

Therapeutisches Heim Sankt Joseph *im SKF*



Wichtige Veröffentlichungen aus dem THSJ

© Therapeutisches Heim Sankt Josphe

Wilhelm-Dahl-Str. 19

97082 Würzburg

0931 41904 30 | thsj@skf-wue.de

www.thsj.skf-wue.de

Inhalt

Integration verhaltenstherapeutisch orientierter Psychotherapie in die Heimerziehung: Das Beispiel des Therapeutischen Heims Sankt Joseph <i>Norbert Beck, Karin Stempel, Stefan Werner</i>	5
Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung <i>Norbert Beck, Andreas Warnke</i>	18
Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Eine Interventionsform in der (teil-)stationären Jugendhilfe? <i>Norbert Beck</i>	38
Psychische Störungen und Jugendhilfe <i>Norbert Beck</i>	49
Das therapeutische Milieu in der Praxis: Therapeutisches Heim Sankt Joseph <i>Norbert Beck</i>	63

Integration verhaltenstherapeutisch orientierter Psychotherapie in die Heimerziehung: Das Beispiel des Therapeutischen Heims Sankt Joseph

(Veröffentlicht in: Verhaltenstherapie mit Kinder und Jugendlichen, Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, (2) 2006, S 77 - 86)

Zusammenfassung: Auf dem Hintergrund der veränderten Anforderungen an die stationäre Heimerziehung wird am Beispiel des Therapeutischen Heimes Sankt Joseph ein Behandlungsmodell dargestellt, das verhaltenstherapeutisch-orientierte

Interventionen in die stationäre Erziehungshilfe integriert. Es werden die rechtlichen Rahmenbedingungen psychotherapeutischen Handelns in der Jugendhilfe beschrieben, die historische Entwicklung der Einrichtung kurz skizziert und die konzeptionelle Umsetzung psychotherapeutischer Interventionen im Sinne eines "Therapeutischen Milieus" als Grundlage einer erfolgreichen Behandlung in der Heimerziehung vorgestellt.

Stichwörter: Stationäre Jugendhilfe, verhaltenstherapeutisch-orientierte Interventionen, Mediatorensystem, Psychotherapie in der Heimerziehung, multimodaler Behandlungsansatz

Summary: On the base of changing demands for in-patient institutional education the therapeutic institutional education center St. Joseph will be represented as an example for an in-patient model of institutional education, that has integrated behavior-oriented interventions. The legal general conditions of psychotherapeutic treatments in youth welfare were described and the historical development of the institutional education center is sketched. The psychotherapeutic treatments that are transferred in the conception of the institution were represented as the purpose of a therapeutic environment necessary for a successful treatment in institutional education.

Key words: in-patient youth welfare, behavior-oriented interventions, mediator-system, psychotherapy in institutional education, multimodal treatment approach

Einleitung

Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe sind zunehmend gekennzeichnet durch komplexe Problemlagen und psychische Störungen mit intensivem pädagogischen und therapeutischen Bedarf.

Unter dem Kostendruck der Kommunen lässt sich eine Verschiebung in Richtung niederschwelliger Angebote der Hilfe zur Erziehung mit der Zielsetzung, stationäre Unterbringungen zu vermeiden, feststellen. In stationären

Einrichtungen der Jugendhilfe handelt es sich auf Grund dieser Entwicklung um Kinder und Jugendliche mit multiplen und häufig chronifizierten Störungsbildern. Insbesondere die hohe Rate von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Störungsbildern (Schmid, Goldbeck, Nützel, Fegert, 2005) stellt hohe Anforderungen an die methodische Qualifizierung in der Betreuung und Behandlung.

Dieser veränderten Anforderung stehen Ergebnisse über mangelnde methodische Fundierung der sozialpädagogischen Arbeit (Günder, 2004) sowie – insbesondere unter dem Blickwinkel der Kostenentwicklung in der Jugendhilfe – die Frage nach der Effektivität und Effizienz stationärer Jugendhilfemaßnahmen gegenüber. Untersuchungen zu dieser Thematik (Schmidt, Schneider, Hohm, Pickartz, Mascenare, Petermann, Flosdorf, Hölzl, Knab, 2000; Baur & Hamberger, 1998) heben als für die Effektivität bedeutsame Prozessvariablen die klinisch-therapeutische Ausrichtung sowie methodisch fundiertes und geplantes Vorgehen hervor.

Gleichzeitig ist in den letzten Jahren im Bereich der Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie ein enormer Entwicklungsschub zu verzeichnen. Es sind neben einer Vielzahl von Lehrbüchern strukturierte und manualisierte Therapieprogramme erschienen, die Grundlage für methodisch fundiertes therapeutisches Vorgehen in der Praxis sind.

Auf der Basis dieser Entwicklung findet durch psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in den Heimen neben diagnostischer zunehmend auch psychotherapeutische Fachkompetenz Eingang in die Heimerziehung.

Am Beispiel des Therapeutischen Heims Sankt Joseph wird ein Modell der Integration von verhaltenstherapeutisch orientierter Psychotherapie in die Heimerziehung vorgestellt und auf dem Hintergrund aktueller Entwicklungen diskutiert.

Formale und Rechtliche Grundlagen

Der Zugang zu einer stationären Jugendhilfemaßnahme kann über zwei Verfahrenswege erfolgen:

- (1) Stationäre Jugendhilfe im Rahmen der Hilfen zur Erziehung (§27 in Verb. mit §34 SGB VIII)

Durch das zuständige Jugendamt werden zunächst die Anspruchsvoraussetzungen für eine Hilfe zur Erziehung nach § 27 SGB VIII geprüft. Nach einer positiven Entscheidung zur Anspruchsvoraussetzung wird in einem Prozess der Beratung, Aushandlung und Planung (Hilfeplan) gemeinsam mit den Personensorgeberechtigten und dem Kind/Jugendlichen aus dem Leistungsangebot der Hilfen zur Erziehung die Entscheidung für eine stationäre Maßnahme (§ 34 SGB VIII) getroffen. Ziel dieser Hilfe ist eine Unterstützung der Eltern, wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und

notwendig ist. Anspruchsberechtigte der Hilfe sind in diesem Falle die Erziehungsberechtigten.

(2) Stationäre Jugendhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe (§35a SGB VIII)

Hier wird eine stationäre Hilfe auf der Grundlage der Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung des Kindes oder Jugendlichen gewährt.

Mit der Einführung des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – im Jahr 2001 ist der Behinderungsbegriff konkretisiert und die Jugendhilfe als Rehabilitationsträger definiert worden (Wiesner, 2004).

Die Feststellung einer seelischen Behinderung erfolgt in einem zweistufigen Prozess: Zunächst ist entweder durch einen Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, einen Arzt oder psychologischen Psychotherapeuten mit besonderer Erfahrung in der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in einer vertraulichen Stellungnahme festzustellen, ob die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von einem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. In einem zweiten Schritt ist durch die Fachkräfte der öffentlichen Jugendhilfe festzustellen, ob dadurch die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt oder eine solche Beeinträchtigung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Anspruchsberechtigte der Hilfe sind hier die Kinder und Jugendlichen selbst.

Psychotherapie ist mit der Einführung des Psychotherapeutengesetz (PsychthG) 1999 im SGB V geregelt. Voraussetzung für die Tätigkeit sowohl als Psychologischer Psychotherapeut als auch als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist die Approbation. Nach dem Psychotherapeutengesetz (§ 3) wird Psychotherapie als „...jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“ definiert und fällt unter die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

Hiermit wird deutlich, dass Jugendhilfemaßnahmen und psychotherapeutische Behandlung sozialrechtlich zunächst in unterschiedlichen Gesetzesgrundlagen verankert sind.

Die Grundlage für eine psychotherapeutische Tätigkeit im Leistungskatalog der Hilfen zur Erziehung (HzE) bildet § 27, Absatz 3 KJHG, in dem formuliert wird, dass die HzE die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen umfasst. Für die stationären Formen der HzE wird dies konkretisiert, in dem in § 34 SGB VIII die Förderung der Entwicklung durch eine Verbindung von Alltagsleben und pädagogischen und therapeutischen Angeboten beschrieben wird.

Diese Formulierung lässt die Position der Psychotherapie allerdings offen, da sich therapeutische Angebote nicht explizit auf psychotherapeutische Verfahren beschränken, diese aber einbeziehen. Psychotherapeutische Angebote werden

damit nicht als eigenständige Hilfen, sondern in Verbindung mit anderen Leistungen und unter (sozial-)pädagogischer Prämisse definiert.

In dem von der Psychotherapeutenkammer Berlin in Auftrag gegebenen und von Wiesner (2005) erstellten Gutachten „Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht“ (einsehbar unter www.psychotherapeutenkammer-berlin.de) zeigt er die Verankerung psychotherapeutischer Leistungen in der stationären Jugendhilfe bereits in den zum KJHG führenden Reformmaterialien auf. Nach Wiesner bleibt auch nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes Raum für psychotherapeutische Leistungen in der Kinder- und Jugendhilfe. Insbesondere gehören psychotherapeutische Leistungen in das Leistungsspektrum nach § 35 a SGB VIII. Mit der Neuordnung des KJHG sieht Wiesner psychotherapeutische Leistungen im Aufgabenfeld der Hilfe zur Erziehung klar verankert, soweit sie der in §1 SGB VIII formulierten Zielsetzung der Entwicklungsförderung der Kinder und Jugendlichen dienen.

Das Therapeutische Heim Sankt Joseph

Entwicklung zu einem therapeutischen Heim

Die therapeutische Behandlung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien im Therapeutischen Heim St. Joseph des Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrums in Würzburg besteht seit vielen Jahren aus einem differenzierten Angebot heilpädagogischer und psychotherapeutischer Behandlungsmethoden auf der Grundlage der Verhaltenstherapie.

Betrachtet man die Entwicklungsschritte der psychotherapeutischen Behandlungskonzepte, so sind diese in der historischen Entwicklung des Heimes wiederzufinden.

So wurde durch die Eröffnung der ersten „Heilpädagogischen-psychotherapeutischen Abteilung für schwererziehbare und neurotische Kinder“ im Jahr 1952, initiiert von Dr. W. Schraml, dem damaligen Assistenten des Psychologischen Instituts der Universität Würzburg, die enge Verflechtung therapeutischer und heilpädagogischer Konzepte der Heimerziehung mit universitärer psychologischer und psychotherapeutischer Forschung und Ausbildung ermöglicht und praktisch umgesetzt. Ziel der Arbeit damals war die Beobachtung und Behandlung von Mädchen und Jungen bis zum Alter von 13 Jahren mit psychotherapeutischen Methoden und ihre Förderung mit weniger autoritativen Erziehungsstilen nach dem Vorbild der amerikanischen „child-guidance-clinic“. Unter der wissenschaftlichen Leitung Schramls gelang es, methodische Ansätze der Psychoanalyse innerhalb der, den damaligen Vorstellungen eines psychotherapeutischen Settings entgegengesetzten, Rahmenbedingungen eines Heimes zu realisieren.

Im Jahre 1952/53 wurde an der Würzburger Universität der erste deutsche Lehrstuhl für Medizinische Psychologie und Psychotherapie eingerichtet, dessen Leiter (zunächst Prof. Victor Emil Freiherr von Gebattel, später Dr. Eckard Wiesenhütter) die ärztliche Fachaufsicht im Heim übernahmen. 1953 wurde der erste Psychologe (Dr. Peter Flosdorf, der spätere langjährige Leiter) eingestellt.

