ins Erwachsenenalter. Bei den Verlegungen hofft sie immer aufs Neue, endlich eine dauerhafte Bezugsperson, einen sicheren Lebensort zu finden, um sich öffnen zu können. Alte, knapp verheilte körperlich- seelische Wunden brechen wieder auf, wenn es hieß:
„hier bist Du nicht richtig, du brauchst eine besondere Hilfeeinrichtung"... Johanna hat, lange bevor es ausgesprochen wird, verstanden: „Du bist nicht richtig"...

Johannas Verzweiflung wandelt sich in Feindseligkeit, ihr Misstrauen in Ablehnung, sie provoziert aus vorweg genommener Furcht solange, bis sie sich ihre Befürchtung selbst bestätigt: „ich bin nicht liebenswert, nicht auszuhalten". Bald weiß sie, Erwachsene verlassen einen doch... Sie lernt schnell, wie sie wenigstens negative Aufmerksamkeit hervorrufen kann. Eine annehmende, schützende Bezugsperson/ Ersatzmutter ist bei dem „Maßnahmekatalog" zu ihrem angeblichen Wohle nicht im „Angebot".

Unerhörte Notrufe

Aufnahmen in (geschlossenen) Psychiatrien, mit Hospitalisierung, Fixierung, Weiterverweisungen, Ruhigstellung durch Medikamente kennzeichnen nicht nur Johannas weiteren „Behandlungs"- und Lebensweg traumatisierend, sondern auch den von jungen Menschen, die ähnliche Schicksale erleiden. Schätzungen und Dunkelziffern besagen, dass rund 500.000 Kinder Gewalterfahrungen haben, die meistens im sozialen Umfeld geschehen. Jugendpsychiatrieaufnahmen haben sich in 20 Jahren verdoppelt, Unterbringungen fern des Lebensortes nehmen zu, Medikamente ersetzen oft die benötigte personalintensive psychosoziale Begleitung.

> *„Freiheitsentziehung ausgenommen, ist Abschieben die schlimmste Strafe, die es gibt, es ist Verstoßen, das dem Abgeschobenen sein bisschen Glück und Zukunft, seine erworbenen Rechte und seine Rattenlöcher nimmt. Es ist auch die Strafe für die anderen, denen man zugleich ihr Sozialgefüge zerstört, ihre Freunde nimmt. Abschieben bereitet Angst durch das Erleben dieser Prozedur an dem Geächteten. Es mag noch so elegant verpackt sein, ja herzliches Bedauern deutlich werden, Abschieben bedeutet aufgeben".*
> (Martin Bonhoeffer, 1974)

Früh verletzte Menschen sind wie Seismographen

Früh erlebte Erschütterungen sind im vor– oder unbewussten Körpergedächtnis gespeichert. Wenn die Gewalt vor der Sprachenwicklung geschah, hatte das Kind seinerzeit noch keine Worte. Die Formen der ohnmächtigen Verteidigung eines Kleinkindes bleiben in neuen Schrecksituationen oft weiter erkennbar: Schlagen, Strampeln, Schreien (so genanntes *Agieren*). Blieb das alles ungehört, folgt Verstummen und Erstarren (Katatonie), denn Körper und Seele bilden beim Säugling noch eine Einheit.

Meistens in der Vor-Pubertät, wenn Jugendliche mit sexuellen Begegnungen, neuen Herausforderungen ihres Körpers und mit Rollenerwartungen konfrontiert sind, kommt es zu unbewussten Erinnerungen an frühe Verletzungen wie Demütigungen, seelisch-körperliche Gewalt und Missbrauch. Die alte Verletzungen hinterlassen Spuren, sind wie Narben, tauchen später als Angst, Panikattacken,

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

Zwang, Aggressionen, Depressionen, Wut, Realitätsverkennungen, Wahn u. a. wieder auf.

Wie wird auf die Verstörung von Kindern reagiert?

Kinder schweigen lange Zeit - aus Loyalität zu den Eltern und/oder auch, weil sie zum Stillhalten verpflichtet wurden. Schließlich fallen einige dieser Kinder in der Kindertagesstätten oder Schule störend auf, dann heraus, wegen Unkonzentriertheit, Unruhe und Aggressivität. Wenn Notrufe junger Menschen – wie bei Johanna - solange un*ge*hört bleiben, steigert sich Verhalten schließlich un*er*hört, bis manche einen ganzen Katalog an Störungen und die dazugehörigen Diagnosen aufgedrückt bekommen. Dies ist, wie hier geschildert, nicht selten gefolgt von zu vielen wechselnden Hilfsmaßnahmen, die unfruchtbar bleiben müssen, solange die überlebenswichtige Bezugsperson fehlt.

Der Umgang mit Übertragung- und Gegenübertragung

Die Verzweiflung „früh verlassener und misshandelter Menschen" teilt sich dem Gegenüber mit, nicht in Worten, sondern in Empfindungen. Die Gefühle und Verletzungen des einstmals in seiner Existenz bedrohten Kindes überschwemmen die ganze Person. Vielleicht hat der Lieblingserzieher gekündigt?

Das Kind nimmt nicht die eigene, sondern die übertragene Wut als die des Erwachsenen wahr. Es erlebt ihn als bedrohlich. Die Angst wird übermächtig hervorbrechen... In Worten des Kindes könnte das bedeuten: „werde ich wieder alleine gelassen, weg gegeben, werde ich geprügelt, missbraucht?" So entwickeln sich Beziehungs- und Konflikteskalationen. Der ohnmächtig agierende Erwachsene wird nach Wegen suchen, dieses Kind loszuwerden.

Zum Ablauf der Übertragung

Das Gefühl z. B. der Aggression, wird von der Bezugsperson im Gespräch übernommen. Der Erwachsene (Eltern, Erzieher, Therapeut) spürt urplötzlich im Kontakt eine ihm unbekannte Wut, oder auch Angst, ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht, das ihn völlig vereinnahmt und beherrscht.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, damit umzugehen:
- wütend mit zu „agieren" oder
- sich als Spiegel oder Gefäß wahrgenommener Gefühle des Kindes reflektieren zu lernen.

Letzteres erfordert Schulung und fachliche Kompetenz, es ist notwendig, um (gemeinsam) Worte zu suchen für die unbewusste (traumatische) Erinnerung. Das nennt die Psychoanalyse Gegenübertragung, z.B.: „Du hast recht, wenn Du Dich davor fürchtest, wieder ungeschützt alleine zu sein?"

Solche in Familien und Institutionen bekannten dynamischen Interaktionen werden in der Regel de-eskaliert, wenn sich die Betreffenden verstanden fühlen können. Sonst kommt es leicht zu wechselseitigen Impulsreaktionen wie Suizid und Gewalthandlungen. Scheinbar kleine neue Bedrohungen und Enttäuschungen sprengen im späteren Leben, bei jemand wie Johanna, den Panzer um die abgespaltenen Erinnerungen. Es kommt unvermittelt und mit archaischer Wucht zu unerklärlichen Impulshandlungen. Spätestens dann hat die Gesellschaft ein Problem.

Depression, Psychose, Hyperkinese, Aufmerksamkeitsdefizit und Dissozialität heißen die verfremdenden, abstrakten Diagnosebegriffe. Strafen, neue Verluste von Bezugs-Orten und -Personen, Appelle an Wohlverhalten verlaufen ins Leere, kennzeichnen meistens das ohnmächtig hilflose Agieren der Versorger.

Sichere Orte und Beziehungen

Johanna bedroht die Lieblingsbetreuerin, aus Angst vor erneutem Verlust, den sie mehr fürchtet als den Tod. Sie hat spät, aber endlich Glück und wird angenommen.
.
Zu jedem Zeitpunkt ist die Person wichtig, die fragt: „was willst du mir – von damals - zeigen, demonstrieren, was befürchtest Du?" Eine Ersatzmutter, die schützt, warten kann, Vertrauen zulässt, zuhört, begleitet, und auch beweist, „ich will Dich", die nonverbale Botschaften interpretieren kann, bei der Sprachlosigkeit früher Verletzungen. Neben Personen, die im Deuten psychodynamischer Vorgänge geschult sind (begleitende Therapie? Supervision?), ist die Garantie der Lebensorte wichtig.

Plädoyer für die Steuerung integrativer Hilfen- paradigmatischen fachpolitischen Forderungen

- Aus und Aufbau kooperativer, niedrigschwelliger, ambulanter Hilfestrukturen,
- Verzicht auf Verschiebungen aus dem Lebensfeld;
- Normalisierung der Lebensbedingungen aller Kinder und Jugendlichen, und Familien,
- klare Zuständigkeiten und Versorgungsverpflichtungen in Regionen
- Einbeziehen aller Einrichtungen wie Kitas, Schulen und Spezialdienste, Betroffene und Eltern
- Orte für die Bewältigung von Lebenskrisen (Krisenplätze), statt Großeinrichtungen
- gemeinsame Fallverantwortung
- die Fähigkeiten von Menschen fördern, statt sie als defizitär zu stigmatisieren
- Beziehungskontinuität erhalten, auch bei Ersatzfamilien
- Resozialisierung zur Haftvermeidung, Diversionsprojekte
- die gezielte Qualifizierung der Fachleute fördern, dazu trägt die überinstitutionelle, obligatorische Zusammenarbeit auch bei
- Sozialraum- und Lebensweltorientierte Handlungsstrategien
- Ausgrenzung erfolgt überall da, wo sie (fachlich und politisch) zugelassen ist.

Johanna hätten treue Betreuer mehr geholfen, als die vielen, unkoordinierten Maßnahmen zu ihrem angeblichen Wohle. ●

Literatur
Bonhoeffer, Martin, Widemann, Peter (Hg).: Aus Kritik am Heim: Kinder in Ersatzfamilien. Stuttgart 1974.
Köttgen, C: (Hg): Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. IGFH Verlag, 2007, Frankfurt /Main

Hilfen für die „besonders Schwierigen“: es geht nur gemeinsam

Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe braucht Zeit

Von Reinhard Peukert

Ein gemeinsames Dach für zehn Regionsprojekte

Seit nunmehr vier Jahren finden in Hessen in gegenwärtig 10 Regionen ambitionierte Maßnahmen unter dem gemeinsamen Projektdach „Prävention und Krisenintervention in Jugendhilfe und Psychiatrie in Hessen“ statt, die allesamt einem Ziel verpflichtet sind: Die personen- und strukturbezogene Kooperation zwischen denjenigen Unterstützungssystemen und helfenden Institutionen zielbezogen zu optimieren, die in der Regeln bei den Hilfen und/oder Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf angesprochen sind.
Mit diesem Ziel haben sich in den Regionen die jeweiligen Akteure aus den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern auf den Weg gemacht, indem sie ihre von den jeweiligen Problemlagen ohnehin „unvermeidbare“ Zusammenarbeit, die sie häufig bereits vor Projektbeginn in gezielter Kooperation vollzogen hatten, um spezifische Maßnahmen zu ergänzen.
Diese wurden unter dem gemeinsamen Projektdach aufgrund der Förderungen seitens des Hessischen Sozialministeriums (seit der Neuwahl: Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit) möglich.

Reinhard Peukert
Prof. Dr., Fachhochschule Wiesbaden, Fachbereich 11-Sozialwesen
Email: peukert@sozialwesen.fh-wiesbaden.de

Je nach spezifischer Ausrichtung der regionalen Ziele und Aktivitäten wurden Kooperationsvereinbarungen zwischen Institutionen geschlossen, die an dem Hilfespektrum für Kinder und Jugendliche mit komplexen Problemlagen beteiligt sind:
- die öffentliche und private Jugendhilfe mit ihren vielfältigen Institutionen, Diensten und Einrichtungen,
- und/oder der Allgemeine Soziale Dienst der Kommune,
- die kommunalen Gesundheitsämter,
- das Familiengericht,
- das regionale System der Suchthilfe,
- die Dienste und Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie, einschließlich niedergelassener Kinder- und JugendpsychiaterInnen,
- die Schulen und Schulträger,
- Hebammen,
- in einigen Regionen der Gemeindepsychiatrische Verbund, in anderen Regionen spezifische Anbieter gemeindepsychiatrischer Versorgung (z.B. ein sozialpsychiatrischer Verein, der u.a. sozialpädagogische Hilfen für psychisch kranke Eltern anbietet),
- in einer städtischen Region die Abteilung der Polizei, die sich ausschließlich mit Delikten von jugendlichen Intensivstraftätern befasst.

Neben einem Gremium, das in der Region den Gesamtprozess steuert, wurden und werden - je nach regionaler Zieldefinition - spezifische Maßnahmen durchgeführt. Von ihnen wird erwartet, dass sie einerseits der Entwicklung und dem Stützen der strukturellen Aspekte gelingender Kooperation dienlich sind sowie die Beteiligten ihrem Ziel eines gemeinsamen Fallverständnisses näher bringt.

So bildete sich in jeder der Regionen ein „bunter, wohlgeordneter Strauß“ aus unten stehenden Maßnahmen, der sich regional ständig weiter entwickelt:
- Regelhafte Arbeitstreffen der Leitungsebenen,
- Erstellen von „Hilfelandkarten“ (d.h. Synopsen über alle verfügbaren Hilfen für die entsprechenden Personenkreise),
- Institutionen und Arbeitsbereiche übergreifende Fachveranstaltungen,
- bilaterale Veranstaltungen zur wechselseitigen Klärung der jeweiligen Selbstverständnisse und Handlungsspielräume - aber auch der jeweiligen Grenzen,
- wechselseitige Hospitationen,
- Durchführung von Fortbildungsreihen zum Verständnis psychiatrisch relevanter Problemlagen von Kindern und Jugendlichen,
- Einführen einer leicht zugänglichen psychiatrischen Fachberatung für die Dienste und Einrichtungen der Jugendhilfe in der Region,
- Bildung von Arbeitskreisen für spezielle Problemlagen (z.B. Kinder suchtkranker Eltern),
- verbindliche Klärung und explizite Benennung der Ansprechpartner für bestimmte Anfragen und/oder Problemlagen seitens der beteiligten Kooperationspartner,
- wechselseitige Teilnahme an den Entscheidungsprozessen des komplementären Tätigkeitsfeldes (z.B. der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie an den Entscheidungsprozessen des Jugendamtes und vice versa),
- Einführung institutionsübergreifender (moderierter) Fallkonferenzen,
- Etablierung von Clearingrunden auf Leitungsebene zur Steuerung von - unter administrativer Sicht - besonders schwierigen Fallkonstellationen,
- Einführung eines informativen Bogens zur funktionellen Diagnostik,
- Entwicklung von Verfahren und Dokumenten für institutions- und trägerübergreifende Hilfeplanungen,
- Formulierung verbindlicher institutions- und trägerübergreifender Verfahrensabläufe.