1977 gelang es mit Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, das Modellprojekt „Verhaltenstherapie in der Heimerziehung“ im Therapeutischen Heim Sankt Joseph zu installieren.

Die Umsetzung verhaltenstherapeutischer Ansätze löste nach und nach die rein tiefenpsychologische Sichtweise in der therapeutischen Behandlung ab. Gleichzeitig wurden - dem Mediatoren-Konzept entsprechend - Eltern und Erziehungsberechtigte stärker in die therapeutische Arbeit mit den Kindern einbezogen. Mit der Öffnung und Entwicklung der Verhaltenstherapie zu einer modernen Psychotherapie war es möglich, Ansätze anderer therapeutischer Verfahren wie klientenzentrierte und später systemische, familientherapeutische und lösungs- und ressourcenorientierte Methoden in die verhaltenstherapeutische Gesamtbehandlung konzeptionell und methodisch zu integrieren.

Die Umsetzung klinisch erprobter und wissenschaftlich fundierter (psycho-)therapeutischer Konzepte und Methoden in den Rahmenbedingungen stationärer Jugendhilfe ist somit schon lange wesentliches Qualitätsmerkmal der psychotherapeutischen Behandlung im Therapeutischen Heim Sankt Joseph.

Struktur und Klientel

Das Therapeutische Heim Sankt Joseph ist eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung innerhalb des Jugendhilfeverbundes *Überregionales Beratungs- und Behandlungszentrum (ÜBBZ) Würzburg*. Dieser besteht aus einer Psychotherapeutischen Beratungsstelle (Erziehungsberatung), einer Heilpädagogischen Tagesstätte, einer Schule zur Erziehungshilfe (nach der Änderung des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen von 12.03.2003 Schule zur sonderpädagogischen Förderung, Förderschwerpunkt soziale und emotionale Entwicklung), einer Fachakademie für Heilpädagogik und der genannten stationären Einrichtung. Durch dieses Verbundsystem können differenzierte therapeutische und (schul-)pädagogische Hilfen sowie eine Verzahnung von Theorie und Praxis realisiert werden.

Das Therapeutische Heim besteht aus zwei Stationen. Jede Station wird durch einen Diplompsychologen geleitet. Die Gesamtleitung erfolgt ebenfalls durch einen Diplompsychologen. Weiter sind zwei DiplompsychologInnen in Stabstellen beschäftigt. Alle Psychologen sind Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit der fachlichen Ausrichtung Verhaltenstherapie.

In insgesamt sechs Innenwohngruppen und zwei Außenwohngruppen können 53 Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche im Alter von ca. 7 Jahren bis zur Volljährigkeit, in Ausnahmefällen bis zum 21. Lebensjahr angeboten werden. In einer Innen- und einer Außenwohngruppe werden spezifische Behandlungsansätze nur für Mädchen und junge Frauen angeboten. In den anderen Gruppen kann grundsätzlich je nach Bedarf und Belegungssituation eine koedukative Betreuung stattfinden.

Die konzeptionelle Ausrichtung sieht einen circa zweijährigen Aufenthalt mit einer Rückführung in Familie oder einer Verselbständigung vor. In Einzelfällen lässt sich die Rückführung in die Familie nicht realisieren. Dann wird eine Weitervermittlung eine andere Jugendhilfeeinrichtung unterstützt.

Zu einer Stichpunkterhebung am 31.07.2005 ergab sich das in der Abb. 1 dargestellte Bild hinsichtlich der rechtlichen Grundlage der Maßnahmen und der kinder- und jugendpsychiatrischen Vorintervention.

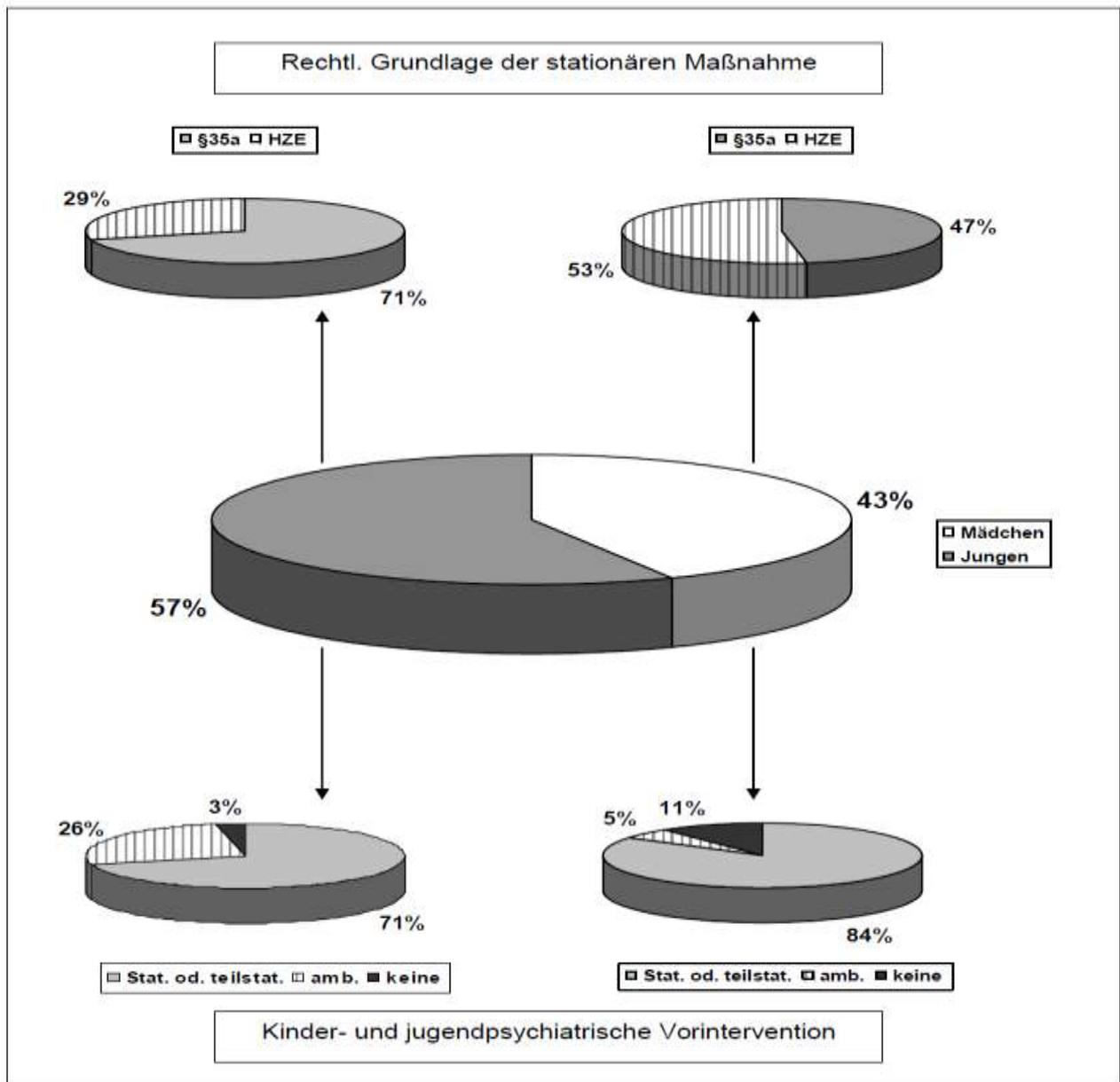


Abb. 1: Rechtliche Grundlagen und kinder- und jugendpsychiatrische Vorinterventionen der Kinder und Jugendlichen im Therapeutischen Heim Sankt Joseph zum Stichtag 31.07.2005

Es verdeutlicht sich, dass lediglich 5,7% aller zum Stichtag Betreuten keine kinder- und jugendpsychiatrische Vorintervention hatten. Bei gut 75% wurde die Jugendhilfemaßnahme im Anschluss an eine stationäre oder teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung eingeleitet. Für fast zwei Drittel aller Kinder und Jugendlichen im Therapeutischen Heim Sankt Joseph wurde die Maßnahme als Eingliederungshilfe bei seelischer oder drohender seelischer Behinderung (§35a KJHG) initiiert. Daraus erwächst ein hoher psychotherapeutischer Bedarf in der Behandlung der diversen Störungsbilder, dem nur durch das Sicherstellen entsprechender psychotherapeutischer Fachkompetenzen entsprochen werden kann.

Die psychischen Störungen der Kinder und Jugendlichen werden nach dem Diagnosesystem des ICD 10 (Remschmidt, Schmidt, Pouska, 2001) verschlüsselt. Die Diagnoseverteilung zum Stichtag 31.07.2005 wird in Abb. 2. dargestellt. Neben den Hauptdiagnosen erhielten 30 (56,6%) Kinder und Jugendliche Zweitdiagnosen im Sinne komorbider kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen. 37% der Kinder und Jugendlichen hatten zudem umschriebene Entwicklungsstörungen (Teilleistungsstörungen). Es handelte sich primär um Lese-Rechtschreibstörungen. Bei den komorbiden Störungen stehen Ausscheidungsstörungen, Hyperkinetische Störungen sowie Angst- und Zwangserkrankungen im Vordergrund.

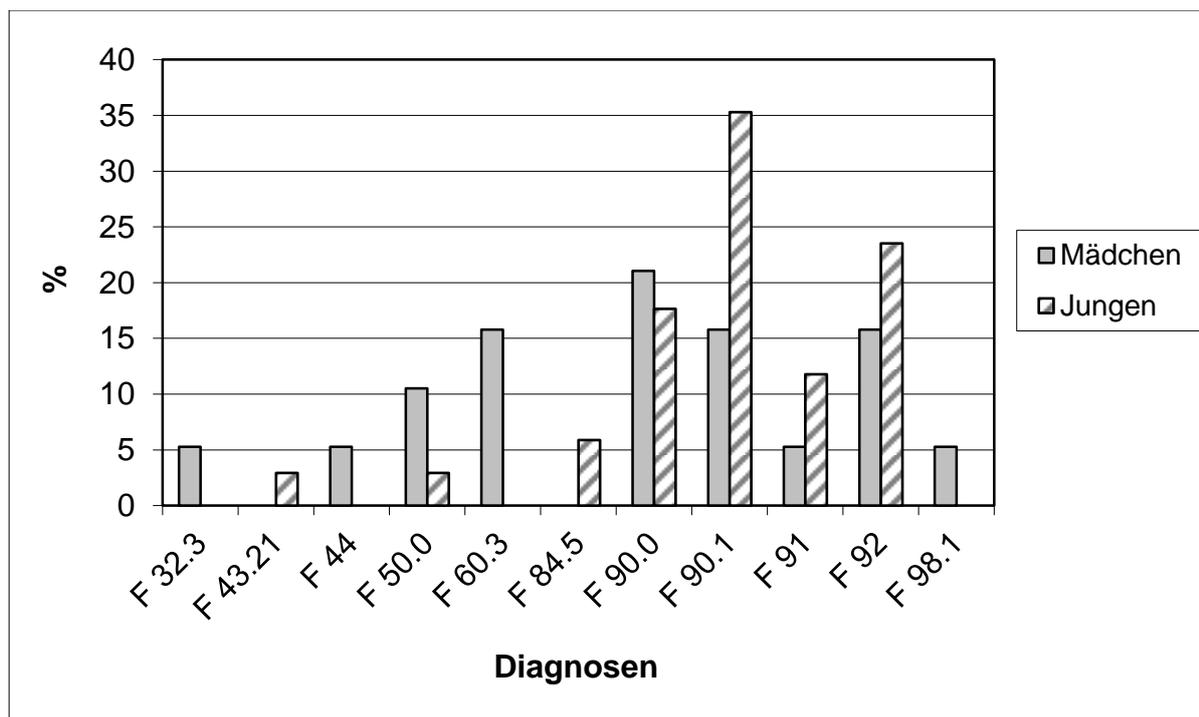


Abb. 2.: Diagnoseverteilung: F 32.3: Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen; F 43.21: Längere depressive Reaktion; F 44: Dissoziative Störung; F 50.0: Anorexia nervosa; F 60.3: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung; F 84.5: Asperger Syndrom; F 90.0: Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung;; F 90.1: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens; F 91: Störung des Sozialverhaltens; F 92: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen; F98.1: Enkopresis