Die Förderung seitens des Hessischen Ministeriums für Arbeit, Soziales Familie und Gesundheit besteht ausschließlich in Zuschüssen für Maßnahmen, die zusätzliche Kosten verursachen. Das sind vornehmlich Honorarkosten für die Fortbildungsreihen, die Einführung einer Fachberatung,

das vorübergehende Engagement eines Moderators etc. Direkte Förderungen für die beteiligten Institutionen gibt es keine.
Der weitaus größte Teil der obigen Maßnahmen sind finanziell nicht geförderte Aktivitäten, die den beteiligten Kooperationspartnern ein hohes Engagement über längere Zeiträume abverlangen.

Evaluation

In Ergänzung zur Projektleitung und Prozessbegleitung wurde für ca. zwei Jahre eine Unterstützung bei der Evaluation eingeführt. In diesem Rahmen wurden diejenigen MitarbeiterInnen, die mit dem Projekt in Kontakt kamen, zu zwei Zeitpunkten schriftlich befragt:
- mit einer fünfstufigen Ratingskala zur Bewertung des Projektes,
- mit Auswahlantworten zur Beurteilung förderlicher sowie in einer offenen Frage zu Faktoren, die dem Projekterfolg eher hinderlich sind.

Ergebnisse der Evaluation

Hier wird ein Ausschnitt aus den Ergebnissen von allen Befragten des Gesamtprojektes vorgestellt; die Auswertungen für die einzelnen Regionen mit deutlich differenzierteren Hinweisen wurden nur den jeweiligen Akteuren in den Regionen zugänglich gemacht.[1]

Die generelle Bewertung des Gesamtprojektes fällt positiv aus. Besonders hohe Zustimmungen erhalten die Aussagen: „Die Einrichtung, für die ich tätig bin, hat durch die Beteiligung am Regionalprojekt profitiert“ sowie „Ich bin mit der Zusammenarbeit der Beteiligten im Regionalprojekt insgesamt zufrieden“ - und die hohen Bewertungen erfolgen den weiter unten benannten Schwierigkeiten zum Trotz!

Bei den beiden zielorientierten Outcome-Kriterien sehen die Befragten in der „Verbesserung der Bedingungen zur Einleitung passgenauer Hilfen“ den größten Erfolge des Gesamtprojektes. Auch wurde bestätigt, dass „auch in schwierigen Fällen im Rahmen des Regionalprojektes „hoffnungsvolle“ Lösungen gefunden werden“ konnten.

Werden die Bewertungen danach differenziert, wie lange die Befragten bereits vom Projekt tangiert sind, ergibt sich eine Kurve mit hohen Erwartungen zu Beginn, die mit zunehmender Erfahrung zunächst deutlich abfällt, um nach einem längeren Zeitraum wieder anzusteigen. Dies verweist auf den höchst bedeutsamen Faktor Zeit.

Bewertungen der Hilfe-Systeme im Vergleich zueinander

Von besonderem Interesse für das Gesamtprojekt ist eine vergleichende Betrachtung der Bewertungen der einzelnen Systeme.
Die Bewertungen der beiden zielorientierten Outcome-Kriterien „Bedingungen für passgenaue Hilfen verbessert“ und „Hoffnungsvolle Lösungen in schwierigen Fällen“ sowie die des eher strukturellen Kriteriums „Zeitliche Abläufe reibungslos“ erreichen deutlich höhere Zustimmungen bei den MitarbeiterInnen des System Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie, und dort vornehmlich bei den ambulant Tätigen.

- Sind diese Unterschiede in der Tatsache begründet, wonach die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie einen „Entlassdruck“ hat - der nun durch die Praxis der Projekte gemindert wird, was zu einer positivern Einschätzung führt?
- Bewerten die MitarbeiterInnen der Tätigkeitsbereiche des Systems Jugendhilfe die gefundenen Lösungen - gemessen an ihren fachlichen Ansprüchen - als nach wie vor nicht optimal, und gründet dies eher in mangelnden Ressourcen, denn in verbesserungswürdiger Kooperation?

Mit dieser Hypothese korrespondieren die offenen Antworten am Ende dieses Berichtes: dort wird der Mangel an ausreichenden Plätzen mit einem passenden Angebotsprofil moniert.

Die Projektergebnisse positiv fördernde Faktoren

Hier liegen strukturelle und personenunabhängige Merkmale der Kooperation vorn: für den Erfolg erforderliche Voraussetzungen werden eher in der „Kenntnis der Hilfesysteme“ und dem „Systemübergreifenden Dialog“ gesehen - die „Kenntnis der Mitarbeiter“ erreicht die niedrigste Zustimmung.

Die Verbesserungen eher hindernde Faktoren

Bei dieser offenen Frage sprechen die Antworten eine eindeutige Sprache!

Der „Mangel an ausreichenden Ressourcen für das Projekt“ und der „Einfluss von Rahmenbedingungen, die die ursprünglichen Pläne und Ambitionen konterkarieren“, erweisen sich als die mit Abstand bedeutsamsten Hindernisse auf dem Weg zu Kooperationen, die den Kindern und Jugendlichen angemessene Hilfen erschließen sollen.

Somit ist der Faktor Zeit in einem doppelten Sinne wirksam. Diejenigen, die sich auf den Weg zu einer sachgerechten und an den Bedarfen der Kinder und Jugendlichen orientierten Hilfe machen, d.h. einer Hilfe, die sinnvoll nur von beiden Systemen in Abstimmung miteinander und ggf. weiteren Akteuren, gemeinsam und integriert erbracht werden kann, muss Zeit gegeben werden - Zeit, in der sich die beiden Systeme aufeinander zu bewegen können und in der hilfreiche Prozesse und Strukturen erarbeitet werden können -
- Zeit im Sinne von zeitlichen Ressourcen innerhalb der tag-täglichen Anforderungen
- und Zeit im Sinne von längeren Zeiträumen, in denen die schwieriger zu realisierenden strukturellen Voraussetzungen sowie die unterstützenden Prozesse entwickelt werden können, um die selbst gesteckten Ziele zu erreichen - Ziele, die zugleich die Ziele einer wohl verstandenen Sozial- und Gesundheitspolitik für diesen Personenkreis darstellen. ●

Anmerkungen
[1] Ein Gesamtbericht über das Projekt sowie der detaillierte Evaluationsbericht sind in Kürze über das Ministerium verfügbar. Der Evaluationsbericht kann ab Mitte Mai auch beim Autor angefordert werden.

Hilfen nach Maß für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder

Ein Konzept des Rauhen Hauses Hamburg an der Schnittstelle von Sozialpsychiatrie und Jugendhilfe

Von Susanne Sailer

Nach den Dramen von Bremen, Hamburg, Darry kam die Not der hochbelasteten Familien, insbesondere Familien mit psychisch kranken Eltern wieder ins gesellschaftliche Bewusstsein. Während in der (Sozial-)Psychiatrie dem Thema Elternschaft anhaltend wenig Bedeutung zugemessen wurde, sind in der Jugendhilfe Kinder psychisch kranker Eltern immerhin seit dem Ende der 90er Jahre im Focus der Fachöffentlichkeit. Zunehmend wurden Angebote für die Kinder entwickelt.

Vorsichtige Schätzungen gehen von ca. 200 000 Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik aus, die unter dem Eindruck der psychischen Erkrankung ihrer Eltern aufwachsen (Schone und Wagenblass 2006). Dass eine psychische Erkrankung von Eltern die Entwicklung der Kinder beeinträchtigt und unter Umständen eine psychopathologische Entwicklung begünstigt bzw. in Wechselwirkung steht, wurde in Forschungsarbeiten dargestellt.

Das Konzept ‚Hilfen nach Maß' des Rauhen Hauses bietet in einer konkreten Zusammenarbeit der Bereiche Kinder- und Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie individuelle Hilfen im Rahmen von Eingliederungshilfen und Hilfen zur Erziehung für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Die Hilfesettings folgen einer Subjektlogik und nicht einer Institutionslogik, d. h. es gibt keine fertigen Lösungen sondern jeweils auf den individuellen Hilfebedarf abgestimmte Hilfen. Die Unterstützung bezieht sich sowohl auf die Bedarfe der Kinder als auch der Erwachsenen. Die Hilfen beziehen Ressourcen und bestehende Netzwerke ein und ermöglichen Compliance. Die hochbelasteten Familien sind Partner auf individuellen Wegen – immer jedoch auf der Basis des über allem stehenden Ziels der Vermeidung von Kindeswohlgefährdung und in der Zusammenarbeit mit den Jugendämtern, die dieses Kinderrecht durchsetzen können und müssen. Die wichtigsten Stützen dieses Konzeptes sind die konkrete interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Ressourcenorientierung und eine Flexibilität durch individuell angepasste Settings.

Susanne Sailer
Dipl. Pädagogin,
Familientherapeutin,
Rauhes Haus Hamburg,
Stiftungsbereich Kinder- und Jugendhilfe
Kontaktadresse:
ssailer@rauheshaus.de

1. Die notwendige Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie

Auswertungen der Unglücksfälle machen deutlich, wie existentiell ein Zusammenwirken von Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie in der Unterstützung von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern ist. Wie entwickelt sich diese Zusammenarbeit? Das Rauhe Haus betreute in seinen Bereichen Sozialpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe seit langem psychisch kranke Eltern und ihre Kinder – jedoch fast ausschließlich aus dem Blickwinkel des jeweiligen Arbeitsbereiches: In der Sozialpsychiatrie bezog man sich auf die erkrankten Erwachsenen. Die Elternschaft wurde in der Regel ausgeklammert mit der Folge, dass die Kinder keine bzw. zufällige Unterstützung erhielten - oder nicht mit den Eltern leben konnten.

In der Jugendhilfe, deren Ansatz zwar systemisch war und die Not der Eltern sah, entstanden aufgrund mangelnder spezifischer Kenntnisse über psychische Erkrankungen, ihre Auswirkungen und Interventionsmöglichkeiten nicht selten Allmachtsfantasien oder aber Hilflosigkeit und Resignation. Notwendig erschien es also, eine konkrete Zusammenarbeit von Sozialpsychiatrie und Jugendhilfe zu entwickeln. In einem Arbeitskreis mit Fachkräften der jeweiligen Bereiche wurden die Hilfebedarfe der Familien und die jeweils notwendigen Kompetenzen und Arbeitsweisen zusammengetragen. Daraus entstand das Gerüst für das interdisziplinäre Konzept. Auch die Abstimmung bestehender Konzepte auf die gemeinsame Unterstützung der Familien hin wurde notwendig.

Es folgten gemeinsame Fortbildungen und die institutionelle Verankerung der Zusammenarbeit in diesem Themenbereich auf der strukturellen wie auf der konkreten Ebene.

2. Belastungen der Kinder und Eltern sollen durch Schutzfaktoren aufgewogen werden

Eltern mit psychischen Erkrankungen können liebevolle Eltern sein und Kindern die für ihre Entwicklung notwendige Bindung ermöglichen. Oft gelingt dies aber nur durch zuverlässige Netzwerke und professionelle Hilfe. Gelingt diese Unterstützung, werden Kinder und Eltern vor einem Trennungstrauma bewahrt. Ohne Unterstützung sind Kinder in diesen hochbelasteten Lebenslagen vor zum Teil unlösbare Aufgaben gestellt. Sie können ihre grundlegenden Bedürfnisse nach Versorgung, Wärme und Wertschätzung nur mit Hindernissen realisieren und müssen nicht selten schon im Kleinkindalter Elternaufgaben übernehmen.

Aufgrund der Beeinträchtigungen und hinzukommenden oder daraus resultierenden psychosozialen Faktoren wie eheliche Konflikte, Trennung, und Armutslagen ist der Alltag in diesen Familien von Überforderung, Überlastung und

Isolation geprägt. Auch die Eltern haben Mühe, ihre Bedürfnisse zu realisieren, den Alltag zu bewältigen.

Ob es in diesen prekären Situationen mit lang anhaltender Überforderung noch gelingen kann, den Kindern in ihren Herkunftsfamilien Bedingungen für gute Entwicklungschancen zu ermöglichen und ihren Rechten und Bedürfnissen gerecht zu werden, gilt es in enger Zusammenarbeit mit den Jugendämtern in jedem Einzelfall zu prüfen. Für das Konzept wurde ein Assessment zur Ressourcenerfassung und Risikoabschätzung entwickelt.

Handlungsleitend im Konzept ‚Hilfen nach Maß' ist ene Ressourcenorientierung und die Theorien und Forschungen zur Resilienz und Kohärenz. Wichtig ist eine relative Widerstandskraft gegenüber belastenden, widrigen und widersprüchlichen Lebenserfahrungen zu entwickeln. Aus den Schutzfaktoren in Bezug auf die Kinder und die erwachsenen Eltern ergeben sich Aufgaben für die konkrete Unterstützung und ein mögliches Unterstützungssetting: Wie können Bindungen gestärkt, kognitive Fähigkeiten gefördert, Selbstwert und Selbstwirksamkeit entwickelt, stützende Strukturen aufgebaut, außerfamiliäre Kontakte und Aktivitäten unterstützt und vermeidbare Belastungen verhindert werden?

3. Der individuelle Zuschnitt der Hilfen ermöglicht Compliance und Zugänge

Voraussetzung für gelingende Unterstützung ist die Kompetenz und Bereitschaft der Eltern, dieses Konzept im Rahmen ihrer Zuständigkeit und Mitwirkung umzusetzen. Die Notwendigkeit früh- bzw. rechtzeitig Unterstützung anzunehmen ist für die Eltern mit psychischen Erkrankungen oft mit Scham und Angst besetzt. Es gilt, Zugänge und Akzeptanz für Unterstützung aufzuzeigen. Durch die Breite aller durch unterschiedliche Kostenträger vorgehaltenen Hilfen, auf denen dieses Konzept basiert, können hier Ansätze gefunden werden. Meist ist es notwendig in einem Balanceakt zwischen Autonomie und Kontrolle die Mitarbeit der Eltern zu erlangen, wie abschließende Beispiele verdeutlichen.

Eine psychisch kranke Mutter eines 2 1/2jährigen Kindes vertraut einer Beraterin in einem Netzwerk Früher Hilfen ihre Sorge an, nicht mehr für die Unversehrtheit ihrer Tochter garantieren zu können. Aufgrund der drohenden Kindeswohlgefährdung wird das Jugendamt umgehend aktiv und droht mit Entzug der elterlichen Sorge, wenn nicht medizinische und sozialpädagogische Hilfe, ein Kita-Platz in Anspruch genommen wird und der Vater und die Großmutter die Betreuung des Kindes zu Hause mit abdecken. Die Einsicht der Mutter in ihre Erkrankung war begrenzt. Der Zugang erfolgte über die Auflagen des Jugendamtes, also Druck. Eine Zusammenarbeit mit der Familie jedoch und damit eine Vermeidung der Trennung wurde erst möglich durch Vertrauensaufbau und einer qualifizierten Beratung durch Fachpersonal der Sozialpsychiatrie im Hintergrund. Zugleich wurden die Familienmitglieder gestärkt und unterstützt.

In einer anderen Familie war der Anknüpfungspunkt der Wunsch der Eltern, dem Kleinkind spezifische entwicklungsfördernde Hilfen zu ermöglichen. Dies eröffnete eine aktive Mitarbeit in einem notwendigen engen Betreuungssetting in Betreutem Wohnen mit heilpädagogischen Leistungen. ●

Impressum

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe

Diakonie

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Postfach 330220, 14172 Berlin,
Email: kerbe@beb-ev.de, Internet: www.kerbe.info

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart;
Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Karsten Groth, Hamburg; Andreas Knuf, Konstanz;
Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Margret Osterfeld, Dortmund;
Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Dr. Katharina Ratzke, Berlin;
Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Dr. Michael Swiridoff, Altenburg,
Cornelie Class-Hähnel (Redaktionsassistenz), Stuttgart

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

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

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd,
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Tel. (0711) 60100-41, Fax -76.
Email: kerbe@anzeigengemeinschaft.de. Internet: www.anzeigengemeinschaft.de.
Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 24 vom 1. Januar 2007

Druck:
J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart

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

Zuständigkeitsreform bei wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderungen

Reflexionen zur Situation in Nordrhein-Westfalen

Von Johannes Schädler

Abstract

Reflektiert werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Zuständigkeitsveränderung im Bereich der Eingliederungshilfe für wohnbezogene Hilfen für behinderte Menschen in Nordrhein-Westfalen. Mit der Zusammenführung der Zuständigkeit für ambulante und stationäre Leistungen auf die überörtliche Ebene sollten durch bessere Steuerungsmöglichkeiten wichtige Reformziele wie der Ausbau individueller und ambulanter Hilfeformen, die Förderung von Selbstbestimmung und wirksamere Kostensteuerung erreicht werden. Diesbezüglich werden ausgewählte Ergebnisse des Evaluationsberichts vorgestellt. Abschließend wird eine Einordnung der Ergebnisse in mögliche behindertenpolitische Perspektiven vorgenommen. Dabei wird betont, dass eine ‚inklusive Reformorientierung' unabhängig von der gegebenen Zuständigkeitsregelung im Bereich der Eingliederungshilfe auf Lernprozesse im örtlichen Gemeinwesen setzen sollte. Dafür bieten sich neue Formen der örtlichen Teilhabeplanung an.

Johannes Schädler, Dr. phil. (Jg. 1956): Geschäftsführer des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen, Forschung und Lehre.

Die konzeptionelle Kritik an der Hilfe für Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen und das rapide Anwachsen der Kosten von Leistungen der Eingliederungshilfe hat in allen Bundesländern zunehmend politischen Druck erzeugt und Reformaktivitäten ausgelöst (Deutscher Verein 2003, Schädler u.a. 2004). Diese Reformaktivitäten beziehen sich neben dem Bereich der Werkstätten für behinderte Menschen überwiegend auf den Bereich der wohnbezogenen Leistungen, da diese Leistungen den größten Teil der Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII ausmachen. Nicht zuletzt aufgrund fehlender Evaluationstraditionen in diesem Bereich der Sozialpolitik bzw. der Sozialen Arbeit wurden die vorgenommenen Veränderungen nicht wissenschaftlich evaluiert, und es liegen bedauerlicherweise bisher keine systematisch erhobenen Daten zu entsprechenden Erfahrungen und Wirkungen dieser Prozesse vor. Das einzige Bundesland, in dem strukturelle Reformaktivitäten in den vergangenen Jahren wissenschaftlich begleitet wurden, ist Nordrhein-Westfalen. In Nordrhein-Westfalen sind die Aufgaben der überörtlichen Sozialhilfeträger nach § 97 SGB XII traditionell den Landschaftsverbänden Rheinland (LVR) und Westfalen-Lippe (LWL) zugeordnet, die diese als Höhere Kommunalverbände wahrnehmen. Nach kontroverser Diskussion wurde 2003 beschlossen, die Zuständigkeit für ambulante und stationäre Leistungen zum selbständigen Wohnen für Menschen mit Behinderungen auf der überörtlichen Ebene befristet bis zum 30. Juni 2010 zusammenzuführen. Durch die einheitliche Zuständigkeit für ambulante und stationäre Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach §53ff. SGB XII sollte die Steuerbarkeit des Leistungssystem erhöht werden.

Die Neuregelung sollte im Wesentlichen dazu dienen, den bedarfsgerechten Ausbau ambulanter Hilfen zu verbessern sowie flächendeckend eine verlässliche Infrastruktur aus ambulanten Diensten zur Verfügung zu stellen, die flexible Hilfen für behinderte Menschen im Alltag ermöglichen. Zudem sollte damit die soziale Integration und selbstbestimmtes Leben in der Heimatgemeinde ermöglicht werden. Des Weiteren sollte dem Anstieg der Fälle und der Kosten im stationären Bereich entgegengewirkt werden, um eine finanzielle Entlastung herbeizuführen Begründung (vgl. Gesetzesbegründung zum AV-BSHG NRW vom 20.06.2003 (später AV-SGB XII NRW)).

Um eine fachliche Grundlage, für den weiteren politischen Entscheidungsprozess über eine dauerhafte Zuständigkeitsregelung zu schaffen, wurde das Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen 2003 mit der wissenschaftlichen Begleitung eines fünfjährigen Umsetzungsprozesses beauftragt. Im September 2008 wurde der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung veröffentlicht (Schädler /Rohrmann u.a. /MAGS NRW 2008). Im zeitlichen Zusammenhang damit wurde von der Landesregierung angekündigt, dass die überörtliche Zuständigkeit auf dem Verordnungswege bis 2013 verlängert werden soll (vgl. Pressemitteilung MAGS vom 24.09.2008).

Im Folgenden soll auf ausgewählte Ergebnisse der Begleitforschung eingegangen werden. Zur ausführlicheren Befassung damit sowie bezüglich weitergehender Literaturangaben wird auf den o.g. offiziellen Abschlussbericht sowie auf die Web-Seite des Projekts verwiesen (www.ih-nrw-uni-siegen.de) verwiesen.

Implementation und Wirkungen neuer Steuerungsinstrumente

Mit der Vereinheitlichung der Zuständigkeit für ambulante und stationäre Leistungen zum Wohnen wurde den Landschaftsverbänden die Möglichkeiten gegeben, das Leistungsgeschehen wirksamer zu steuern. Die in diesem Zusammenhang eingesetzten Steuerungsinstrumente können unterschieden werden im Hinblick auf Einzelfallsteuerung, auf Ansätze zur Steuerung des Leistungsgeschehens sowie auf Ansätze zur örtlichen Angebotsplanung.

1.1. Instrumente zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung

Beide Landschaftsverbände haben im Zuge der Zuständigkeitsverlagerung unterschiedliche Verfahren der Individuellen Hilfeplanung entwickelt und in allen Kreisen und kreisfreien Städten ihrer Landesteile erfolgreich eingeführt. In beiden Instrumenten sind Elemente zur Ermittlung des Hilfebedarfes und zur Aushandlung der Hilfen (Hilfeplankonferenz bzw. Clearingsitzung) enthalten. Beide Verfahren sehen den Einbezug der Leistungsberechtigten, von Vertreter/inne/n stationärer und ambulanter wohnbezogener Hilfen sowie der Kommunen vor. Die Federführung liegt bei den ‚Hilfeplaner/innen (LWL) bzw. ‚Fallmanager/innen (LVR) der überörtlichen Sozialhilfeträger. In der begleitenden Evaluation wurde deutlich, dass mit den Verfahren ein höheres Maß an Personenzentrierung erreicht werden konnten, es ergaben sich aber eine Reihe von Problemanzeigen, die auf weiteren Optimierungsbedarf hinweisen: Die eingeführten Instrumente tragen zwar zu einer stärker personenzentrierten Planung der individuellen Hilfen bei, es findet in beiden Hilfeplanverfahren jedoch eine Engführung auf professionelle, wohnbezogene Hilfen statt. Damit wird nur ein kleiner Ausschnitt der Lebenssituation und des Unterstützungsbedarfes der Betroffenen in den Blick genommen. Auch Leistungen anderer Rehabilitationsträger und die Möglichkeiten eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX können in den Verfahren nur bedingt geprüft und erörtert werden. Der Einfluss der Anbieterseite in den Hilfeplanverfahren ist aus verschiedenen Gründen als hoch einzuschätzen, so dass überwiegend von ‚anbieterkontrollierten Antragsverfahren‘ gesprochen werden kann. Die Steuerungswirkung der Hilfeplanverfahren beschränkt sich noch weitgehend auf die Personengruppe der Antragsteller/innen, die erstmalig professionelle Hilfen in Anspruch nehmen möchten.

1.2 Angebotsstrukturen

Die Verfügbarkeit von Diensten für Ambulant Betreutes Wohnen hat sich im Laufe des Berichtszeitraums deutlich verbessert. Festzustellen ist, dass im Rheinland eine deutlichere Öffnung und Ausweitung des Anbietermarktes als in Westfalen-Lippe erfolgt ist. Die Zahlen zeigen aber auch, dass strukturelle Veränderungen des Hilfesystems hinsichtlich eines Umbaus stationärer Kapazitäten zugunsten ambulanter Unterstützung bisher nur in Anfängen wahrzunehmen sind. Die Ausweitung der ambulanten Hilfen bezieht sich in erster Linie auf Personen, die erstmals wohnbezogene Eingliederungshilfen beantragen. Auch werden frei werdende Plätze in stationären Einrichtungen oder der Umbau von Einrichtungen nur sehr vereinzelt zum Abbau von Platzkapazitäten genutzt, d.h. in der Regel neu ‚belegt‘.

1.3 Steuerung der Angebotsentwicklung

Die Zusammenführung der Zuständigkeiten sollte den Landschaftsverbänden auch verbesserte Möglichkeiten eröffnen, die Entwicklung der Angebote stärker auf ambulante Hilfen hin umzusteuern. In diesem Zusammenhang setzten beide Landschaftsverbände zunächst stark auf marktförmige Steuerungsinstrumente wie z.B. Ausschreibungsverfahren im LWL-Bereich oder offene Zulassungsverfahren für freigemeinützige und private Anbieter beim LVR. Dies hat erhebliche Widerstände bei den Trägerverbänden der Freien Wohlfahrtspflege mobilisiert. Der Abschluss der Rahmenzielvereinbarung ‚Zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter finanziellen und fachlichen Aspekten‘ in 2006 (Rahmenzielvereinbarung 2006) lässt sich als Antwort auf Widerstände der Freien Wohlfahrtspflege gegenüber diesen Ansätzen verstehen. Mit dieser Vereinbarung, die begrenzte Abbauziele im stationären Bereich mit mittelfristigen Finanzierungsgarantien verband, wurde auf etablierte Kooperationsmechanismen zwischen Leistungserbringern und Landschaftsverbänden zurückgegriffen. Diese Rahmenzielvereinbarung, die im September 2008 fortgeschrieben wurde, hat wohl mit dazu beigetragen, dass in Nordrhein-Westfalen der weitere Anstieg der Leistungsempfänger im stationären Bereich angehalten und mittlerweile zumindest ein leichter Abbau in beiden Landesteilen zu verzeichnen ist. Zu den Instrumenten, die von Seiten der Landschaftsverbände zur örtlichen Angebotsplanung eingesetzt wurden, lässt sich feststellen, dass diese bislang nur schwach institutionalisiert werden konnten und es an Verbindlichkeit fehlt. Zu nennen sind hier die sogenannten Regionalkonferenzen, zu denen von den Landschaftsverbänden alle Träger einer Region eingeladen werden, sowie mit den Kreisen und kreisfreien Städten abgeschlossene Zielvereinbarungen, die gemeinsame Kooperationsziele und –aufgaben festschreiben sollen. Die darin vorgenommenen Zielvorgaben sind in der Regel deutungsoffen formuliert. Auch ist die Verknüpfung von Individueller Hilfeplanung und örtlicher Angebotsplanung nur in Ansätzen gelöst, da eine systematische Rückmeldung für die örtliche Planung von Angeboten kaum stattfindet bzw. nicht institutionell bearbeitbar ist.