Therapeutische Interventionen

Die Umsetzung psychotherapeutischer Interventionen erfolgt innerhalb des Gesamtprozesses der Erziehungs- und Behandlungsplanung. In Erziehungs- und Behandlungsplanungskonferenzen (EBK) wird aus den diagnostischen Vorinformationen (Arztbriefe, Schulberichte, Entwicklungsberichte vorangegangener Hilfen...), aus den Informationen aus dem Indikationsgespräch, aus eigenen psychodiagnostischen Ergebnissen (Leistungsdiagnostik, Persönlichkeitsdiagnostik, Teilleistungsdiagnostik, störungsspezifische Diagnostik) und aus den systematischen Verhaltensbeobachtungen aus dem pädagogischen Alltag (dokumentiert im Gruppentagebuch) in strukturierter Form ein Erziehungsplan erstellt. In Kooperation entwickeln Psychologen und Pädagogen auf dem Hintergrund der Defizite und der Ressourcen des Kindes und seiner Familie (a) Therapeutisch-pädagogische Zielsetzungen und legen (b) eine Auswahl methodischer Interventionen zur Zielerreichung fest. Im Ablauf orientiert sich der Prozess der Gesamtbehandlung durchgängig am 7-Phasen-Modell von Kanfer et al. (2005, siehe auch Borg-Laufs & Hungerige, 2005). Das 7-Phasen Modell wird dabei sowohl auf die gesamte Behandlung eines Kindes/Jugendlichen im Therapeutischen Heim (beziehungsweise auf den damit verbundenen familienbezogenen Beratungs- und Therapieprozess) mit einer Zeitdauer von durchschnittlich zwei Jahren angewendet, als auch auf jede der therapeutischen Einzel- oder Gruppenmaßnahmen, die sich über einen Zeitraum von wenigen Wochen bis hin zu einem Jahr erstrecken.

Folgende das Konzept des therapeutischen Heims wesentlich bestimmende Elemente lassen sich zur Realisierung therapeutischer Interventionen unterscheiden:

Gestaltung des Alltages als Therapeutisches Milieu

Die Basis psychotherapeutischer Interventionen im Therapeutischen Heim Sankt Joseph bildet die Gestaltung des Alltages im Sinne eines „Therapeutischen Milieus“. (Flosdorf, 1988; eine ausführlichen Darstellung findet sich in Flosdorf und Patzelt, 2003). Die Trennung zwischen zeitlich umgrenzten und aus dem Alltag herausgelösten „Psychotherapiestunden“ und der „Alltagspädagogik“ ist dabei aufgelöst. Im Vordergrund steht vielmehr das Selbstverständnis, dass der pädagogische Alltag als kontinuierlicher diagnostischer und an der notwendigen Behandlung orientierter Prozess zu gestalten ist. Lerntheoretische Grundlage ist, „dass sich ein Verhalten nur dann langfristig und dauerhaft ändern kann, wenn die neuen und erwünschten Verhaltensweisen dauerhaft, konstant und unmittelbar, d.h. kontingent, verstärkt werden“ (Flosdorf, 1988, S. 105). Dies führte zur Übernahme des Mediatorenmodells aus der Verhaltenstherapie. In den Erziehungs- und Behandlungsplanungskonferenzen (EBK) werden die Gruppenerzieher durch die Psychotherapeuten in der Durchführung und Kontrolle verhaltenstherapeutisch orientierter Interventionen angeleitet (Reidel, 2003). Die Überprüfung der Umsetzung, notwendig werdender Modifikationen und eine kontinuierliche Evaluation findet durch Rückmeldungen ebenfalls in den wöchentlich stattfindenden EBKs statt.

Darüber hinaus werden strukturierte pädagogische Angebote (Interessengruppen, Spiel-Sport, Themenwerken...) unter dem Gesichtspunkt der Ressourcenaktivierung gestaltet und in einen Gesamtbehandlungsplan integriert.

Dies erfordert eine Qualifizierung der pädagogischen Mitarbeiter hinsichtlich diagnostischer Fachkompetenz (Verhaltensbeobachtung, Verhaltens- und Bedingungsanalyse), ätiologischer Modellvorstellungen über die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen sowie lerntheoretisch begründetem Interventionswissen. Eine gegenseitige uneingeschränkte Akzeptanz der sich ergänzenden sozialpädagogischen und psychologischen Kompetenz ist unabdingbar.

Besonderes Kennzeichen unseres Mediatorensystems ist, dass Gruppenerzieher auf unterschiedlichen Wegen in einzeltherapeutische Prozesse mit eingebunden werden. Sei es, dass das Kind angeleitet wird, seine Ziele mit den Gruppenerziehern zu besprechen, sei es, dass Verhaltens- und Verstärkerpläne gemeinsam erarbeitet, in den pädagogischen Alltag implementiert und ausgewertet werden oder dass Verstärkersequenzen an Gruppenmitarbeiter gebunden werden.

Kindbezogene psychotherapeutischer Interventionen im Einzel- und Gruppensetting

Im individuell zu erstellenden Erziehungs- und Behandlungsplan werden neben den im pädagogischen Alltag eingeflochtenen verhaltenstherapeutischen Interventionen im Mediatorensystem psychotherapeutische Interventionen im klassischen „Therapeut- Klient-Setting“ umgesetzt. Hierbei sind therapeutische Maßnahmen im Einzelsetting von Gruppensettings zu unterscheiden. Die Auswahl der Interventionsmethoden erfolgt störungs- und entwicklungsabhängig. Beispiele für typische Einzelsettings sind Expositionsbehandlungen bei Angst- und Zwangsstörungen, Interventionen bei depressiven Entwicklungen, psychoedukative Elemente bei Essstörungen oder auch spezifische Förderangebote bei Teilleistungsstörungen.

Weiter können kurzfristige Interventionen im Einzelfall bei akuten Krisensituationen notwendig werden.

Ein wesentliches Medium in der stationären Erziehungshilfe ist die Gruppe. Viele Problemlagen der Kinder und Jugendlichen machen Gruppenangebote zum therapeutischen Setting der ersten Wahl. Trainingsgruppen sozialer Kompetenz, Selbstkontrolltraining, Anti-Aggressionstrainings oder auch gruppentherapeutische Angebot für Jugendliche und junge Erwachsene mit Borderline-Störungen können hier als Beispiele genannt werden.

Gruppentherapeutische Angebote werden in aller Regel von zwei MitarbeiterInnen durchgeführt. Dies gilt sowohl für im engeren Sinne therapeutische Gruppen als auch für alle anderen Gruppenangebote. Hier wie dort bringt eine gemeinsame Co-Leitung wesentliche Vorteile für Vorbereitung

und Reflexion mit sich und trägt dazu bei, gleichzeitig individualisierend im Prozess arbeiten und die Gruppe im Auge behalten zu können.

Elternbezogenen Interventionen im Einzel- und Gruppensetting

Die Kooperation mit den Erziehungsberechtigten hat einen hohen prädiktiven Wert hinsichtlich des Gelingens der Hilfe sowie bezüglich der Übertragung und Stabilisierung von Verhaltensveränderung in der betroffenen Familie. Den therapeutischen Interventionen mit den Erziehungsberechtigten kommt deshalb in der stationären Erziehungshilfe eine besondere Bedeutung zu (Reidel, Hepp, Stempel, Werner, 2003). Die im therapeutischen Heim St. Joseph konzeptionell zur Verfügung stehende Möglichkeit zur Eltern- und Familienarbeit ist ein wesentliches Auswahlkriterium für die Entscheidung zur therapeutischen stationären Erziehungshilfe in genau dieser Einrichtung. Gleichzeitig ist die Bereitschaft der Erziehungsberechtigten zu einer intensiven Mitarbeit ein Aufnahmekriterium. Die Rückführungsoption in die Familie wird vor der Aufnahme regelhaft geprüft, wobei für Jugendliche und junge Erwachsene auch die Verselbständigung als Zielsetzung definiert werden kann.

Neben der Eltern- und Familienarbeit durch das pädagogische Team der Gruppe (Kontaktgestaltung, Informationsvermittlung über Gruppenabläufe...) sind in der Konzeption des Therapeutischen Heims wöchentliche Elternberatungstermine durch die Eltern- und Familienberater (Psychologen, Erziehungsleitung) vorgesehen. Hier werden Beratungsangebote ebenfalls im Einzel- und Gruppensetting gemacht. Sowohl im Einzel- wie im Gruppensetting (Elterntrainingsgruppen, Familienwochenenden) stehen v.a. psychoedukative und beratende Elemente sowie die Steigerung erzieherischer Kompetenzen im Vordergrund. Allerdings gibt es auch bei den Erziehungsberechtigten zunehmend Störungsbilder mit Krankheitswert.

Die folgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die unterschiedlichen therapeutischen Interventionsangebote im therapeutischen Heim Sankt Joseph.

Kindbezogen
Therapeutische Maßnahmen im Einzelsetting
<ul style="list-style-type: none"> • Einzeltherapeutische Interventionen, - kurz-, mittel-, oder langfristig angelegt - ausgerichtet auf die jeweils aktuell im Vordergrund stehende Thematik/Problematik • Einzeltherapeutische Sequenzen zum Bearbeiten akuter Krisen oder Blockaden im Behandlungsverlauf • Trainings/Übungsbehandlung(en) zum Aufbau von Spielverhalten, sozialem Repertoire, Konfliktfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit • Teilleistungsförderung
Therapeutische Maßnahmen im Gruppensetting
<ul style="list-style-type: none"> • Themenspezifische Therapiegruppen, z.B. zum Thema „Soziale Kompetenz“, „Selbstkontrolle“ • Entwicklungsförderung: Aufbau (fein-) motorischer, handwerklicher, auch kreativer und künstlerischer Fähigkeiten in Kleingruppen, in regelmäßigen themenbezogenen Gruppen und Projekten • Aufbau sozialer, kommunikativer und jeweils spezifischer Fertigkeiten in wöchentlich stattfindenden Interessensgruppen: Theater, Jonglieren, Fahrradwerkstatt, Bogen schießen, Judo, Heimzeitung, .. • Aufbau von Interessen und Freizeitverhalten im Rahmen unterschiedlich verbindlicher Angebote wie Trommeln, Klettern, Laufen, ... • „Spiel-Sport“ als wöchentliches psychomotorisches Übungsfeld in einer relativ konstanten Gruppe von 12-15 Kindern oder Jugendlichen • „Ringen und Raufen“ als vierzehntägiges Angebot zum Aufbau psychosozialer Fertigkeiten über das Medium Kampf- und Geschicklichkeitsspiele • Trampolin-Springen
Elternbezogen
Therapeutische Maßnahmen im Einzelsetting
<ul style="list-style-type: none"> • Familientherapeutische Interventionen zu Auftragsklärungen, zur Entwicklung eines Störungsmodells, zur Zielvereinbarung, zur Vor- und Nachbereitung von Zeiten in den Familien, zur Klärung der weiteren Behandlungsperspektive • Trennungs- und Scheidungsberatung • Beratung zu spezifischen Themen und spezifische psychologische Interventionen
Therapeutische Maßnahmen im Gruppensetting
<ul style="list-style-type: none"> • Familiengruppen • Elterntrainings • Familienwochenenden

Schlussfolgerung

Die Anforderungen an die stationäre Erziehungshilfe haben sich sowohl durch die finanzielle Entwicklung in der Jugendhilfe allgemein als auch durch die Entwicklung der Sozialgesetzgebung verändert. Durch die Bemühungen, den Hilfebedarf vermehrt durch ambulante und teilstationäre Hilfe zu decken, akzentuieren sich die Problemlagen der Kinder, Jugendlichen und deren Familien in den vollstationären Einrichtungen.

Durch die Zuständigkeit der Jugendhilfe für Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung sind vermehrt solche Kinder und Jugendliche in der stationären Erziehungshilfe, bei denen psychische Störungen zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft führen. Jugendhilfe ist nach dem SGB IX zu einem Rehabilitationsträger geworden. Diese veränderten Rahmenbedingungen erfordern eine stärkere methodisch-therapeutische Differenzierung und Qualifizierung in dieser Hilfeform. Mattejat hat den derzeitigen Stand der Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen folgendermaßen zusammengefasst:

„...effektive und nützliche Psychotherapie bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen ist eine problem- und zielspezifische Mehrkomponentenbehandlung, mit einer individuumorientierten und einer familienorientierten Komponente, die gegebenenfalls durch weitere fakultative Komponenten ergänzt werden kann (z.B. Medikation, funkt. Übungsbehandlung, Jugendhilfemaßnahmen).“ (Mattejat, 2004, S.56).

Das Beispiel des Therapeutischen Heimes Sankt Joseph verdeutlicht die Behandlungschancen, die sich durch die Integration verhaltenstherapeutisch orientierter Interventionen in der stationären Erziehungshilfe im Sinne einer multimodalen Mehrebenenbehandlung, wie sie insgesamt für die psychotherapeutische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen als effektiv und effizient beschrieben wird, ergeben. Psychotherapeutische Interventionen müssen dabei strukturell und personell Teil eines Gesamtbehandlungsplanes sein. Eine Differenzierung der Hilfe in eine „pädagogische Grundversorgung“ und ein, möglicherweise außerhalb der Einrichtung geleistetes „therapeutisches Zusatzangebot“ ist nicht zielführend. Psychotherapeutische Interventionsansätze müssen, wie dies unter dem Begriff des Therapeutischen Milieus formuliert ist, in ein Gesamtbehandlungskonzept integriert werden, das durch einen kontinuierlichen Austausch und eine gegenseitige Unterstützung pädagogischer und psychologischer MitarbeiterInnen gekennzeichnet ist. Eine für diese Intensität der Arbeit notwendige Zusammenarbeit der Gruppenpädagogen und der Therapeuten ist durch externe Psychotherapie für Kinder- und Jugendlichen kaum sicher zu stellen. Die Trennung von (Heil-)Pädagogik und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen, die eine stationäre Hilfe zur Erziehung benötigen, ist wohl nur mit monetären Interessen im Sinne der Verschiebung eines Teiles der Kosten in ein anderes Sozialleistungssystem zu begründen.

Als zukünftige Aufgabe lässt sich der Effektivitätsnachweis insbesondere mit der Fragestellung mittel- und langfristiger Effekte sowie mit der Fragestellung der Wirkfaktoren therapeutischer Heimerziehung formulieren.

Literatur

- Baur, D., Hamberger, M.(1998). *Die Bewertung der Hilfeverläufe*. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Leistungen und Grenzen von Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Stuttgart: Kohlhammer, 136-165.
- Borg-Laufs, M., Hungerige H. (2005). *Selbstmanagementtherapie mit Kindern: Ein Praxisbuch*. Stuttgart :Pfeiffer bei Klett-Kotta.
- Flosdorf, P. (Hrsg.)(1988). Theorie und Praxis stationärer Erziehungshilfe, Band 2: Die Gestaltung des Lebensfeldes Heim. Freiburg: Lambertus.
- Flosdorf, P, Patzelt, H. (Hrsg.) (2003). *Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation* . Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe).Eigenverlag des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe, BVKE
- Flosdorf, P. (2004). *Therapeutische Heimerziehung*. In Flosdorf, P. & Patzelt, H. (Hrsg.) Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation. Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe) -Bd. 8, 15-41.
- Günder, R. (2004). Methodisches Handeln in der stationären Erziehungshilfe: Ergebnisse einer Studie. *Unsere Jugend*, 1, 14-21.
- Kanfer F.H., Reinecker H., Schmelzer D. (2005). *Selbstmanagementtherapie*. 4. Auflage. Berlin, Springer
- Mattejat, F. (2005). Familientherapie in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 26 - Sonderheft1, 40 -62.
- Reidel, H. (2003). *Mediatorensystem der Verhaltenstherapie in der stationären Jugendhilfe*. In P. Flosdorf & H. Patzelt (Hrsg.) (2003). Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation . Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe).Eigenverlag des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe, BVKE
- Reidel, H., Hepp M., Stempel K., Werner S. (2003). *Eltern- und Familienarbeit im ÜBBZ*. In P. Flosdorf & H. Patzelt (Hrsg.) (2003). Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation . Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe).Eigenverlag des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe, BVKE
- Renschmidt, H., Schmidt, M., Poska, F. (Hrsg.). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10 der WHO. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, M.H., Schneider, K., Hohm, E., Pickartz, A., Mascenare, M., Petermann, F., Flosdorf, P., Hölzl, H., Knab, E (2000). *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 219. Stuttgart: Kohlhammer,.
- Schmidt, M.H., Goldbeck, L., Nützel, J. Fegert J.M. (2005). Prevalence of mental disorders among adolescents in a German residential care population. In press.
- Wiesner, R. (2004). *Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§35a SGB VIII)*. In Fegert J.M., Schrappner Ch.: Handbuch Jugendhilfe Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, Juventa, 179-183

Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung

(Veröffentlicht in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2009, 37 (1), 57 – 67)

Need of child welfare care after inpatient child and adolescent psychiatric

Zusammenfassung:

Fragestellung: Neuere Untersuchungen belegen die hohe Prävalenz kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen bei Heimkindern. In dieser Untersuchung wird der Frage nachgegangen, wie hoch der Bedarf an Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ist.

Methodik: Es wurde die Basisdokumentation der stationären Patienten von 2001 bis 2005 der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit der Fragestellung der indizierten oder realisierten Jugendhilfemaßnahme im Anschluss an die Behandlung analysiert. Weiter wurde die Frage gestellt, welche Faktoren das Risiko für einen Jugendhilfebedarf im Anschluss an die stationäre Behandlung verändern.

Ergebnis: Bei fast 50 % der in der Klinik behandelten Kinder und Jugendlichen war ein Jugendhilfebedarf indiziert, direkt umgesetzt wurde nur die Hälfte. Bei mehr als jeder dritten Maßnahme handelte es sich um eine stationäre Jugendhilfemaßnahme. Ein früher Beginn der Störung, abweichende Elternsituation, externale Störung und eine hohe Rate psychosozialer Risikofaktoren erhöhen das Risiko für einen Jugendhilfebedarf.

Schlagwörter: Jugendhilfebedarf – stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung – psychische Störungen – psychosoziale Risikofaktoren

Abstract

Object: New research confirm the high prevalence of mental disorders among children and adolescents in the setting of child welfare service. This research examines the need of child welfare care following an inpatient child and adolescent psychiatric treatment.

Method: We analysed the basic documentation of the patients of the years 2001 to 2005 in the Department of Child and adolescent psychiatry, Würzburg, with the question of the indication or the realised need for child welfare service. Farther we put a question, what factors will vary the risk for child welfare service.

Results: Nearly 50 % of all inpatient children and adolescents had an indicated need of child welfare, only half of these procedures were directly realised. More than each third procedure was a residential care. Early onset of the mental disorder, abnormal situation of the parents, external mental disorder and a high rate of psychosocial risk factors increase the risk for child welfare service.

Keywords: Need of child welfare care - inpatient child and adolescent psychiatric treatment - mental disorders – psycho-social risk factors

Einleitung

Die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist in den vergangenen Jahren in hohem Maße in den Focus sowohl der gesundheitspolitischen als auch der sozialpolitischen Diskussion gerückt. Dazu haben insbesondere Studien und Veröffentlichungen beigetragen (Ihle et al, 2002; Ravens-Sieberer et al., Hurrelmann, 2002), die die hohe Prävalenz psychischer Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen belegen. Die Studien weisen eine Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter von 17 – 20 % aus, bei etwa 7 % der unter 18-Jährigen besteht eine klinische Behandlungsbedürftigkeit. Dabei wurde ein bedeutender Zusammenhang von psychosozialen Risikofaktoren und der Entwicklung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter herausgestrichen. Nach dem Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Institutes (Ravens-Sieberer, 2007) steigt das Risiko für eine psychische Störung bei einer Kumulation von 4 und mehr psychosozialen Risikofaktoren auf über 50 %.

Aus diesen Ergebnissen zur Häufigkeit psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten resultiert die Notwendigkeit, die Versorgungssysteme für diese Kinder, Jugendlichen und deren Familien zu betrachten und bezüglich ihrer Bedarfsdeckung und deren Kooperations- und Integrationsfähigkeit zu überprüfen. Hier lassen sich eine Reihe von Trends und Schwerpunkten ausmachen, die einerseits die Weiterentwicklung der Versorgungsmöglichkeiten betreffen (z.B. Ausbau insbesondere der teilstationären und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten, Ausbau der Hilfe zur Erziehung in Tagesgruppen nach Inkrafttreten des KJHG, Psychotherapeutengesetz) andererseits aber die Kostenentwicklungen durch diese Versorgungsnotwendigkeit (z.B. Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohten Kinder gemäß § 35a SGB VIII) in den Mittelpunkt rücken.

Im Zusammentreffen verschiedener Versorgungssysteme hat insbesondere die Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der sozialrechtlichen Grundlage des SGB V und der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII, hier speziell den Hilfen zur Erziehung gemäß den §§ 27 ff und der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII enorm an Bedeutung gewonnen. Eine Vielzahl von Tagungen, Fort- und Weiterbildungen, Kooperationsprojekten und Veröffentlichungen (z.B. Fegert & Schrapper, 2004) haben sich dieser Thematik angenommen und die Bedeutung der interdisziplinären Kooperation für die Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher herausgestrichen. Diese Bedeutung drückt sich auch darin aus, dass die Zahl der gemeinsamen Klientel von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in den letzten 10 – 15 Jahren von zunächst ca. 10 – 15 % auf inzwischen mindestens 30 % gestiegen ist (Fegert & Schrapper, 2004).