Als innovativer Impuls für die Steuerung der Angebotsentwicklung kann die flächendeckende Einführung der Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangebote (KoKoBe) im Rheinland bezeichnet werden. Insbesondere deren eher trägerneutrale Konzeption sowie ihre Gemeinwesenorientierung bilden wichtige Anknüpfungspunkte für die zukünftige Ausrichtung sowohl der Individuellen Teilhabeplanung als auch der Örtlichen Teilhabeplanung.

1.4 Aspekte der Finanzierung

Die Finanzierungsformen in der Eingliederungshilfe für wohnbezogene Hilfen für Menschen mit Behinderungen sind in Nordrhein-Westfalen wie auch in den anderen Bundesländern traditionell durch die Leistungsformen ‚stationär' und ‚ambulant' strukturiert. Während im stationären Bereich Veränderungen im Finanzierungssystem nur begrenzt möglich waren, ist es mit der Einführung der ‚Fachleistungsstunde' beiden Landschaftsverbänden gelungen, für die ambulanten Leistungen landesweit eine neue, individualisierte Finanzierungsform zu implementieren. Das Finanzierungsinstrument der Fachleistungsstunde ist insofern kompatibel mit der Individuellen Hilfeplanung als sie der Ermittlung von Hilfebedarfen in Kategorien von Zeit folgt. Zu prüfen ist allerdings, wie dieses Instrument im Sinne von differenzierten Leistungsstunden bzw. anderer Formen personenbezogener Finanzierung weiter entwickelt werden kann, um eine erhöhte Passgenauigkeit von Anforderung und Leistung herzustellen.

2. Gesamtentwicklung von Leistungsformen, Fallzahlen und Kosten

Die Anzahl der Empfänger/innen von Leistungen zum Wohnen in Nordrhein-Westfalen hat sich im Berichtszeitraum von 56.834 (2004) auf 69.187 (2007) erhöht. Zum 31.12.2007 nahmen in Nordrhein-Westfalen insgesamt 26.408 behinderte Erwachsene ambulante Leistungen zum Wohnen in Anspruch gegenüber 15.290 Ende 2004. Stationäre Leistungen zum Wohnen wurden Ende 2007 von insgesamt 42.779 erwachsenen Menschen mit Behinderungen in Anspruch genommen gegenüber 41.544 am 31.12.2004. Deutlich wird, dass die Fallzahlen im ambulanten Bereich somit sehr stark anstiegen, die Zuwachsraten im stationären Bereich geringer geworden sind bzw. von einem Stagnieren ausgegangen werden kann. Gesprochen werden kann also von einem ‚additiven Veränderungsmuster', das keinen strukturellen Umbau der Angebotslandschaft beinhaltet. Zentral für das Verständnis dieser Daten ist es, eine Differenzierung nach Zielgruppen vorzunehmen. In den Zielgruppen ‚Menschen mit seelischer Behinderung' und ‚Menschen mit Suchterkrankungen' konnte im Verlauf der ‚Hochzonung' das prozentuale Verhältnis zwischen ambulanten und stationären Hilfen zugunsten der ambulanten Hilfen umgekehrt werden. Im Hilfebereich ‚Menschen mit geistiger Behinderung' ist weiterhin der Anteil von stationär unterstützten Leistungsempfänger/innen am deutlichsten ausgeprägt. Gravierender als die Unterschiede zwischen den beiden Landesteilen fallen Ungleichheiten bezüglich des Anteils ambulanter Hilfen zwischen einzelnen Gebietskörperschaften auf. Im bundesweiten Vergleich zeigt sich, dass es in Nordrhein-Westfalen eine im Ganzen eher über dem bundesdeutschen Durchschnitt liegende Nutzungsdichte wohnbezogener Eingliederungshilfe pro 1.000 Einwohner/innen gibt.

2.1 Ambulante Leistungen

Die Anzahl der Leistungsempfänger/innen im Ambulant Betreuten Wohnen ist von Mitte 2003 bis zum 31.12.2007 landesweit um 11.118 Personen, d.h. um etwa 73% angestiegen. Dabei gab es in beiden Landesteilen erhebliche Zuwächse, die jedoch im Rheinland deutlicher ausfallen. In beiden Landschaftsverbände haben die Leistungen für Menschen mit seelischer Behinderung im Vergleich zur Gruppe der geistig behinderten Menschen am deutlichsten zugenommen, während die Zuwächse im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung schwach ausfielen. Dies muss vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass die intendierte Umsteuerung hin zu ambulanten Diensten insbesondere auf die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung zielte, da hier ein hoher Handlungsdruck zur Überwindung der Logik stationärer Versorgung vorhanden ist.

2.2 Stationäre Leistungen

Der Bereich der stationären Hilfen ist im Berichtszeitraum um etwa 3% auf insgesamt 42.779 Leistungsempfänger/innen gewachsen. Dabei sind in den beiden Landesteilen unterschiedliche Zuwachsraten erkennbar. So ergibt sich vom 31.12.2004 bis zum 31.12.2007 für Leistungsempfänger/innen aus dem Rheinland eine prozentuale Steigerung um ca. 1%, für Menschen mit Behinderung aus Westfalen-Lippe hingegen um ca. 5%. Seit dem 31.12.2005 lässt sich für das Rheinland jährlich ein geringer Rückgang der Anzahl stationär betreuter Leistungsempfänger/innen feststellen. Im Bereich des LWL ist ab Ende 2005 eine Verminderung des Anstiegs zu beobachten. Der leichte Rückgang der Anzahl von stationär betreuten Personen im Bereich des LVR macht sich zwischen 2006 und 2007 erstmals auch landesweit bemerkbar. Die dargestellte Entwicklung setzt damit einen Trend fort, der bereits Ende der neunziger Jahre begonnen hat und mit einem Rückgang der – allerdings insgesamt deutlichen – Zuwachsraten im stationären Sektor einherging. In beiden Landesteilen weisen 65% der Bewohner/innen von stationären Einrichtungen eine ‚geistige Behinderung' auf. Der größte prozentuale Anteil des Gesamtzuwachses bezieht sich ebenfalls auf diesen Personenkreis. Deutlich wird, dass vor allem im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung weiterhin die Notwendigkeit zur Überwindung stationärer Unterstützungsstrukturen besteht.

3. Die Zielerreichung in der Einschätzung der relevanten Akteure

Im Ergebnis einer landesweiten Befragung nach über vierjähriger Erfahrung erfährt die ‚Hochzonung' in NRW eine relativ hohe Akzeptanz bei den meisten Akteuren des Feldes. Die befragten Leistungsanbieter und Vertreter der Verwaltungen äußern sich überwiegend zustimmend zu den mit der Zusammenführung der Zuständigkeiten und ihrer Verlagerung auf die überörtliche Ebene verbundenen Zielen, und es wird eine positive Einschätzung des Umsetzungsstandes deutlich. Die Mehrheit der Akteure ist der Auffassung, dass das stationäre Angebot nicht weiter ausgebaut werden muss. Als eine zentrale Herausforderung wird gesehen,

durch entsprechende Rahmenbedingungen auch Personen mit einem höheren Unterstützungsbedarf den Zugang zu ambulanten wohnbezogenen Hilfen zu ermöglichen. Ein erheblicher Teil der Leistungsanbieter teilt diese Einschätzung jedoch nicht und verfolgt nach wie vor Planungen zur Schaffung weiterer stationärer Plätze.

4. Zusammenfassende Bewertungen und Perspektiven

Betrachtet man die Entwicklungen in NRW vor dem Hintergrund der Ausgangssituation und der Zielsetzungen der Landesverordnung in 2003, so kann gesagt werden, dass die von der Landesregierung getroffene Entscheidung zur Zusammenführung der Zuständigkeiten ‚in eine Hand' nachvollziehbar ist und sich auch als entwicklungsfördernd erwiesen hat. Aus den Ergebnissen der Begleitforschung lässt sich die Richtigkeit dieser Entscheidung für die politische Frage der Verortung der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe aber nicht gleichsam wissenschaftlich objektiv ‚untermauern', da die Kommunalisierungsoption weder in NRW noch in anderen Bundesländern vergleichbar untersucht wurden.

Zu betonen ist, dass die für die ‚Hochzonung' vorgegebenen Ziele in Teilen zwar erreicht werden konnten, zentrale Modernisierungsaufgaben in der Behindertenpolitik aber nach wie vor anstehen. Um diese Aufgaben angemessen angehen zu können, wäre perspektivisch eine Reformstrategie zu entwickeln, die über eine Neuregelung des Leistungsgeschehens hinausgeht. Anknüpfungspunkte bietet das Innovationspotential des Sozialgesetzbuch IX mit seinen Leitideen der Teilhabe, Selbstbestimmung und Leistungskoordination. Unter Bezug auf vorfindbare Entwicklungen im Hilfesystem wurden daher von der Siegener Forschungsgruppe drei verschiedene Szenarien für eine künftige behindertenpolitische Strategie erarbeitet. Das Szenario der „Ambulantierung" setzt auf Ausbau ambulanter Hilfen und Kontinuität des stationären Bereich, „Sektorale Reform" bezeichnet Ansätze zur Überwindung der Trennung von ambulant und stationär im Sinne der Angleichung stationärer an ambulante Hilfeformen; das Szenario des „Inklusiven Gemeinwesens" geht hingegen vom Gesamtgeschehen im Gemeinwesen aus und verlangt Barrierefreiheit, institutionelle Zugänglichkeit, Offene Hilfen und neue Professionalität. Die Szenarien, die hier nicht näher dargestellt werden können, unterscheiden sich somit in ihrer konzeptionellen Reichweite und in dem zu bewältigenden Reformaufwand. In der Abwägung wird deutlich, dass insbesondere das dritte Szenarios des ‚Inklusiven Gemeinwesens' das größte Innovationspotential in sich hat und die Qualität eines Paradigmenwechsels trägt. (vgl. hierzu: Schädler/Rohrmann u.a. 2008: 324ff.).

Sieht man die Ergebnisse des Evaluationsprojekts mit etwas Abstand, dann wird deutlich, dass eine nachhaltige Reform der Behindertenhilfe im Bereich der wohnbezogenen Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII wohl nicht primär an bestimmte Zuständigkeitsregelungen geknüpft ist. Sowohl bei überörtlicher Zuständigkeitsregelung als auch durch eine Verlagerung auf die örtliche Ebene sind weitere Entwicklungs- und Lernprozesse erforderlich. Aufgrund gegebener Traditionen sind Reformstrategien bei Beibehaltung der überörtlichen Zuständigkeit zu verbinden mit einer weiteren Dezentralisierung und einer Intensivierung der Aktivitäten zur individuellen und örtlichen Planung. Bei einer Verlagerung auf die örtliche Ebene sind erhebliche Anstrengungen zur Neuorganisation und zur Entwicklung von Fachlichkeit bei der individuellen und der örtlichen Teilhabeplanung notwendig. In welchem Maße dies zu geschehen hat, ist wesentlich abhängig davon, welche Ziele und Wege verfolgt werden sollen. Zu beachten wird dabei sein, dass der Fokus auf die Eingliederungshilfe nach SGB XII eine Engführung beinhaltet und ein Teilhabekonzept darüber hinausgeht.

Geht man davon aus, dass die gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen und ihrer Angehörigen ein Anliegen von ‚öffentlichem Interesse' ist, dann ist es in jedem Fall erforderlich, dort Lernprozesse zu initiieren und zu fördern, wo Teilhaberechte von Menschen mit Behinderungen in alltägliches Handeln umgesetzt werden, d.h. in den Sozialräumen vor Ort. Einen Ansatz hierfür bieten die neuen Formen der örtlichen Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderung. Örtliche Teilhabeplanung steht dabei für einen planerischen Prozess, in dem sich unter politischer Federführung der Kommunen die örtlich relevanten Akteure auf den Weg machen, die Zielsetzungen eines inklusiven Gemeinwesens unter den Bedingungen ihrer spezifischen Örtlichkeit zu realisieren. Die Herausforderung liegt darin, diese Prozesse im Sinne einer breiteren Strategie durch normative Vorgaben und strukturelle bzw. materielle Anreize so zu unterstützen, dass wirkliche Inklusionsentwicklungen auch insgesamt tatsächlich stattfinden (Rohrmann 2009, Rohrmann/Schädler 2009).

Literatur

Deutscher Verein (2003): Entwicklung der Sozialhilfeausgaben für Hilfen für Menschen mit Behinderungen – Der Bundesgesetzgeber muss tätig werden! In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV) 83. 2003. 121-125

MAGS – NRW Pressemitteilung vom 24.09.2008, http://www.mags.nrw.de/06_Service/001_Presse/001_Pressemitteilungen/pm2008/080924/index.html, Abruf vom 12.11.08

Rohrmann, Albrecht (2009): Ansätze örtlicher Teilhabeplanung, in: Teilhabe, 1/2009 i.E.

Schädler, Johannes / Rohrmann, Albrecht / Schwarte, Norbert (2006): Situation und Zukunft der Eingliederungshilfe - nicht nur ein finanzielles Problem. In: Sozialmagazin, Jg. 31, Heft 3, März 2006

Schädler, Johannes; Rohrmann, Albrecht, Aselmeier, Laurenz, Grebe Katharina, Stamm, Christof, Weinbach, Hanna, Wissel, Timo (2008): Selbständiges Wohnen behinderter Menschen. Individuelle Hilfen aus einer Hand. Abschlussbericht. Online verfügbar unter http://www2.uni-siegen.de/~zpe/ih-nrw/Dokumente/IH%20NRW%20Abschlussbericht%202008.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2009.

Schädler/Rohrmann (2009): Szenarien zur Modernisierung in der Behindertenhilfe, in: Teilhabe, 2/2009 i.E.

Mit der Diagnose „chronisch psychisch krank" ins Pflegeheim?