Häufig erfolgt der Blick auf diese Kooperation aus der Perspektive der Jugendhilfe. Sei es, dass ein hoher kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen

Jugendhilfemaßnahmen deutlich wird, sei es, dass öffentliche Jugendhilfeträger sich teilweise als Ausfallbürge für die medizinischen Leistungen sehen. Für erstgenannten Punkt sei hier beispielhaft auf die Ulmer Heimkinderstudie hingewiesen (Nützel et al., 2005), die in ihrer Untersuchungspopulation von Heimkindern eine Rate von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen von nahezu 60 % feststellten.

Zielführende Kooperation im Sinne der betroffenen Kinder und Jugendlichen kann aber nur bedeuten, den Gesamthilfebedarf in einem koordinierten Prozess mit allen Beteiligten zu gestalten und nicht alleine die Schnittmenge in Krisen und Grenzfällen zu sehen, wie dies von Fegert und Schrappe (2004) bemängelt wird.

Es liegt deshalb nicht nur die Frage auf der Hand, wie viel und welche kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung Kinder und Jugendliche in Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung (HZE) und der Eingliederungshilfe benötigen, sondern auch die Frage, wie der Bedarf an Hilfen aus dem Maßnahmenkatalog des SGB VIII nach einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung durch die behandelnden Fachkräfte eingeschätzt wird und durch welchen Faktoren dieser Bedarf mitbestimmt wird.

Fragestellung

Der vorliegenden Auswertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation (BADO) liegt die Frage zu Grunde, bei welchen Kindern und Jugendlichen in einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung im Anschluss an die Behandlung eine Jugendhilfemaßnahme empfohlen/indiziert bzw. während des Aufenthaltes bereits eingeleitet wurde. Die bereits zitierte Ulmer Heimkinderstudie (Nützel et al., 2005) zeigt bei den Kindern und Jugendlichen in Heimeinrichtungen, bei denen eine definierte kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose vorlag, 14,7 % eine der Jugendhilfe vorausgegangene stationäre, bei 2,6 % eine teilstationäre und bei 16,6 % eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung auf. Dies bedeutet, dass lediglich bei einem Drittel der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen, die eine stationäre Hilfe zur Erziehung in Anspruch nahmen, im Vorfeld eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung stattfand. Nicht beantwortet werden kann allerdings die Frage, bei wie vielen Kindern und Jugendlichen in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen ein Jugendhilfebedarf festgestellt wird, welche Hilfen empfohlen werden und welche möglichen Prädiktoren einen Jugendhilfebedarf mitbestimmen. Damit kann selbstverständlich nicht überprüft werden, in welchen Fällen der durch den behandelten Arzt/Therapeuten festgestellte Jugendhilfebedarf auch tatsächlich sichergestellt wurde. Es bleibt zu vermuten, dass Hilfen, die zwar indiziert, aber im Rahmen des stationären Aufenthaltes noch nicht eingeleitet wurden, aus unterschiedlichen Gründen nicht realisiert werden. Eine Überprüfung dieser Fälle könnte zu einer Verbesserung der Kooperation und zu einer Qualitätsentwicklung der Hilfeplanung führen.

Methode und Stichprobenbeschreibung

In die Auswertung wurden alle in den Jahren 2001 einschließlich 2005 stationär in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität Würzburg behandelten Kinder und Jugendlichen einbezogen. Es handelte sich um insgesamt 776 Kinder und Jugendliche. Bei den Jugendhilfemaßnahmen wurden nur Maßnahmen gemäß §§ 27 ff SGB VIII (Hilfe zur Erziehung) und gemäß § 35a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) berücksichtigt. In die Auswertung wurden die Unterbringung in einer Kindertagespflege nach § 23 SGB VIII, die drei Mal eingeleitet wurde sowie die Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII, die in diesem Zeitraum zwei Mal initiiert wurde, nicht berücksichtigt.

Innerhalb der Gesamtgruppe fand sich eine nahezu gleiche Geschlechtsverteilung, die Patienten waren zu 49,7 % männlich und zu 50,3 % weiblich. Das Durchschnittsalter der Gesamtgruppe lag bei 13,8 Jahren (sd=3,05)

Die Auswertung erfolgte zunächst deskriptiv. Der Gruppenvergleich kategorialer Daten erfolgte über χ^2 -Berechnungen. Zur Beantwortung der Frage, welche Variablen einen Vorhersagewert für einen Jugendhilfebedarf haben, wurden für die im Gruppenvergleich signifikanten Variablen zunächst die odds ratios berechnet. Dieses Maß drückt aus, wie sich die Wahrscheinlichkeit einer abhängigen Variablen bei Vorliegen einer bestimmten unabhängigen Variablen verändert. In einem weiteren Analyseschritt wurde eine logistische Regression mit den im Gruppenvergleich signifikant differierenden Variablen durchgeführt. Es handelt sich dabei um ein statistisches Verfahren zur Prüfung des Einflusses unabhängiger Variablen auf eine binäre abhängige Variable.

Ergebnisse

Jugendhilfebedarf

In der Analyse der als indizierten/empfohlenen oder auch durchgeführten/veranlassten Jugendhilfemaßnahmen in Folge der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ergaben sich Auswertungsprobleme aus einer teilweise uneinheitlichen Dokumentationsform. So wurden vielfach mehrere Maßnahmen als indiziert/empfohlen, teilweise auch als durchgeführt/veranlasst dokumentiert bzw. einzelne Maßnahmen sowohl als indiziert als auch als durchgeführt/veranlasst angegeben. Daraus ergab sich eine Reihe von Doppelnennungen. Die Daten wurden aus Gründen der besseren Verwertbarkeit dahin aufgearbeitet, dass in Fällen, in denen eine Maßnahme veranlasst/durchgeführt wurde, die Indikation für eine weitere Maßnahme keine Berücksichtigung mehr fand. Wurden mehrere Maßnahmen als indiziert bzw. als durchgeführt angegeben, fand in der Auswertung nur die jeweils intensivere Maßnahme Eingang. Dies führt zu einer eher konservativen Bewertung des indizierten Jugendhilfebedarfs.

Von den 776 Patienten wurden bei insgesamt 367 (47 %) im Anschluss an den stationären Aufenthalt entweder eine Maßnahme der Jugendhilfe gemäß §§ 27 ff (Hilfen zur Erziehung) oder § 35a (Eingliederungshilfe) SGB VIII als indiziert angesehen oder direkt eingeleitet. Nach den Angaben in der

Basisdokumentation wurden dabei in 180 Fällen die Maßnahmen direkt veranlasst bzw. eingeleitet. Dies sind gut 23 % aller Kinder und Jugendlichen in diesem Behandlungszeitraum und 49 % der Kinder und Jugendlichen, für die eine Anschlussmaßnahme im Rahmen des SGB VIII als indiziert angesehen wurde.

Die Basisdokumentation lässt bei den Hilfen gemäß KJHG Hilfen nach § 35a SGB VIII, Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder, eine Angabe zu, ohne die Art der Maßnahme näher zu beschreiben. Bei der Angabe handelt es sich demnach um eine Rechtsgrundlage für eine Maßnahme, nicht aber um eine detaillierte Angabe zu einer Form der Maßnahme. Eingliederungshilfen können in ambulanter, teilstationärer oder stationärer Form erbracht werden, so dass man bei der Dokumentation der Hilfen davon ausgehen muss, dass nicht immer zwischen der Rechtsgrundlage der Hilfe und der Hilfeform unterschieden wird.

Es geht aber aus der Dokumentation hervor, dass für 170 der insgesamt 367 indizierten oder veranlassten Maßnahmen nach dem KJHG eine seelische Behinderung oder eine drohende seelische Behinderung als rechtliche Grundlage zugrunde gelegt wurde. Es handelt sich dabei um gut 46 % aller Maßnahmen. Dabei wurde in 49 Fällen eine Hilfe gemäß § 35a als indiziert angesehen und in 56 Fällen als veranlasst dokumentiert, ohne dass die Form der Hilfen spezifiziert wurde. In den restlichen Fällen war mit der Angabe zum § 35a auch jeweils eine konkrete Hilfeform angegeben.

Eine Aufschlüsselung der Hilfeformen zeigt die Tabelle.

Hilfeform gemäß ... KJHG	Maßnahme indiziert/empfohlen		Maßnahme veranlasst/eingeleitet		Summe	
	n	%	n	%	n	%
§28: Erziehungsbeberatung	20	10,7%	16	8,9%	36	9,8%
§29: Soziale Gruppenarbeit	1	0,5%	1	0,6%	2	0,5%
§30: Erziehungsbeistandschaft	11	5,9%	12	6,7%	23	6,3%
§31: Sozialpäd. Familienhilfe	18	9,6%	7	3,9%	25	6,8%
§32: Tagesgruppe	14	7,5%	13	7,2%	27	7,4%
§ 33: Vollzeitpflege	1	0,5%	3	1,7%	4	1,1%
§34: Heimerziehung	68	36,4%	67	37,2%	135	36,8%
<i>(davon Neumaßnahmen*</i>	68	36,4%	44	24,4%	112	30,5%)
§35: Intensive sozialpäd. Einzelbetreuung	2	1,1%	4	2,2%	6	1,6%
§42: Hilfe für junge Volljährige	3	1,6%	1	0,6%	4	1,1%
§35a: Eingliederungshilfe ohne Nennung der Hilfeform	49	26,2%	56	31,1%	105	28,6%
Summe	187		180		367	

*) die Neumaßnahmen sind in der darüberliegenden Spalte enthalten.

Tab. 1: Aufschlüsselung der Maßnahmen nach KJHG nach Hilfeformen (N=367)

Es verdeutlicht sich, dass sowohl bei den empfohlenen als auch bei den eingeleiteten Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung die stationären Maßnahme nach § 34 SGB VIII, Heimerziehung, oder Eingliederungshilfe in vollstationärer Form, die größte Rolle spielen. Bei jeweils über einem Drittel aller Maßnahmen handelt es sich um eine solche stationäre Maßnahme. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass 38 Kinder/Jugendliche (knapp 5 %) aus einer stationären Jugendhilfemaßnahme zur stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung kamen. Nicht in allen 38 Fällen folgte auch wieder eine Übernahme in die stationäre Jugendhilfeeinrichtung nach dem Klinikaufenthalt, sondern nur in 23 Fällen. Somit handelt es sich bei den durchgeführten stationären Jugendhilfemaßnahmen in 44 Fällen (24,5 % aller Maßnahmen, 5,6 % aller Fälle) um neue stationäre JH-Maßnahme.

An zweiter Stelle steht die Erziehungsberatung als ambulante Jugendhilfemaßnahme, gefolgt von der Sozialpädagogischen Familienhilfe.

Differenziert man die Jugendhilfemaßnahmen nach ambulant (Erziehungsberatung (EB), soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistandschaft, SPFH), teilstationär (Tagesgruppe) und stationär (Vollzeitpflege, Heimerziehung), so überwiegen die stationären Hilfen mit insgesamt 38 % aller indizierten oder durchgeführten Maßnahmen deutlich. Selbst unter der Berücksichtigung der reinen Jugendhilfeneufälle handelt es sich bei knapp jeder vierten Maßnahme um eine Maßnahme außerhalb der Familie. Dies ist insgesamt eine eher konservative Berechnung, da bei knapp 30 % der indizierten oder veranlassten Hilfen lediglich die Rechtsgrundlage (§ 35a), nicht aber die Ausgestaltung der Hilfeform benannt wird.

Die Geschlechtsverteilung zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe mit indizierten/durchgeführten Jugendhilfemaßnahmen und der Gruppe ohne solche Anschlussmaßnahmen ($\chi^2=9,8$; $p=0,002$). In erster Gruppe waren 56 % männliche und 44 % weibliche Patienten, während in der Gruppe ohne Anschlussmaßnahme nach SGB VIII das Geschlechtsverhältnis exakt umgekehrt war. Dieser Geschlechtsunterschied wird allerdings durch die Diagnoseverteilung generiert (siehe unten). Keinen bedeutsamen Unterschied zwischen den beiden Gruppen gab es hinsichtlich des Durchschnittsalters (13,6 Jahre vs. 14,0 Jahre; $F=1,6$; $p=0,2$).

Diagnosen

Die unterschiedlichen Diagnosen wurden zur übersichtlicheren Auswertbarkeit nach folgenden diagnostischen Oberkategorien, bei häufigeren Diagnosen teilweise auch nach Unterkategorien zusammengefasst.

F 20 = Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F 30 = Affektive Störungen

F 40 = sonstige neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F 42 = Zwangsstörungen

F 43 = Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

- F 44 – F 48 = Dissoziative Störungen, somatoforme Störungen, sonstige neurotische Störungen
- F 50 = Essstörungen
- F 60 = Persönlichkeitsstörungen
- F 84 = Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- F 90 – 91 = Hyperkinetische Störungen / Störungen des Sozialverhaltens
- F 92 = Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F 93 = Emotionale Störungen des Kindesalters
- F 94 = Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F 98 = andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Die Verteilung der Diagnosen innerhalb der Gruppen ohne indizierte bzw. durchgeführte JH-Maßnahme und der Gruppe mit indizierter bzw. durchgeführter JH-Maßnahme zeigt im Wesentlichen in zwei Bereichen deutliche Unterschiede.

In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit einer indizierten oder auch eingeleiteten JH-Maßnahme haben gut 40 % der Fälle eine Diagnose aus dem Bereich der hyperkinetischen Störungen/Störungen des Sozialverhaltens. An zweiter Stelle führen Essstörungen (9 %), gefolgt von Anpassungsstörungen (8 %) zu einem Bedarf nach SGB VIII. In den Fällen ohne Jugendhilfebedarf im Anschluss an eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung stehen die Diagnosen der Essstörungen mit knapp 20 % im Vordergrund (Abb.1). Hinsichtlich der Diagnosen scheint nicht nur die reine Verteilung der Diagnosen in den Gruppen mit und ohne JH-Bedarf von Interesse, sondern der Anteil der indizierten oder durchgeführten Maßnahmen innerhalb einer Diagnosegruppe. Die Abb. 2 verdeutlicht, dass in den Diagnosegruppen der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, den externalen Störungen (Hyperkinetisches Syndrom, Störungen des Sozialverhaltens) und im Bereich der kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen in jeweils 68 – 70 % aller Fälle ein Bedarf für eine anschließende Maßnahme nach dem SGB VIII festgestellt wurde.

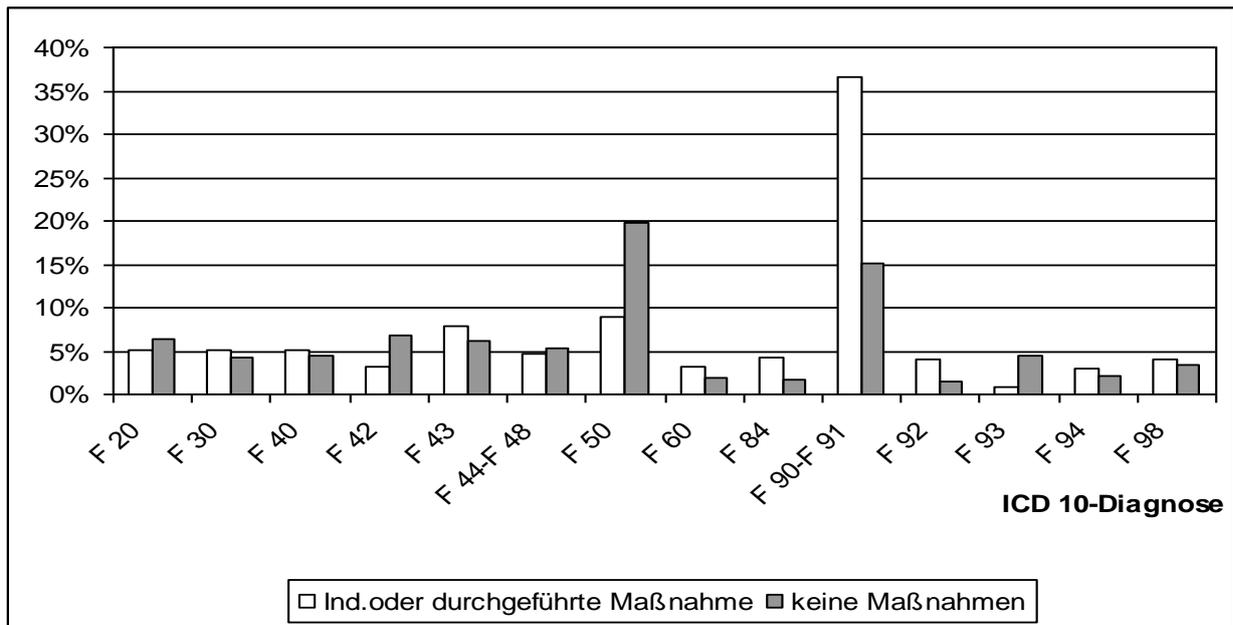


Abb. 1: Häufigkeiten von Diagnosen in der Gruppe mit Bedarf nach SGB VIII (n=367) und der Gruppe ohne Bedarf nach SGB VIII (n=409)

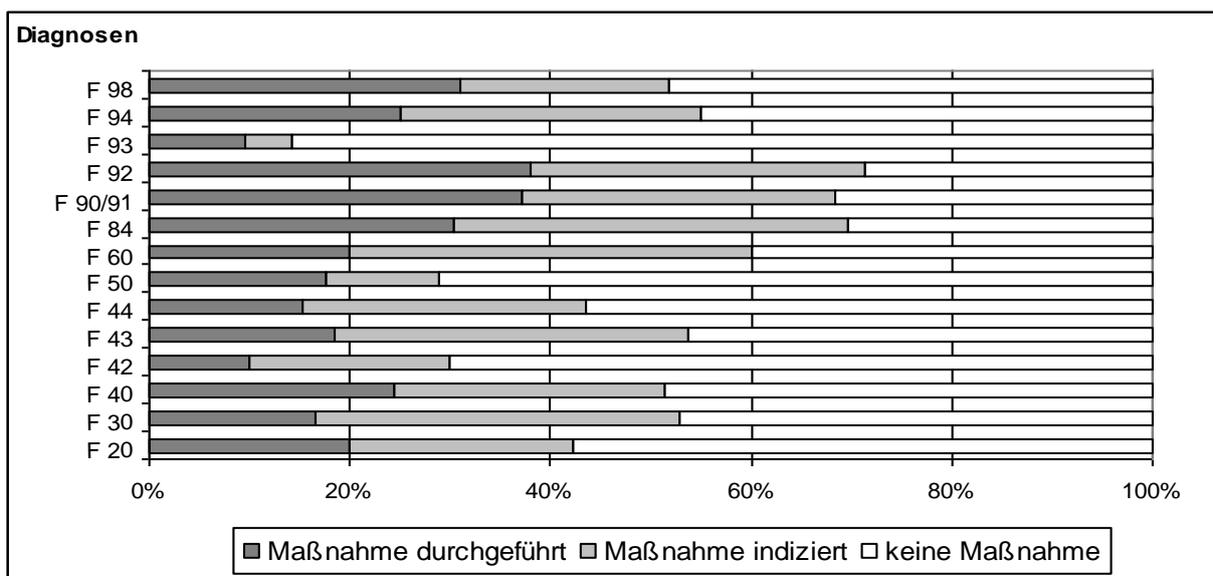


Abb. 2: Anteil von indiziertem bzw. eingeleitetem Bedarf nach SGB VIII je Diagnosegruppe (N=776)

Sozioökonomischer Status, familiäre Situation und Auffälligkeiten im Kindergarten

Die in der Basisdokumentation sehr differenzierte 11-stufige Schichtzuordnung wurde für die Auswertung auf folgende 5 Stufen reduziert:

1. An- und ungelernte Arbeiter
2. Facharbeiter, Handwerker, einfache und mittlere Angestellte, Beamte im einfachen und mittleren Dienst
3. Höhere und leitende Angestellte, Beamte im höheren und gehobenen Dienst

4. Kleine selbständige Gewerbetreibende und selbstständige Handwerker mit kleinem Betrieb
5. Selbständige Handwerker und Landwirte mit größerem Betrieb, selbständige Akademiker und größere Unternehmer

Deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen mit und ohne indizierte oder durchgeführte Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ließen sich aus der Basisdokumentation hinsichtlich des sozioökonomischen Status feststellen.

Die Tabelle 2 verdeutlicht, dass die Kinder mit JH-Bedarf signifikant häufiger aus niedrigeren sozialen Schichten kommen und dass weiterhin wesentlich häufiger eine abweichende Familiensituation zu Grunde liegt.

Fast die Hälfte aller Kinder mit JH-Bedarf weist eine abweichende Familiensituation mit getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern auf.

Berücksichtigt man die familiäre Situation, so ist sicherlich auch die Rate der psychischen Erkrankungen bei den Eltern von Bedeutung. Insgesamt wurde in der Basisdokumentation in 334 Fällen (43 %) aller im berücksichtigten Zeitraum stationär behandelte Kinder und Jugendlichen eine psychische Erkrankung eines Elternteils angegeben. Bei den Kindern und Jugendlichen mit Jugendhilfebedarf im Anschluss an die stationäre Behandlung war dies bei fast jedem zweiten Kind der Fall (49 %), bei den Kindern und Jugendlichen ohne Jugendhilfebedarf bei knapp 38 %.

Bei den Kindern mit Jugendhilfebedarf wird aus der Basisdokumentation auch oft eine chronifizierte oder früh beginnende Problematik sichtbar. Bei gut 21 % der Kinder mit Jugendhilfebedarf wurden Störungen bereits im Kindergarten dokumentiert, in der Gruppe der Kinder ohne Jugendhilfebedarf waren es lediglich gut 10 %. Im Vordergrund standen dabei Kontaktstörungen (11,7 % vs 5,1 %), gefolgt von hyperkinetischen Verhaltensweisen (10,4 % vs 3,7 %), aggressiven Verhaltensweisen (10 % vs 3 %) und Trennungsängstlichkeit (6 % vs 4,4 %).