Von Rubina Vock

Abstract

Der folgende Artikel beschreibt in konzentrierter Form die Ergebnisse eines Forschungsprojekts über die Unterbringung psychisch kranker Menschen in Heimen. Circa die Hälfte der in Berliner Heimen wohnenden psychisch kranken Menschen leben in großen Versorgungseinrichtungen und müssen sich ein Zimmer mit einem anderen Menschen teilen. Es konnten keine operationalisierten Kriterien für die Unterbringung dieser Menschen in Heimen identifiziert werden. Neben individuellen Merkmalen der Menschen bestimmen strukturelle Faktoren diese Entscheidung mit. Dabei findet eine Steuerung zur Überprüfung der Angemessenheit der anvisierten Betreuungsform nicht statt.

1. Einführung

In der psychiatrischen Versorgung gilt die Maxime ambulant vor stationär. Berlin ist bekannt für sein sehr gut ausgebautes ambulantes Betreuungssystem, auf psychiatrische Heime der Eingliederungshilfe wird weitgehend verzichtet. Können also alle psychisch kranken Menschen in Berlin in ambulanten Einrichtungen oder in ihrer eigenen Wohnung betreut werden?

Eine Erhebung des Berliner Senats in Pflegeheimen ergab, dass dort zum Stichtag (1999) rund 6.700 psychisch kranke Menschen lebten, wobei die Diagnosekategorien sehr unspezifisch waren und Doppeldiagnosen nicht ausgeschlossen wurden (Gerontopsychiatrische Fachplanung, 2001). Über die Unterbringungsprozesse psychisch kranker Menschen in Pflegeheime war wenig bekannt. Wie und aus welchen Gründen werden psychisch kranke Menschen in Heime vermittelt und ist die Betreuung in einem Heim für diese Menschen wirklich die adäquate Betreuungsform?

Diese Fragen standen im Fokus der hier beschriebenen Studie, die die Steuerungsprozesse und die Unterbringungsqualität in einem Zeitraum von über eineinhalb Jahren (2004 – 2005) in Berlin untersuchte (Vock, Zaumseil, Zimmermann & Manderla[1]). Neben einer Fragebogenerhebung zur Erfassung einrichtungs- und bewohnerbezogener Daten wurden die verschiedenen Perspektiven der unterschiedlichen an den Steuerungs-, Vermittlungs- und Betreuungsprozessen beteiligten Stakeholder (z.B. aus Sozialpsychiatrischen Diensten, Sozialdiensten psychiatrischer Kliniken sowie Heimen) mit qualitativen Interviews erhoben. Zudem war die Sicht der in den Heimen lebenden Menschen auf ihre Lebenswelt und auf die Wege und Umstände, die ins Heim führten, eine zentrale Perspektive dieses Forschungsvorhabens.

2. Lebenswelt „Heim" – einige strukturelle Merkmale

Von den 272 angeschriebenen (Pflege-)Heimen haben 71 den Fragebogen beantwortet, davon 49 Seniorenpflegeheime, 17 psychiatrisch spezialisierte Pflegeheime bzw. Pflegeheime mit psychiatrisch spezialisierten Bereichen und 5 sonstige Heime. Von den 6.596 zur Verfügung stehenden Plätzen waren 6.155 belegt, was einer Auslastung von durchschnittlich 93% entspricht, wobei die Auslastung in den psychiatrisch spezialisierten Heimen oder solchen mit entsprechenden Bereichen mit 98% am höchsten war.

Fast zwei Drittel der in Berliner Heimen wohnenden Menschen leben in großen Einrichtungen mit über 90 Plätzen, dies bedeutet, dass mehr als die Hälfte der Menschen in sogenannten großen Versorgungskästen leben und die Forderung nach kleineren Heimen als Standard für die Versorgung von (psychisch kranken) Menschen (Heimler, 2001) bis heute kaum realisiert wurde. Ebenso wenig selbstverständlich ist für im Heim lebende Menschen ein eigenes Zimmer und damit ein Mindestmaß an Privatsphäre. Fast die Hälfte (46%) teilt sich ein Zimmer mit mindestens einem anderen Menschen, verfügt also nicht über einen Raum des Rückzugs und der Ungestörtheit. Bereits die Größe der Einrichtung wie auch die Belegung der Zimmer verhindern die Umsetzung des Normalisierungsprinzips, nach dem Menschen mit einer geistigen, psychischen oder anderen Beeinträchtigung in Lebenswelten, die ihren alltäglichen und kulturellen Lebensumständen so nahe wie möglich kommen, betreut werden sollen (Gromann, 2004).

Bei gut 13% (N=813) der Bewohnerinnen und Bewohner in den untersuchten Einrichtungen steht eine psychische Erkrankung im Vordergrund (ohne dementielle Erkrankungen und Suchterkrankungen), wobei annähernd gleich viele psychisch kranke Menschen in den verschiedenen Heimtypen leben. Ausgehend von diesem Ergebnis kann geschätzt werden, dass insgesamt in Berliner Heimen ca. 3.500 psychisch kranke Menschen leben. Die noch höhere Zahl von Menschen, bei denen der Aufnahmegrund die im Vordergrund stehende psychiatrische Erkrankung war, zeigt, dass nicht eine erhöhte körperliche Pflegebedürftigkeit bspw. aufgrund des zunehmenden Alters den Grund für die Versorgung in einem Heim darstellt. Dies spiegelt sich auch in der Altersverteilung der psychisch kranken Bewohnerinnen und Bewohner vor allem in

Rubina Vock
Geb. 1961
Studium der Psychologie
Freie Universität Berlin, Center für Digitale Systeme: Projektkoordinatorin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des DFG-Projektes Wissenschaftspolitische Vernetzung und Internationalisierung der Informationsplattform open-access.net; Mitarbeit an unterschiedlichen Projekten des Institutes INA gGmbH der FU Berlin.

psychiatrisch spezialisierten Pflegeheimen wieder: ein Viertel der dort lebenden Menschen ist 55 Jahre und jünger, die meisten dort lebenden Menschen sind zwischen 56 und 65 Jahren. Für die betroffenen Menschen bedeutet dies, dass unter Umständen das Heim noch 20 Jahre und länger ihr Lebensumfeld darstellt.

3. Der direkte Weg ins Pflegeheim

Alle Interviewten bezeichneten die psychisch kranken Menschen, die in einem Heim betreut werden oder bei denen die Betreuung in einem Heim angedacht wird, als die Schwierigsten, die Chroniker, die aufgrund ihrer äußerst problematischen Verhaltensweisen das ambulante System sprengen bzw. an seine Grenzen bringen würden. Dabei handle es sich in der Regel jedoch nur um Einzelfälle. Eine irrige Annahme in den Bezirken bestand darin, dass als Voraussetzung für die Aufnahme in ein Pflegeheim die Vergabe mindestens der Pflegestufe 1 angesehen wurde. Die Interviews in den Kliniken oder Heimen zeigten jedoch, dass in Pflegeheimen lebende psychisch kranke Menschen häufig keine Pflegestufe bzw. Pflegestufe 0 haben. Wie sehen nun aber die Wege aus, die bei der Unterbringung eines psychisch kranken Menschen in ein Pflegeheim gegangen werden und welches sind die Gründe und Einflussfaktoren, die diese Entscheidung mitbestimmen?

Der Weg ins Pflegeheim

Die Aufnahme in ein Pflegeheim erfolgt in der Regel aus einer psychiatrischen Klinik heraus. Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der dortigen Sozialdienste kennen einige (zum Teil psychiatrisch spezialisierte) Heime, die ihnen freie Plätze melden und in die sie im Bedarfsfall über den direkten Kontakt schnell und problemlos verlegen können. Hierfür reicht die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK), der in einem ärztlichen Gutachten (dem sogenannten HO-Antrag) häufig nach Aktenlage (d.h. sich verlassend auf die Beurteilung der Klinik) die stationäre Versorgung befürwortet. Eine weitere Beurteilung der Angemessenheit der anvisierten Betreuungsform, wie dies in Form von Hilfeplankonferenzen in der Eingliederungshilfe erfolgt, findet nicht statt. Problematisch ist, dass die Angemessenheit der Entscheidung in der Regel auch zukünftig nicht von einem fachlichen Gremium überprüft wird, der Aufenthalt in einem Heim somit unbegrenzt erfolgt. Schon allein durch die Verlegung in ein Pflegeheim ist der psychisch kranke Mensch quasi aus dem System der Eingliederungshilfe gefallen und – wie in den Interviews beschrieben – scheint es nur in Ausnahmefällen wieder einen Weg zurück zu geben.

Diese Abläufe bei der Verlegung in ein Pflegeheim werden von den Heimleiterinnen und Heimleitern bestätigt. Pflegeheime sind betriebswirtschaftliche Unternehmen, die die Belegung ihrer Plätze und damit die Finanzierung ihres Hauses sichern müssen: solange durch die entsprechende Empfehlung im HO-Antrag die Finanzierung abgesichert ist, werden die „angebotenen“ Menschen auch aufgenommen, selbst wenn in Augen der aufnehmenden Person andere Betreuungsformen (z.B. betreute ambulante Wohnformen) angemessener erscheinen. Mit Blick auf die Unbefristetheit der Aufnahme erscheint dies umso kritischer.

Gründe für die Unterbringung in einem Pflegeheim

Inwieweit von den Interviewten Heime für die Betreuung psychisch kranker Menschen überhaupt als adäquate Versorgungsform betrachtet werden – und damit auch die Einschätzung von Fehlplatzierungen psychisch kranker Menschen – differiert in den verschiedenen Berliner Bezirken. In einigen Bezirken herrscht die Meinung vor, man könne alle Menschen ambulant versorgen und es gäbe keine Heime in der Pflichtversorgung des Bezirks. Nicht thematisiert wird hier, dass Verlegungen in ein Heim, die an bezirklichen Gremien und damit der bezirklichen Zuständigkeit im Bereich der Eingliederungshilfe vorbeilaufen, trotzdem – und zwar auch aus der Klinik des eigenen Bezirkes – stattfinden. In anderen Bezirken wird die Aufnahme in ein Pflegeheim in Einzelfällen durchaus als angemessen beurteilt. Alle Beteiligten benennen für die Unterbringung psychisch kranker Menschen in Heimen die gleichen Gründe: die psychiatrische Pflegebedürftigkeit (Motivation sei nicht mehr ausreichend, Versorgung notwendig z.B. bei Verwahrlosung), die Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung (z.B. bei Fremd- und/oder Selbstgefährdung), die soziale Inkompetenz (mangelnde Absprachefähigkeit und Integrierbarkeit), das fehlende Rehabilitationspotential bzw. die Unveränderbarkeit des Zustands und der eigene Wunsch der Menschen. Als problematisch erachtete und das System sprengende Verhaltensweisen werden auf die Schwere der psychischen Erkrankung zurückgeführt und als den betreffenden Personen innewohnende Eigenschaften betrachtet.

Die Aufnahme in ein Pflegeheim erfolgt in der Regel aus einer psychiatrischen Klinik heraus. Hierfür reicht die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse aus, der in einem ärztlichen Gutachten häufig nach Aktenlage die Aufnahme befürwortet.

Den Entscheidungsprozess beeinflussende Faktoren

Neben diesen individuellen Merkmalen wird die Entscheidung für die Versorgungsform „Heim“ von strukturellen Faktoren beeinflusst. Die nachklinische Hilfeplanung und Suche nach einer geeigneten Betreuungsform findet häufig unter einem enormen zeitlichen Druck seitens des MDKs statt. In Kliniken erfolgt lediglich eine Akutbehandlung und die Menschen werden entlassen, ohne dass die Maßnahmen geprüft oder die Rehabilitationsziele annähernd erreicht werden konnten. Erschwerend kommt hinzu, dass viele ambulante Einrichtungen weder strukturell, konzeptionell noch organisatorisch auf die Betreuung dieser schwierigsten Menschen eingestellt sind, Hilfe im ambulanten Bereich häufig zu konzept- bzw. trägerorientiert statt personenorientiert ist und somit geeignete Plätze entweder kaum oder nicht zeitnah zur Verfügung stehen. Eine schnelle Hilfe in Akutsituationen wird im System der Eingliederungshilfe häufig auch durch die Langwierigkeit der Steuerungsprozesse behindert. So tagen bspw. Hilfeplankonferenzen oft nur alle vier Wochen und sind nicht flexibel einberufbar. Ein weiterer entscheidender

Die Entscheidung für die Versorgungsform „Heim“ wird auch von strukturellen Faktoren beeinflusst. Viele ambulante Einrichtungen sind weder strukturell, konzeptionell noch organisatorisch auf die Betreuung dieser schwierigsten Menschen eingestellt.

Faktor gerade in dem schmalen Zeitfenster der Hilfeplanung ist die von den Heimen ausgehende Sogwirkung, die eine schnelle und problemlose Aufnahme dieser schwierigsten Menschen verspricht.

4. Bilanz und Ausblick

In der vorliegenden Untersuchung konnten keine operationalisierten oder operationalisierbaren Kriterien für die Unterbringung psychisch kranker Menschen in Heimen identifiziert werden. Als Gründe für die Verlegung in ein Heim gelten häufig Verhaltensweisen, die auf die Schwere der Erkrankung zurückgeführt werden, gleichzeitig aber auch als Indikation für die Schwere der Erkrankung angesehen werden. Zudem wird die Suche nach einer geeigneten Betreuungsform sehr von strukturellen Faktoren beeinflusst. Die Zergliederung des psychiatrischen Betreuungssystems durch die (zum Teil konkurrierenden) Systeme Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung bei gleichzeitiger Überlappung der Systeme und unklaren Zuordnungskriterien und die mangelnde Kooperation der dortigen Akteure erschweren eine bedarfsgerechte Betreuung, die so häufig von Zufällen abhängig ist.

Die meisten Akteure sind nicht zufrieden mit dieser Situation, beklagen die Schwierigkeiten und Hemmnisse zur optimalen Betreuung bestimmter Klienten und wünschen sich eine Verbesserung der Steuerung und mehr Flexibilität der Systeme. Da die Akteure die beste Sicht auf die Bedingungen haben und die bezirklichen Versorgungsideologien recht unterschiedlich sind, empfiehlt sich eine Veränderung von unten aus den einzelnen Bezirken heraus, um auch die bezirklichen Besonderheiten nicht außer Acht zu lassen, sondern gezielt einbinden zu können. Durch die Kooperation und Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungssysteme (Eingliederungshilfe, Pflege, aber auch Wohnungslosenhilfe) könnten die benannten Mängel in der fachlichen, sachlichen und ökonomischen Steuerung behoben werden.

Ein solcher Veränderungsprozess sollte durch ein externes, also außerhalb der psychiatrischen Versorgungsstrukturen stehendes Begleitteam unterstützt werden. ●

Anmerkung

1) Das Forschungsprojekt „Bestandsaufnahme der Unterbringung chronisch psychisch kranker Menschen aus Berlin in Heimen – Steuerung und Betreuungsqualität", dessen Ergebnisse hier vorgestellt werde, wurde von der Freien Universität Berlin unter Leitung von Prof. Dr. Manfred Zaumseil und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen unter Leitung von Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann durchgeführt und zum größten Teil von dem Deutschen Hilfswerk finanziert.

Literatur

Gromann, Petra (2004), Normalisierung im Heim?! Möglichkeiten und Grenzen ambulanter und stationärer Versorgung, In: Soziale Psychiatrie 28, Heft 4.

Heimler, Joachim (2001), Gute Heime – schlechte Heime. Gegen die Logik der Institution, In: Soziale Psychiatrie 25, Heft 2.

Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen (2001), Gerontopsychiatrische Fachplanung Berlin – Teilbereich vollstationäre Pflege – Gerontopsychiatrische Störungen und vollstationäre Pflege unter Berücksichtigung der Erhebung vom März 1999 in Berliner Pflegeeinrichtungen, Referat II B (Landesbeauftragter für Psychiatrie), Berlin.

Vock, Rubina, Zaumseil, Manfred, Zimmermann, Ralf-Bruno & Manderla, Sebastian (2007), Mit der Diagnose „chronisch psychisch krank" ins Pflegeheim? Eine Untersuchung in Berlin, Berlin: Mabuse Verlag.

ProPsychiatrieQualität 2009 (PPQ)

Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement für Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe

Von Christina Reinhardt

Christina Reinhardt
Dipl.-Päd. (Univ.),
Leiterin des Fachbereiches Sozialpsychiatrie im Bodelschwingh-Hof Mechterstädt e.V. und Mitglied der Bundesprojektgruppe zur Erarbeitung des PPQ 2009.
Erreichbar unter:
Bodelschwingh-Hof Mechterstädt e.V.
Gleicher Weg 1-10,
99880 Mechterstädt
Tel.: (03621) 219 315
Email:
christina.reinhardt@bodelschwingh-hof.de

Gespannte Gesichter der Mitglieder der Projektgruppe, die mehr als vier Jahre das PPQ-Handbuch bearbeitet hatte, waren zu Beginn der Tagung zu beobachten, auf der das Ergebnis - das neue PPQ-Handbuch - vorgestellt werden sollte. Würde das Buch angenommen werden, würde die Tagung erfolgreich verlaufen?

Mehr als 140 Teilnehmende hatten sich für den Fachtag in der Berliner Stadtmission angemeldet. Erfahrene PPQ-Nutzerinnen und Nutzer, aber auch interessierte Mitarbeitende aus allen Teilen der Republik, reisten am 5. März 2009 in die Hauptstadt.

Motivation war für viele sicherlich die Notwendigkeit, Prozesse in Einrichtungen und Diensten fachlich exakt, kostengünstig und mit hoher Qualität gestalten zu müssen. Auf diesem Weg alle Mitarbeitenden mitzunehmen und zu vermitteln, dass ein sinnvolles Qualitätsmanagement hilft, die alltägliche Arbeit zu strukturieren und zu bewältigen, ja, dass es sogar Spaß machen kann - all das sind Herausforderungen, denen sich verantwortliche Akteure der Einrichtungen stellen müssen. PPQ war in den 90er Jahren als verbandsübergreifendes Konzept der Qualitätsentwicklung gemeinsam von BeB und PiC (einem der Vorgängerverbände des CBP) zunächst für die Sozialpsychiatrie entwickelt worden. Inzwischen kommt PPQ auch in anderen Feldern der sozialen Arbeit zur Anwendung (Beispiel Behindertenhilfe).

Nach der Begrüßung durch Dr. Elisabeth Kludas, der 1. Vorsitzenden des Vereins Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP), stellte Martina Hoffmann-Badache vom Landschaftsverband Rheinland, LVR-Dezernentin, zunächst die Erwartungen an ein Qualitätsmanagementsystem aus Sicht eines Leistungsträgers dar. Dazu betonte sie eingangs, dass es grundsätzlich notwendig sei, sich der gemeinsamen Augenhöhe im Umgang miteinander zu versichern. Dieser Ansatz ist uns aus der PPQ-Philosophie sehr vertraut. Leistungsempfänger werden immer mehr zu steuernden Subjekten im Prozess der Gewährung

von Teilhabeleistungen. Damit hat sich deren Rolle maßgeblich verändert und erfordert von Leistungsträgern und Leistungserbringern das Einstellen auf diese veränderten Erwartungen. Leistungsträger und -erbringer müssen demzufolge das Dienstleistungsverständnis mit Leben füllen und die leider oft nur als Worthülse gebrauchte „Personenzentrierung“ konsequent umsetzen.

Wenn wir als Leistungserbringer das geflügelte Wort „Der Mensch steht im Mittelpunkt“ gebrauchen, müssen sich unsere Bemühungen und Aktivitäten auch tatsächlich daran ausrichten. Letztlich geht es ja bei der Bemessung von Qualität um den Grad der Zielerreichung (der in der individuellen Hilfe- bzw. Teilhabeplanung vereinbarten Ziele), unter Berücksichtig des Befindens und der Zufriedenheit der Leistungsempfänger.

Hoffmann-Badache stellte zur Umsetzung dieser gemeinsamen Zielstellung das Modell einer Entwicklungspartnerschaft vor, in der alle Beteiligten wissen, dass sie aufeinander angewiesen sind. Alle sind darüber hinaus bereit, ihre jeweiligen Interessen transparent zu gestalten und sind an der Herstellung einer so genannten „Win-Win-Situation“ interessiert. Diese Entwicklungspartnerschaft könnte sich als Leitmotiv die Frage: „Wie schaffen wir es gemeinsam besser zu werden?“ auswählen.

Im Referat von Jürgen Bombosch, Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe, der für den erkrankten Dr. Peter Gerull eingesprungen war, ging es um die „Chancen, Risiken und Nebenwirkungen“ eines Qualitätsmanagementsystems in sozialen Handlungsfeldern. Mit unterhaltsamen Brücken zur Industrie und zur Produktfertigung machte Bombosch deutlich, dass ein Qualitätsmanagementsystem im Bereich der sozialen Arbeit andere Schwerpunkte setzen muss als ein QM-System in industrieller Fertigung. Miteinander zu kommunizieren ist allerdings die Voraussetzung in allen QM-Bereichen, um gemeinsam zu Zielen bzw. zu Vereinbarungen zu gelangen. Eine personenzentrierte Dienstleistung erfordert, anders als in der Produktfertigung, die Interaktion der beteiligten Partnerinnen und Partner.

Das Bild vom „König“, der ja aus jedem Kunden in einer guten Dienstleistung wird, blieb den Tagungsteilnehmern sicher gut in Erinnerung. Kundenorientierung - auch wenn der Begriff des „Kunden“ in sozialen Einrichtungen nur bedingt angewendet werden kann - bedeutet, dass Nutzerinnen und Nutzer der Dienstleistungsangebote die Qualität beurteilen bzw. definieren, was Qualität ist, als Basis der Kommunikations- und Handlungskultur im Unternehmen.

Risiken bzw. negative Nebenwirkungen definierte Bombosch vor allem dort, wo die Dienstleistungen nicht an den Kundenwünschen ausgerichtet werden oder wo das Qualitätsmanagementsystem als Spar- und Kontrollsystem verkannt wird. Problematisch sei es außerdem, wenn Mitarbeitende nicht als die wichtigste Ressource im Unternehmen gesehen und dementsprechend gepflegt werden bzw. die Prozessorientierung aller Kommunikations- und Handlungsschritte missachtet wird.
Mit dem PDCA-Zyklus nach Deming (Deming-Cycle), der unablässigen Abfolge von „Plan“= Planen, „Do“ = Ausführen, „Check“ = Überprüfen und „Act“ = Verbessern, steht ein wirksames Instrument zur ständigen Überprüfung der Dienstleistungsqualität zur Verfügung. Hierdurch wird der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP), als ständige Herausforderung an QM-Systeme und grundlegender Prozess jeder Qualitätsarbeit (die konsequenterweise niemals endet), verdeutlicht.

Im Anschluss daran stellten Martin Baur-Mainka und Prof. Dr. Jürgen Armbruster die wesentlichen Veränderungen von ProPsychiatrieQualität 2009 vor. Ausgehend von den beiden wichtigsten Zielen der Arbeit der Projektgruppe, die Verknüpfung von leitzielorientiertem Qualitätsmanagement mit den wichtigsten Qualitätsmanagementsystemen wie DIN EN ISO und EFQM, der Erhöhung der Lesbarkeit sowie der Praxistauglichkeit des Materials, stellten sie zunächst die überarbeiteten und (gegenüber der PPQ-Auflage 2002) geschärften fachlich-ethischen Leitziele als Basis des PPQ-Qualitätsverständnisses vor. In Verbindung mit den Leistungsdimensionen werden mit der Anwendung der PPQ-Matrix, als Instrument ethischer Reflexion der Arbeit, aber auch die trialogische Auseinandersetzung und die Qualitätsdiskussion erreicht.
Die Rückführung bzw. Anschlussfähigkeit an die geltenden gesetzlichen Regelungen ist durch die Übersetzung in die Qualitätsdimensionen nach Donabedian gewährleistet.

Grundsätzlich - so betonten die Referierenden, bedeutet die Implementation von PPQ immer, einen systematischen QM-Prozess in einem System zu beginnen, bei dem vorhandene QM-Grundlagen gebührend gewürdigt werden müssen. Die erfahrenen PPQ-Nutzern bereits bekannten Instrumente, wie bspw. die „Strukturierten Qualitätsberichte“ (SQB), wurden grundlegend überarbeitet. Künftig werden drei SQB zur Anwendung kommen, für die Sozialpsychiatrie, die Behindertenhilfe und den Bereich der Leitung. Diese drei SQBs können bereits von der Internetseite des PPQ: www.ppq.info heruntergeladen werden. Neu ist auch die Architektur von PPQ, das sog. PPQ-Haus. Auf dem Fundament der sieben Leitziele basierend, gelangt man mit Hilfe der PPQ-Instrumente und der Methoden der Qualtätsentwickung zu den sechs Qualitätsdimensionen. Im Einzelnen sind das die Hilfeplanung, Hilfegestaltung und Evaluation, die Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, die Gemeinwesenorientierung, sowie die Organisations- und die Personalentwicklung.
Auch die Qualitätsindikatoren zu den verschiedenen Dimensionen wurden grundlegend bearbeitet. Sie bieten nun Nutzerinnen und Nutzern Orientierung und Anregungen bei der Formulierung der eigenen Maßstäbe.

Letztlich wiesen Baur-Mainka und Armbruster auf die Verknüpfung des Qualitätsverständnisses von PPQ mit den modernen Ansätzen der Sozialpsychiatrie, wie z.B. Empowerment und Recovery hin. Der Kampf gegen die Stigmatisierung von Menschen mit psy-

chischen Erkrankungen oder Behinderungen, auf der Basis einer Trialog-Kultur, muss als Basis in die Gestaltung des Qualitätsmanagements moderner Einrichtungen und Dienste einfließen. Ergänzt wird die Einführung des neu überarbeiteten Handbuches durch entsprechende Fortbildungsangebote der Bufa/GFO. Ulrich Niklaus aus Münster stellte sowohl die Beratungsangebote als auch die aktualisierte Multiplikatorenschulung vor. Aktuelle Informationen dazu sind über www.ppq.info oder www.bufa-gfo.de abrufbar.

Nach der Mittagspause wurde in Arbeitsgruppen an vier verschiedenen Themen intensiv weiter gearbeitet:

- Mit Ruth Fricke aus Herford (Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen), Susanne Heim aus Köln (Angehörige) und Thomas Behlmer aus Düsseldorf (professionell Tätiger als Bereichsleiter in der Kaiserswerther Diakonie) wurden die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem aus trialogischer Sicht diskutiert.
- Ulrich Nicklaus stellte mögliche Wege zur Implementierung von PPQ vor.
- PPQ wird heute auch in anderen Feldern der sozialen Arbeit genutzt. Beispielhaft wurde dies von Ursula Uderstadt aus Hamburg (Das Rauhe Haus) in ihrer Arbeitsgruppe für die Behindertenhilfe vorgestellt.
- Dass sich Qualitätsentwicklung heute nur dann sinnvoll gestalten lässt, wenn man die entsprechenden Rahmenbedingungen in der Gemeinde mit bedenkt, ist quasi eine Binsenweisheit. Wenn individuelle Hilfeplanung erfolgreich umgesetzt werden soll, muss man zwingend den gesamten Kontext eines Leistungsberechtigten beleuchten. Dazu haben sich in den vergangenen Jahren in vielen Regionen der Bundesrepublik Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) gegründet. In diesem Zusammenhang Qualitätsstandards zu definieren und ein gemeinsames Verständnis von Qualität aller Beteiligten zu entwickeln, war Thema der vierten Arbeitsgruppe, die durch Matthias Rosemann aus Berlin (Vorstand der BAG GPV) gestaltet wurde.