	Mit indizierten oder durchgeführten JH-Maßnahmen (n=367)	Ohne JH-Maßnahme (n=404)	
Schichtzugehörigkeit			chi ² =33,4; α<0,001
An- und ungelernnte Arbeiter	26,0%	16,8%	
Facharb./mittl. Angestellte	51,7%	43,7%	
Höhere Angest./mittl. Beamte/gehob. Dienst	5,9%	12,1%	
Kl. und mittl. Angest.	5,6%	7,1%	
Größere Betriebe/Akademiker	10,7%	20,3%	
Familiensituation			
Eltern getrennt/geschieden/nie zusammengelebt	48,7%	29,7%	chi ² =27,4; α<0,001
Leben nicht bei leiblicher Mutter	21,1%	8,7%	chi ² =37,8; α<0,001
Leben nicht bei leiblichem Vater	50,2%	28,1%	chi ² =51,6; α<0,001
Psychische Erkrankung in der Familie	49%	38%	chi ² =10,2; α<0,001
Störungen im Kindergarten	21,5%	10,7%	chi ² =16,8; α<0,001

Tab. 2: Schichtzugehörigkeit und familiäre Situation differenziert nach Jugendhilfebedarf im Anschluss an die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung (N=776)

Abnorme assoziiert psychosoziale Umstände

In einem entwicklungspsychopathologischen Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen spielen psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren eine besondere Rolle. Der Zusammenhang assoziierter psychosozialer Risiken und der Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen ist in einer Reihe von Studien gut belegt worden (Ravens-Sieberer et al., 2007, Laucht et al., 2000) und soll deshalb auch unter dem Gesichtspunkt des Jugendhilfebedarfs im Anschluss an eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung analysiert werden. Die Basisdokumentation beruht auf einer multiaxiale Klassifikation (Remschmidt et al., 2006) und ermöglicht die Dokumentation der abnormen assoziierten Umstände gemäß der Achse V (Pouska et al., 1994). Hier werden Aspekte der psychosoziale Situation eines Kindes erfasst, die in den letzten sechs Monaten vor der Behandlung vorgelegen haben, in signifikanter Weise von der Norm abweichen und in ihrer Kumulation als Risikofaktoren für die Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen gelten.

Zunächst wurde eine reine Analyse der Anzahl der Risikofaktoren vorgenommen, wobei die Gruppierung der Anzahl der von Laucht et al. (2000) folgt.

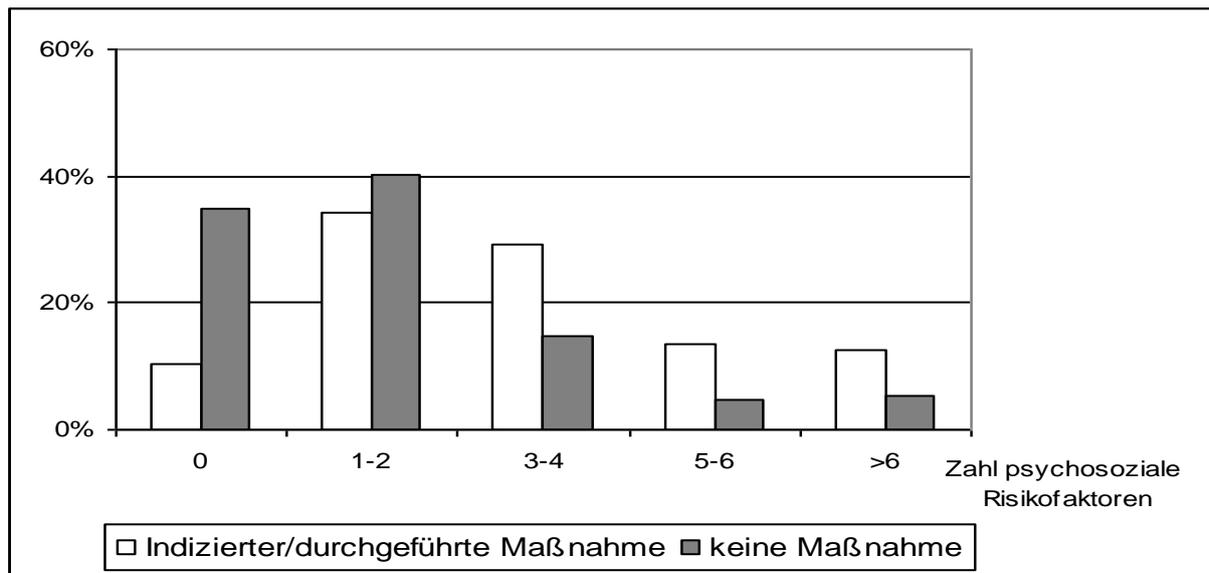


Abb 3: Anzahl psychosozialer Risiken bei Kindern/Jugendlichen mit indiziertem/durchgeführten Jugendhilfebedarf (n=367) und ohne Jugendhilfebedarf (n=409)

Die Abbildung verdeutlicht, dass lediglich 10 % der Kinder und Jugendlichen, für die im Anschluss an die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung indiziert war oder in die Wege geleitet wurde, keine psychosoziale Risikofaktoren aufweisen. In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen ohne Jugendhilfeanschlussmaßnahmen war dies bei gut jedem dritten Patienten der Fall (34 %). Umgekehrt hatte jedes vierte Kind mit anschließendem Jugendhilfebedarf mindestens 5 psychosoziale Risikofaktoren auf sich vereint, in der Gruppe ohne Jugendhilfeanschlussmaßnahmen waren dies 10 %. Daraus lässt sich berechnen, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Jugendhilfeanschlussmaßnahme nach einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit 5 oder mehr Risikofaktoren bei über 70 % lag.

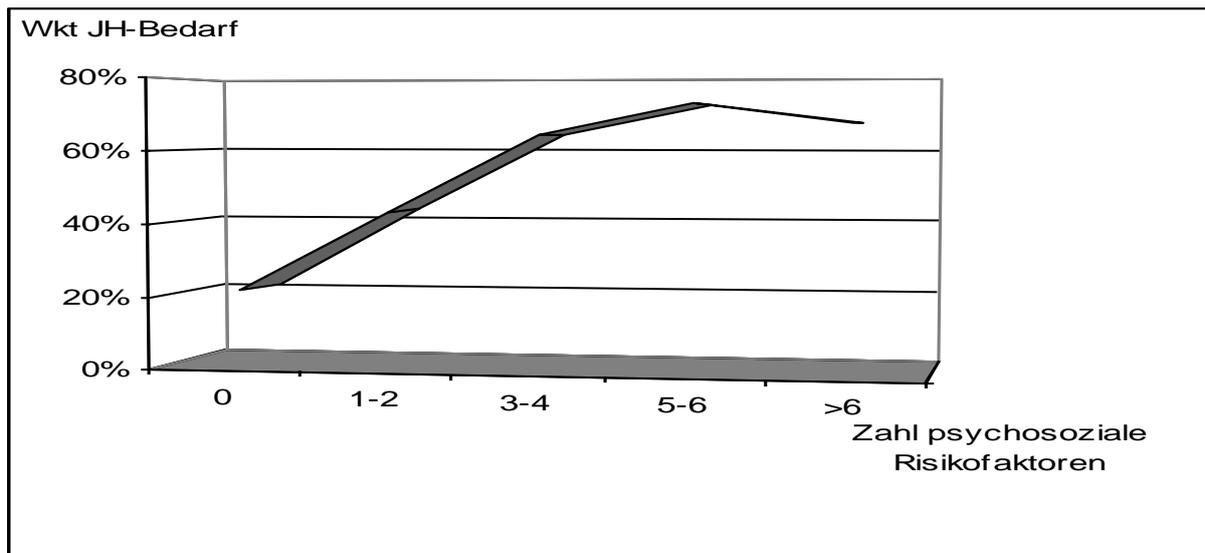


Abb. 4: Zusammenhang Anzahl psychosoziale Risikofaktoren und Wahrscheinlichkeit einer JH-Maßnahme im Anschluss an die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung (n=367)

Bei einer Aufschlüsselung unterschiedlicher Risikofaktoren liegt die abweichende Familiensituation an erster Stelle, dieser Risikofaktor wurde bei 45 % aller Kinder und Jugendlichen mit einer indizierten oder eingeleiteten Jugendhilfemaßnahme festgestellt. Bei den Kindern und Jugendlichen ohne JH-Bedarf war dies bei 25 % der Fall. An zweiter Stelle wurde eine psychische Störung der Eltern genannt (43 % vs 25 %), gefolgt von unangemessenen Anforderungen/Nötigungen durch Eltern (32 % vs 12 %), Erziehung, die unzureichende Erfahrung vermittelt (30 % vs 11 %) und Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen (29 % vs 18 %).

Behandlungsergebnis und Beurteilung der psychosozialen Anpassung

Die Achse VI des Multiaxialen Klassifikationssystems ermöglicht die Beurteilung der psychosozialen Anpassung, die auf einer neunstufigen Skala von 0=hervorragende soziale Anpassung bis 8=braucht ständige Betreuung bewertet werden kann.

In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Jugendhilfeanschlussbedarf wird für knapp 60 % aller Fälle die psychosoziale Anpassung als deutlich beeinträchtigt beschrieben (Globalbeurteilung ≥ 4), in der Gruppe ohne JH-Bedarf war dies in knapp 30 % der Fall (Abb. 5). Trotz dieser deutlichen Unterschiede bei der psychosozialen Anpassung wurden die Behandlungserfolge sowohl hinsichtlich der Symptomatik als auch hinsichtlich der Gesamtsituation in beiden Gruppen ähnlich positiv bewertet. Bei etwas 90 % (88,5 % der Gruppe mit JH-Bedarf, 92 % der Gruppe ohne JH-Bedarf) wurden jeweils zumindest eine leichte Verbesserung der Symptomatik konstatiert. In 76 % der Fälle mit JH-Nachsorgebedarf und in 82 % der Fälle ohne JH-Nachsorgebedarf wurde die Gesamtsituation als zumindest etwas, in 25 % bzw. 33 % sogar als deutlich gebessert benannt.

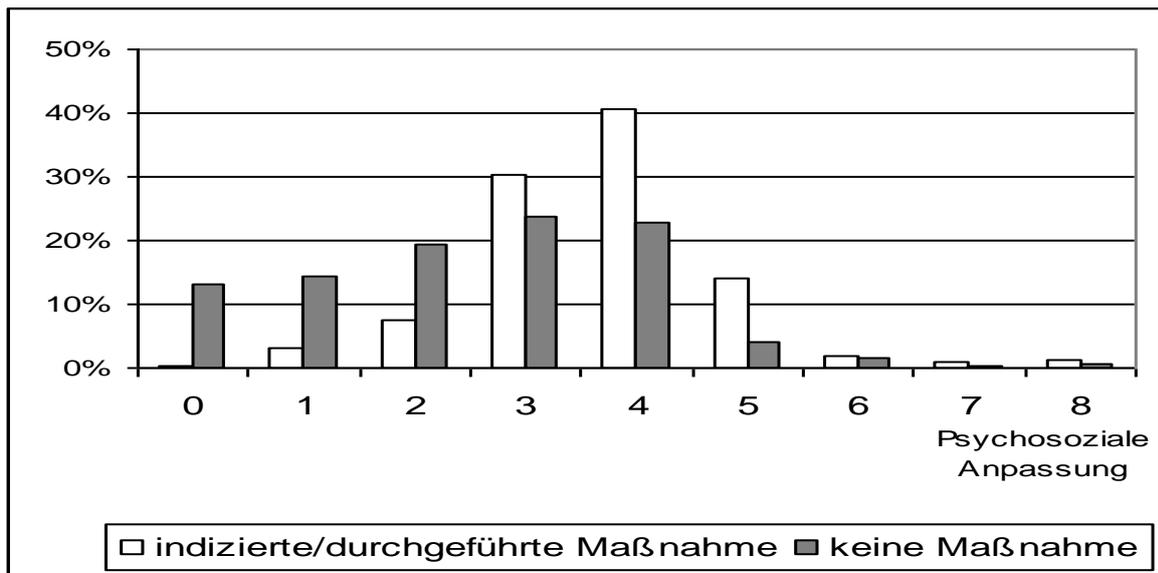


Abb 5: Psychosoziale Anpassung bei Kindern/Jugendlichen mit indiziertem/durchgeführten Jugendhilfebedarf (n=367) und ohne Jugendhilfebedarf (n=409)

Differenzierung nach stationärer versus nicht-stationärer JH-Maßnahme

In einem weiteren Analyseschritt wurde die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit indiziertem Jugendhilfeanschlussbedarf dichotomisiert nach dem Kriterium stationäre (n=135) versus nicht-stationäre (n=232) JH-Anschlussmaßnahme. Weiter wurden die Diagnosen nach externalisierenden Störungen (n=132) versus nicht-externalisierenden Störungen (n=235) differenziert. In der Analyse der Anzahl der psychosozialen Risikofaktoren, abweichende Elternsituation, psychische Erkrankung eines Elternteils, externalen Störungen, Störungen im Kindergarten, Schichtzugehörigkeit und Beziehungsstatus der Eltern lagen keine signifikanten Differenzen zwischen den beiden Gruppen stationäre vs nicht-stationäre JH-Maßnahmen vor. Eine mittlere signifikante Differenz ($p < 0,05$) konnte lediglich bei der psychosozialen Anpassung für eine schlechte Globalbeurteilung der Anpassung für die Kinder und Jugendlichen mit einer Indikation für eine stationäre Anschlussnahme errechnet werden.