Auch in den Arbeitsgruppen verging die Zeit viel zu schnell, was daran zu merken wasr, dass über den vereinbarten Zeitrahmen hinaus gearbeitet wurde und der Kaffeedurst nicht die vordergründige Rolle spielte.

Gespannt waren alle Tagungsteilnehmer auf den Beitrag von Prof. Dr. Annette Noller, Ev. Fachhochschule Ludwigsburg. Sie erläuterte die sozialethischen Begründungen der neu formulierten sieben Leitziele von PPQ. Ihr Wunsch an die Teilnehmenden war pragmatisch: Sie lud dazu ein, die sieben Leitziele kreativ und mutig anzuwenden, damit sie den Grundstein bilden für eine lebendige und wunderbare „Schöpfung PPQ“. Oft diskutiert und kritisch beleuchtet wurde die Frage, ob das Qualitätsverständnis von PPQ letztlich zu einer Zertifizierung führen kann. Mathias Bojahr aus Frankfurt, Geschäftführer von „proCum Cert“, zeigte sich persönlich vor allem durch die Leitziel- und Werteorientierung von PPQ und seine moderne Adaption eines Qualitätsverständnisses begeistert. Damit sei PPQ identifikationsstiftend, ein Alleinstellungsmerkmal am Markt und gleichzeitig eine fachliche Grundhaltung für die Arbeit. Bojahr stelle insbesondere heraus, dass PPQ (z.B. gemeinsam mit DIN EN ISO) für eine „Tandem-Zertifizierung“ hervorragend geeignet sei.

Zu einer möglichen Zertifizierung brauchen die Auditoren spezifische Qualifikationen, d.h. sie müssen eine erweiterte, leitzielorientierte Kompetenz erwerben. Inhalte sind in erster Linie die trialogische Unternehmenskultur, der Grad der Ausprägung der Architekturelemente, aktuelle Standards sowie die Gemeinwesenorientierung.

Am Schluss der Tagung stand ein multilogisches Fazit zu den Perspektiven des Qualitätsmanagements in der Sozialpsychiatrie. Mit der Moderation durch Johannes Peter Petersen aus Rendsburg, Diakonisches Werk Schleswig-Holstein, der für den ebenfalls erkrankten Hans Hermann Gerdes, vom Rauhen Haus in Hamburg, eingesprungen war, zogen Ruth Fricke, Susanne Heim, Thomas Behlmer, Matthias Rosemann und Jürgen Armbruster ihr persönliches Tagungsfazit.

Aus Sicht der Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung formulierte Ruth Fricke, dass die konsequente Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen im neuen PPQ-Handbuch Mut macht. Aus ihrer Sicht bleiben viele Fragen zur Ergebnisqualität offen. Hier muss unter dem Fokus, langfristig unabhängig von Hilfen zu sein, weiter gearbeitet werden. Susanne Heim forderte nochmals eindringlich ein, dass allen Beteiligten in die Köpfe hinein müsse, dass für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige eine bessere Beteiligung an den anstehenden QM-Prozessen ermöglicht werden muss. Und zwar: Örtlich, zeitlich und finanziell. Nur so kann der begonnene Weg tatsächlich erfolgreich „trialogisch“ fortgesetzt werden. Sie bedauerte - wie sicher viele der Teilnehmenden - dass am Rande der Tagung nur wenig Zeit blieb für Austausch und Gespräche.

Aus Sicht der Profis formulierte Thomas Behlmer, dass es wichtig ist, PPQ mit seinen ethischen Leitzielen aktiv „ins Licht“ zu stellen und professionell umzusetzen. Außerdem, dass zukünftig eine Zertifizierung möglich sein sollte. Mit Blick auf den GPV stellte Matthias Rosemann fest, dass die ethischen Leitziele in PPQ und die Qualitätsindikatoren des GPV viele Gemeinsamkeiten aufweisen und PPQ als Grundlage für die Gestaltung individueller Hilfen eine wichtige Grundlage bietet.

Abschließend formulierte Jürgen Armbruster noch mal die vorrangigste Frage der Projektgruppe im Vorfeld der Tagung: „Ist Qualitätsmanagement noch ein Thema in der Sozialpsychiatrie?“ Sein Fazit: Wir sind besonders in Krisensituationen mit Fragen der Qualitätsentwicklung beschäftigt. Dazu kann PPQ hilfreiche Impulse bieten. Die Anregung zur Entwicklungspartnerschaft, d.h. die Auseinandersetzung mit Leistungsträgern über Fragen der Qualität, sollte aus seiner Sicht von den Leistungserbringern aufgegriffen werden. Klassische Qualitätsmanagementsysteme,

wie DIN EN ISO, können sinnvoll mit den ethischen Leitzielen und der Fachlichkeit von PPQ ergänzt werden. Qualitätsmanagement muss als Problemlösungsansatz erkannt werden.

Armbruster sprach noch einmal die Einladung an die Anwesenden aus, den Stand der Umsetzung an die Verbände zurück zu melden und das PPQ-Buch plus CD als E-Book und das Internet: www.ppq.info intensiv zu nutzen. Am Ende der Tagung waren die Mitglieder der Projektgruppe stolz auf einen gelungenen Tag mit intensivem Austausch und vielen fachlichen Anregungen. Jetzt gilt es, PPQ mit Leben zu füllen und seine vielfältigen Möglichkeiten zu nutzen.
Also: Lassen Sie uns beginnen! ●

Kerbe
Forum für Sozialpsychiatrie

Die Fachzeitschrift für Experten, Betroffene und Angehörige

Themen 2009 / 2010:

3 / 2009
Qualitätsmanagement

4 / 2009
Psychopharmaka

1 / 2010
Persönlichkeitsstörungen

2 / 2010
Sozialraumorientierung

Hg. vom Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) in Berlin.
www.kerbe.info

Bestellanschrift: Verlag der Evang. Gesellschaft Stuttgart; Tel: 0711 / 60 100 - 40; vertrieb@evanggemeindeblatt.de

In eigener Sache – Veränderungen in der Kerbe-Redaktion

Wir freuen uns, in diesem Jahr drei neue Mitglieder in der Kerberedaktion begrüßen zu können.

Dr. rer. soc. Irmgard Plößl ist Diplom-Psychologin und Abteilungsleiterin Berufliche Teilhabe und Rehabilitation im Rudolf-Sophien-Stift Stuttgart. Ihre Arbeitsschwerpunkte umfassen berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen, Entwicklung und Anwendung von Gruppentrainingsprogrammen (ZERA), Konzeptentwicklung zur Verbesserung der Angebote in der beruflichen Rehabilitation. Sie ist tätig in der Aus- und Weiterbildung von Gruppenleitern und Bezugspersonen in der Rehabilitation.
Kontakt: Ploessl@rrss.de

Dr. Michael Swiridoff, Studium der Medizin und Psychologie, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Ausbildung in verschiedenen Psychotherapieverfahren, 1999 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. Seit 1996 ist Michael Swiridoff als Chefarzt mit dem Aufbau und Ausbau einer gemeindenah arbeitenden Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Evang. Lukasstiftung in Altenburg/Thüringen im Sinne einer psychiatrischer Versorgung mit sozialpsychiatrischem *und* psychotherapeutischem Behandlungsansatz betraut.
Kontakt: chefarztsekretariat@psychiatrie-altenburg.de

Herzlich willkommen in der Redaktion!

Karsten Groth, Psychologischer Psychotherapeut, Systemischer (Familien-)Therapeut, ist Leiter eines therapeutischen Behandlungsverbundes mit dem Schwerpunkt Frührehabilitation und berufliche Integration am Zentrum f. Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Lehrtätigkeit am Fachbereich Medizin und Psychologie, Nebentätigkeit in der Arbeitsmedizin / „Psychische Gesundheit im Arbeitsleben“. Interessenschwerpunkte: Berufliche Rehabilitation, Systemtheorie u. -praxis, betriebliche Prävention, gesellschaftspolitische Aspekte der beruflichen Integration.
Kontakt: kgroth@uke.uni-hamburg.de.

Von Doris Biedermann aus Hamburg möchten wir uns verabschieden. Sie scheidet mit dem Beginn ihres Ruhestands aus der Redaktion der Kerbe aus. Sie hat über viele Jahre im Redaktionsteam mitgearbeitet und viele Hefte – darunter auch die vorliegende Ausgabe zum Thema „Schwierige Jugendliche. Jugendliche in Schwierigkeiten“ – gestaltet.
Wir bedanken uns sehr herzlich für ihre engagierte und wertvolle Arbeit und wünschen ihr für ihre neuen Tätigkeiten alles Gute.

14. Forum Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn

3. und 4. November 2009 „Sinn im Irrsinn" – SYMPAthische Psychiatrie im Gespräch

Eine Veranstaltung der LWL-Klinik Paderborn gemeinsam mit dem Helm Stierlin Institut e.V. Heidelberg und dem Netzwerk der SYMPA-Kliniken

Verantwortlich:
PD Dr. Bernward Vieten
Organisation:
Christine Kobusch, Simone Büring
Agathastraße 1, 33098 Paderborn
Telefon: 05251 295-102 (oder Durchwahl -118), Fax: 05251 295-100 (oder -119)
e-mail: christine.kobusch@wkp-lwl.org
e-mail: simone.buering@wkp-lwl.org

»Die psychotische Krise und die Möglichkeiten zur Genesung«

Johan Cullberg im Mai auf Vortragsreise in Deutschland

Endlich auch bei uns: Der Autor von »Therapie der Psychosen«, der sich als Initiator des schwedischen »Fallschirm«-Projekts internationales Ansehen erworben hat, spricht über bedürfnisangepasste Behandlung bei Psychosen. Anlässlich des Erscheinens der deutschen Übersetzung seines erfolgreichen, in Schweden zum Standardwerk avancierten Buchs im Psychiatrie Verlag, spricht Cullberg über seinen konsequent psychotherapeutisch und auf Rehabilitation ausgerichteten Behandlungsansatz.

Viele Therapeuten gehen bei der Behandlung psychotischer Erkrankungen immer noch den bequemeren Weg der Medikamente. Und die Nebenwirkungen? Auch dafür gibt es Medikamente. So werden Patientin und Patient zum Spielball von Wirkungen, Nebenwirkungen und Gegenwirkungen. Aber ist das wirklich schon alles, was Therapie leisten kann und soll? Sind Patientinnen und Patienten nur das Produkt von Wirkungen und Nebenwirkungen? Weder der rein biologische, noch der ausschließlich auf biographisch/familiäre oder soziale Faktoren abzielende Erklärungsansatz können die Frage nach den Ursachen psychotischer Erkrankungen hinreichend beantworten. Unter welchen Umständen ein Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren zur Erkrankung führen kann, lässt sich nur aus dem biographischen Zusammenhang erschließen.

Mit Medikamenten allein ist es nicht getan. Oft führen die Nebenwirkungen zu Behinderungen anderer Art. Deshalb plädiert Cullberg für einen zurückhaltenden Einsatz von Medikamenten. Um eine nachhaltige Genesung zu bewirken, müssen, so Cullberg, die Selbstheilungskräfte der Erkrankten mobilisiert werden. Es ist an der Zeit, dass auch wir umdenken und uns auf den Menschen besinnen, um den es bei der Behandlung geht – nicht als Objekt, sondern als handelndes Subjekt!
Wir freuen uns darauf, Sie bei dem Vortrag begrüßen zu dürfen!
Ihr Psychiatrie-Verlag

Die Daten seiner Vortragsreise:
8.05.2009 Berlin, Charité
Charitéplatz 1, Großer Hörsaal
11.05.2009 Köln,
BTZ: Vogelsanger Str. 193
12.05.2009 Hamburg
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: Hörsaal Anthropologische Psychiatrie Martinistr. 52
13.05.2009 Gießen,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie: Licher Straße 106
14.05.2009 München,
Hörsaal des Klinikums rechts der Isar: Ismaninger Str. 22

siehe auch Anzeige auf Seite 43

Psychopharmaka

Fluch oder Segen?

Schirmherrschaft
Frau Roswitha Beck

Verein zur Unterstützung Gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz e.V.

Tagung des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener RLP e.V.

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener LVPE
Rheinland-Pfalz e.V.

in Kooperation mit der Universitätsmedizin Mainz

8.10.2009
10:00 Uhr – 16:30 Uhr
Universitäts-Klinik
Mainz, Langenbeckstr. 1

Anmeldung bitte bis 30.09.2009 unter
E-Mail: f.j.wagner@gmx.net
oder Telefon 0651/1707967

Mehr Informationen über den Landesverband und die Tagungen im Internet unter
» www.lvpe-rlp.de «

Diakonie
Diakonieverein Güstrow e.V.

Im **Bereich Behindertenhilfe/Wichernhof Dehmen des Diakonievereins Güstrow** sind demnächst Stellen zu besetzen.

Pflegedienstleitung w/m

Ihr Aufgabengebiet:
- Gesamtorganisation der medizinisch-pflegerischen Versorgung mit dem Status Einrichtungsleitung
- Verknüpfung von pflegerischen, heilpädagogischen und sozialpädagogischen Arbeitsweisen
- Qualitätsprozessmanagement in der Pflege
- Mitwirkung bei der Gestaltung geistlicher Angebote

Ihr Profil:
- Fachabschluss gemäß der Anforderung nach SGB XI
- bewusst christliche Grundhaltung

Dipl. Heilpädagoge oder Dipl. Sozialpädagoge w/m

als Heilpädagogischen Fachdienst in der Behindertenhilfe

Ihr Aufgabengebiet:
- Fachberatung in allen ambulanten und stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe
- fachliche Leitung der Tagesförderung und des Freizeitbereiches
- Qualitätsmanagement (GBM)
- geistliche Angebote
- Einzel- und Gruppenangebote

Ihr Profil:
- Fachabschluss sowie Nachweis von spezifischen Weiterbildungen
- Empowerment als professionelle Haltung
- Orientierung am Assistenzmodell
- Orientierung am christlichen Menschenbild

Die Stellen:
- Arbeitszeit nach Vereinbarung
- tarifgemäße Vergütung nach AVR DWM, zusätzliche Altersversorgung
- Supervision, gute Rahmenbedingungen zur Weiterbildung
- einrichtungs- und trägerübergreifender Fachaustausch

Ihre Bewerbung richten Sie bitte innerhalb von **2 Wochen** an den:

Diakonieverein Güstrow e. V., Platz der Freundschaft 14 c, 18273 Güstrow
Geschaeftsstelle@diakonie-guestrow.de

Bundesfachakademie Bufa/GFO

Aus dem Veranstaltungsangebot 2009

Region Süd

Psychologische Unterstützung bei Krisen – Trauma-Erstausbildung
Termin: 16.-17.06.2009
in Stuttgart, Teilnahmegebühr 160,00 Euro zzgl. Ü/V.

Keine Angst vor Kritik – Seminar für Frauen
Termin: 01.-03.07.2009
in Rothenburg o.d.T., Teilnahmegebühr: 210,00 Euro zzgl. Ü/V

Systemisches Handeln im sozialpsychiatrischen Alltag Grundhaltungen- Gesprächsführung – Interaktionen
Termin: 01.-03.07.2009
in Stuttgart, Teilnahmegebühr: 245,00 Euro, zzgl. Ü/V

EFT – Emotional Freedom Techniques
Termin: 24.-25.09.2009
in Schwarzach a.M.
Teilnahmegebühr: 160,00 Euro, zzgl. Ü/V

Kommunikation im Fokus von Wertschätzung, Aufmerksamkeit, Einfühlung und Ergebnisorientierung
Termin: 30.09.-02.10.2009
in Löwenstein, Teilnahmegebühr: 210,00 Euro, zzgl. Ü/V

Anmeldung/Infos über:
Bundesfachakademie (Bufa) gemeinnützige GmbH
GFO Region Süd
Sudetenweg 92
74523 Schwäbisch Hall
Telefon 07 91- 50 02 82
Telefax 07 91-50 03 00
e-mail: sued@bufa-gfo.de
www.bufa-gfo.de

Region Nord

Interkulturelle Öffnung in der Diakonie
Termin: 15. - 17. Juni 2009
in Berlin, Teilnahmegebühr: 125,00 Euro zzgl. Ü/V

Umgang mit Traumatisierungnen in der Psychiatrie
Termin: 22.-23.06.2009
in Stuttgart, Teilnahmegebühr 140,00 Euro zzgl. Ü/V.

Umgang mit traumatisierten Menschen im Alter
Termin: 22.-23.06.2009
in Münster; Teilnahmegebühr 150,00 Euro zzgl. Ü/V.

Reflexions- und Beratungsseminar »Betreuungsplanung/ Hilfeplanung«
Termin: 14.-16.09.2009
in Berlin / Erkner,
Teilnahmegebühr: 250,00 Euro zzgl. Ü/V

Neue Zielgruppem bringen neue Herausforderungen für die WfbM
Termine:
21.-22.9.2009 / 23.-24.11.2009,
in Steinfurt, Teilnahmegebühr: 660,00 Euro zzgl. Ü/V

Künstlerische Assistenz – Atelierarbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung
Termine:
24. - 27.09.2009
5. - 8. 11. 2009
4. - 7. 03. 2010
13. - 16. Mai 2010
in Isny, Teilnahmegebühr: 1.200,00 Euro, zzgl. Ü/V.

Psychisch krank und suchtkrank – eine Herausforderung für die Hilfesysteme
Termin 24. - 25. 09. 2009
in Berlin, Teilnahmegebühr: 230,00 Euro, zzgl. Ü/V

Shiatsu und Qigong – Wege zur Stärkung der Lebensenergie
Termin: 28. Sept. - 1. Okt. 2009
in Steinfurt, Teilnahmegebühr: 265,00 Euro, zzgl. Ü/V.

Anmeldung/Infos über:
Bundesfachakademie (Bufa) gemeinnützige GmbH
Bufa/GFO Region Nord
Friesenring 32/34, 48147 Münster
Telefon 0251 2709-396
Fax 0251 2709-398
e-mail: diekmann@bufa-gfo.de;
www.bufa-gfo.de

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Aus dem Veranstaltungsprogramm 2009

Psychische Erkrankungen. Neue Erkenntnisse – neue Behandlungsstrategien
15./16. Mai 2009 in Frankfurt
Seminargebühr: DGSP-Mitglieder: 140,- Euro, Nichtmitglieder: 185,- Euro, zzgl. Ü/V.

»EX-IN«-Experienced Involvement
15./16. Mai 2009 in Bielefeld
Seminargebühr: DGSP-Mitglieder: 140,- Euro, Nichtmitglieder: 185,- Euro, Psychiatrie-Erfahrene: 30,- Euro, zzgl. Ü/V

»Das Maß ist voll« Co-Abhängigkeit – die Verstrickung der Bezugspersonen
18./19. Mai 2009 in Freiburg
Seminargebühr DGSP-Mitglieder: 140,- Euro, Nichtmitglieder: 185,- Euro, zzgl. Ü/V

Gewalt vermeiden – Gewalterfahrungen bewältigen. Deeskalation in der Praxis
25./26. Mai 2009 in Hannover
Seminargebühr DGSP-Mitglieder: 140,- Euro, Nichtmitglieder: 185,- Euro, zzgl. Ü/V

Vom Verwickeln und/zum Entwickeln. Schwierigkeiten und Chancen im therapeutischen Umgang mit »Borderline-Patienten«
5./6. Juni 2009 in Fulda
Seminargebühr: DGSP-Mitglieder: 140,- Euro, Nichtmitglieder: 185,- Euro, zzgl. Ü/V

»Den Schweinen Flügel geben« Ein Seminar um, gegen, ohne Stress!
5./6. Juni 2009 in Hannover
Seminargebühr: DGSP-Mitglieder: 140,- Euro, Nichtmitglieder: 185,- Euro, zzgl. Ü/V

Psychische Erkrankung und Drogenmissbrauch. Über den schwierigen Umgang mit komorbiden jungen Drogenkonsumenten
19./20. Juni 2009 in Berlin
Seminargebühr: DGSP-Mitglieder: 140,- Euro, Nichtmitglieder: 185,- Euro, zzgl. Ü/V

Motivierende Gesprächsführung Grundlagen und Methoden des »Motivational Interviewing« nach Miller/Rollnick
26./27. Juni 2009 in Erfurt
Seminargebühr: DGSP-Mitglieder: 140,- Euro, Nichtmitglieder: 185,- Euro, zzgl. Ü/V

Heime umbauen – Wandel gestalten
21./22. August 2009 in Mainz
Seminargebühr: DGSP-Mitglieder: 140,- Euro, Nichtmitglieder: 185,- Euro, zzgl. Ü/V

Kinder psychisch erkrankter Eltern
4./5./6. September 2009 in Erfurt
Seminargebühr: DGSP-Mitglieder: 210,- Euro, Nichtmitglieder: 275,- Euro, zzgl. Ü/V

Anmeldung (schriftlich)
DGSP e.V.
Zeltinger Str. 9
50969 Köln
Tel.: (02 21) 51 10 02
Fax: (02 21) 52 99 03
E-Mail: dgsp@netcologne.de
Internet: www.psychiatrie.de/dgsp

Brückenschlag Band 24/2008

Jugend – Ich? Suche? Sinn?

Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Literatur, Kunst

Was beschäftigt junge Leute heute, was interessiert sie? Welches Lebensgefühl haben sie? Was stinkt ihnen? Was ist ihnen wichtig? Woran zweifeln sie? Was wünschen, hoffen, befürchten sie?
Dieser Brückenschlag versucht Antworten – wie stets mit Essays, Erfahrungsberichten, Geschichten, Bildern, Gedichten ...
u.a. mit Beiträgen von Thomas Bock, Klaus Hurrelmann, Sibylle Prins, Hannes Wader.

»Band 24 des ›Brückenschlages‹ ruft bei mir als Leserin Erinnerungen an die eigene Teenagerzeit wach. Sind die heutigen Jugendlichen so anders als meine Generation damals? Welchen Zusammenhang gibt es zwischen ›jung sein‹ und gesellschaftlichen Veränderungen? Wie war das? Pubertät, die Suche nach dem Sinn des Lebens - die Frage, wer ich bin und wohin ich will. Die gelungene Mischung aus Bildern, ›BOB‹-Comics, Gedichten, Geschichten und wissenschaftlichen Aufsätzen bietet vielfältige Sichtweisen zum Thema Jugend.«

Soziale Psychiatrie

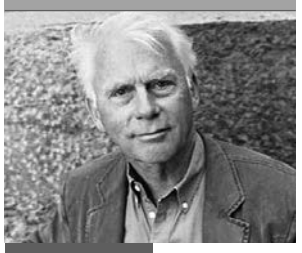
»Der Brückenschlag eignet sich stets zum lustvollen Durchblättern, sei es von vorne nach hinten, sei es umgekehrt... Wie üblich versammelt er verschiedene Beiträge, Bilder, Gedichte und Erfahrungsberichte und schafft damit ein buntes Spektrum, das stets von der Vielfalt der Autorengruppe lebt. Natürlich kommen neben den Erwachsenen viele Jugendliche selbst zu Wort und Bild. Und natürlich empfehle ich den Brückenschlag jedem, für den das Thema relevant ist (also jedem). Brückenschlag ist ein gutes Geschenk, denn neben dem Inhalt sind Format und Druckqualität (das ist vor allem für die farbigen Bilder wichtig) besonders hochwertig.«

systhema

Paranus verlag

ISBN 978-3-926200-99-0 · 224 Seiten · viele farbige Abbildungen · 15,- € · Abo-Preis 12,80 €
Im Buchhandel oder direkt beim **Paranus Verlag**
Postfach 1264 · 24502 Neumünster · Telefon (0 43 21) 20 04-500 · **www.paranus.de** · **verlag@paranus.de**

Vortragsreise **Johan Cullberg, Schweden**



»Die psychotische Krise und die Möglichkeiten zur Genesung«

Die Stationen seiner Tournee:

Sa. 9.5.09, 9.30–10.30 h

Ort: Berlin, Charité, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Großer Hörsaal
Kontakt: Dr. Dorothea v. Haebler, dorothea.vonhaebler@charite.de
Informationen: www.charite.de/psychiatrie/aktuelles.html
Veranstalter: Charité, im Rahmen des Überregionalen Symposiums für Psychosenpsychotherapie

Mo. 11.5.09, 18.00 h

Ort: Köln, Berufliches Trainingszentrum (BTZ), Vogelsangerstr. 193, 50823 Köln
Kontakt: Psychiatrie-Verlag, hueper@psychiatrie.de
Anmeldung: btz@btz-koeln.de
Veranstalter: Psychiatrie-Verlag, AGPR, RGSP, BTZ, LVR-Akademie, PSAG, Aufbruch

Di. 12.5.09, 18.00 h

Ort: Hamburg, Universitätsklinikum Eppendorf (UKE), Martinistraße 52, Hörsaal
Kontakt: Prof. Dr. Thomas Bock, bock@uke.de, Tel. 040/4 28 03-32 36 (Sekretariat) - 32 36
Veranstalter: Im Rahmen der Vortragsreihe Anthropologische Psychiatrie

Mi. 13.5.09, 15.00 h

Ort: Gießen, KPP Gießen, Festsaal, Vitos – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Kontakt: Prof. Dr. H.J. Wirth, hans-juergen.wirth@psychosozial-verlag.de
Dr. Dietrich Süße, dietrich.suesse@kpp-giessen.de
Veranstalter: Psychosozial-Verlag, LKH

Do. 14.5.09, 18.00 h

Ort: München, Klinikum rechts der Isar der TU,
Hörsaal B, Ismaninger Str. 22, 81675 München
Kontakt: Dr. Josef Bäuml, j.baeuml@lrz.tum.de,
Tel.: 089/41 40-42 06/-42 10
(Fr. Kaiser, Sekretariat PD Dr. Bäuml)
Veranstalter: Atriumhaus, Klinik rechts der Isar

Johan Cullberg: Therapie der Psychosen
Ein interdisziplinärer Ansatz
Fachbuch, ISBN 978-3-88414-435-0,
340 Seiten, 49.95 Euro / 83.40 sFr

PSYCHIATRIE-VERLAG

PSYCHIATRIE-VERLAG GmbH • BALANCE buch + medien verlag GmbH & Co KG • Thomas-Mann-Str. 49 a • 53111 Bonn

Diakonie

zukunft: pflegen

DiakonieKongress

15.–17. Juni 2009
im ICC Berlin

- **2. Pflegeschüler/-innen-Kongress**
  für Auszubildende und Lehrkräfte der Gesundheits-, Kranken-, Alten- und Heilerziehungspflege
- **Expertenforum**
  für Führungs- und Leitungskräfte aus diakonischen Einrichtungen und Verbänden
- **Symposion „Spiritualität in der Pflege"**
  für Mitarbeiter/-innen in Pflegeberufen und in der Heilerziehungspflege

Diakonie – soziale Anwaltschaft und Innovation

Demografische und wirtschaftliche Veränderungen fordern heraus. Mitarbeitende aus der Pflege brauchen attraktive Perspektiven.

Der DiakonieKongress bietet

- zahlreiche Einblicke in zeitgemäße Ausbildungsgänge und in neue Arbeitsfelder für Pflegekräfte
- innovative Vorschläge zur Qualität der Arbeit
- Diskussionen mit Politikern, Experten und anderen Mitarbeitenden über Marktchancen und Entwicklungsmöglichkeiten im Bereich der Gesundheits- und Sozialdienstleistungen.

Jetzt anmelden!
www.dekv-kongress.de

Veranstalter des DiakonieKongresses 2009: DEKV Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.; Diakonie II Bundesverband

Kooperationspartner: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB; Deraß

Sponsoren: CURACON Wirtschaftsprüfungsgesellschaft; Diakoniehilfe für Familienpflege; Dr. Dithmar & Partner; Ecclesia Versicherungsdienst GmbH