Auch hinsichtlich der Diagnosen lassen sich keine statistisch bedeutenden Unterschiede zwischen den stationären und nicht-stationären JH-Maßnahmen erkennen.

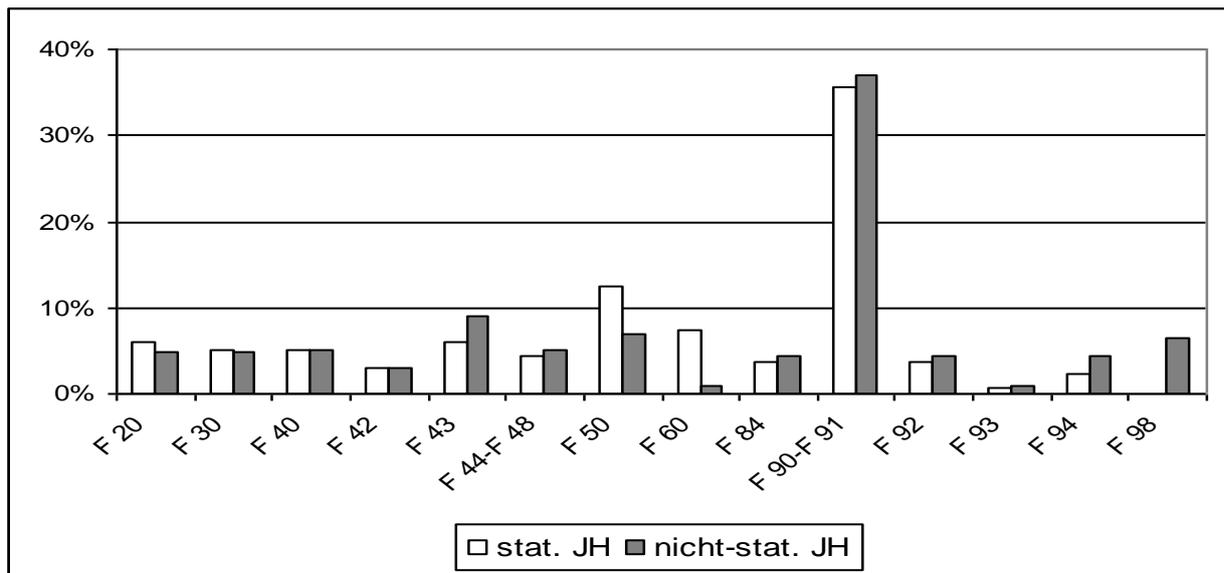


Abb. 6: Diagnosehäufigkeiten in der Gruppe mit stationärem (n=135) und nicht-stationärem Jugendhilfebedarf (n=232) im Anschluss an die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung

Wie die Abbildung 6 zeigt, kommt es in der Diagnosegruppe F 50 (Essstörungen) und der Diagnosegruppe F 60 (Persönlichkeitsstörungen) häufiger zu stationären als zu nicht-stationären Maßnahmen, Ausscheidungsstörungen (F 98) führen dagegen primär zu nicht-stationären Maßnahmen.

Risikofaktoren für einen Anschluss-Jugendhilfebedarf nach einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Aus den bisherigen Ausführungen verdeutlicht sich, dass zwischen der Gruppe mit einem Jugendhilfebedarf nach einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung und der Gruppe ohne Jugendhilfebedarf nach einer solchen Behandlung signifikante Unterschiede in den folgenden Variablen vorliegen:

- Abweichende Elternsituation
- Schichtzugehörigkeit
- Anzahl der psychosoziale Belastungsfaktoren
- Psychische Störung eines Elternteils
- Störung im Kindergarten
- Diagnosegruppe externale Störung – nicht externale Störung

Für diese Variablen wurden die odds ratios berechnet. Dieses Maß drückt bei Vorliegen der entsprechenden Variablen (unabhängige Variable) die Wahrscheinlichkeit bzw. das Risiko gegenüber einem Risiko von 1 (kein erhöhtes Risiko) für eine Anschluss-Jugendhilfemaßnahme (abhängige Variable) aus.

Unabhängige Variable	Odds ratio
----------------------	------------

• Externale Störung		3,23
• Abweichende Elternsituation		2,32
• Störung im Kindergarten		2,27
• Psychische Erkrankung eines Elternteils		1,59
• Schichtzugehörigkeit:		
	Un- und angelernter Arbeiter	1,80
	Facharbeiter/mittl. Angestellter	1,46
	Höh. Angesellter/mittl Beamter/gehob. Dienst	0,48
	Kl. und mittl. Selbständige	0,82
	Größere Betrieb/Akademiker	0,50
• Zahl der psychosozialen Belastungsfaktoren		
	0	0,21
	1-2	0,77
	3-4	2,35
	5-6	3,23
	> 6	2,52

Tabelle 3: Risiko für eine Jugendhilfeanschlussmaßnahme (N=776)

Es verdeutlicht sich, dass das Vorliegen einer externalen Störung sowie eine Kumulation psychosozialer Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit für eine Jugendhilfe-Anschlussmaßnahme um ein über Dreifaches erhöhen. Des Weiteren wird die Wahrscheinlichkeit für ein Jugendhilfemaßnahme im Anschluss an eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung durch eine abweichende Elternsituation und einen frühen Beginn der Störung um ein über Zweifaches erhöht, sichtbar wird auch der Zusammenhang zum sozioökonomischen Status mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für untere Schichten.

In einem weiteren Analyseschritt wurde eine logistische Regression mit den unabhängigen Variablen Abweichende Elternsituation, Schichtzugehörigkeit, Anzahl der psychosoziale Belastungsfaktoren, Psychische Störung eines Elternteils, Störung im Kindergarten sowie Diagnosegruppe externale Störung – nicht externale Störung durchgeführt.

Für alle Variablen besteht ein positiver signifikanter Zusammenhang zur abhängigen Variable Jugendhilfebedarf. Das Modell mit einer Einbeziehung der aufgeführten unabhängigen Variablen ist allerdings lediglich in der Lage, 22 % der Varianz der abhängigen Variable Jugendhilfebedarf aufzuklären. Auf der Basis der einbezogenen Variablen ist eine Richtigklassifikation zu Jugendhilfebedarf von 68 % möglich. Die schwache Varianzaufklärung und die mäßige Richtigklassifikation durch die einbezogenen Variablen bedeuten, dass die Vorhersage einer Jugendhilfe-Anschlussmaßnahme modellhaft durch die einbezogenen Variablen nur unzureichend möglich ist.

Zusammenfassung und Diskussion

Die Auswertung der Basisdokumentation hinsichtlich des Bedarfs nach Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 27 ff bzw. Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII der Patienten der Würzburger Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ergab, dass für fast jeden vierten Patienten im Anschluss an die stationäre Behandlung eine Jugendhilfemaßnahme eingeleitet wurde. Bei weiteren knapp 25 % wurde eine solche Maßnahme als indiziert angesehen.

Damit bleibt festzuhalten, dass es sich bei nahezu der Hälfte der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel um ein mit dem Hilfesystem Jugendhilfe gemeinsames Klientel handelt. Hierbei erscheint von Interesse, dass lediglich knapp jede zweite Jugendhilfemaßnahmen (46 %) auf der Rechtsgrundlage des § 35a SGB VIII basierte. Die häufig durch die öffentliche Jugendhilfe kritisch bewertete Bedarfsentwicklung von Jugendhilfemaßnahmen im Sinne der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII findet hier also keine Entsprechung, bei der Hälfte der Maßnahmen handelt es sich um Hilfen zur Erziehung gemäß § 27ff SGB VIII.

Im Vordergrund stehen die stationären Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen in stationärer Form. Insgesamt war bei 17 % aller kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten eine außerhäusliche Jugendhilfemaßnahme als durchgeführt oder indiziert angegeben. Fast bei jeder dritten indizierten oder durchgeführten Jugendhilfemaßnahme handelte es sich um eine stationäre Form. Legt man die Annahme zu Grunde, dass es sich bei dem über § 35a angegebenen Hilfebedarf ohne konkrete Nennung der Hilfeart ebenfalls bei jeder dritten um eine stationäre Hilfe handelt, errechnet sich ein Bedarf an Fremdunterbringungen von 20 %. Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen auch Martinius et al (1996) in ihrer Analyse der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen eines Jahres in der Heckscher Klinik. Sie stellten eine indizierte Fremdunterbringungsrate von 40 % für ihre Klientel fest. In gut 18 % handelte es sich um Fremdunterbringungen in einem Heim. Etwas niedriger lag die Rate in der Stichtagserhebung von Gintzel und Schone (1989), die mit der Fragestellung des quantitativen Überschneidungsbereichs von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heimen eine Rate von 14 % stationärem kinder- und jugendpsychiatrischem Klientel fanden, das in eine Heimeinrichtung überführt wurde.

In der Stichprobe von Martinius et al. (1996) wurden allerdings nur 70 % der Fremdunterbringungsmaßnahmen auch tatsächlich realisiert, 30 % der Kinder und Jugendlichen kehrten gegen die Empfehlung in die Herkunftsfamilien zurück.

Auch für die hier vorgestellte Stichprobe ist festzuhalten, dass nur etwa die Hälfte aller indizierten Maßnahmen im Anschluss an den klinischen Aufenthalt auch direkt umgesetzt oder eingeleitet wurde. Es scheint also eine deutliche Lücke zwischen indiziertem und gedecktem Jugendhilfebedarf im Anschluss an stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen zu geben.

Jährlich werden nach Jungmann (2007) in der Bundesrepublik Deutschland 28 000 Kinder- und Jugendliche stationär oder teilstationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt. Unter Berücksichtigung des Jugendhilfebedarfs der Würzburger Stichprobe von 47 % würde dies zu einem bundesweiten Bedarf von gut 13 000 Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an eine stationäre oder teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung führen. Geht man vom konservativ geschätzten Jugendhilfebedarf in stationärer Form von gut 17 % aus, so liegt die Anzahl der Neufälle für stationäre Jugendhilfemaßnahmen für Kinder und Jugendliche aus einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung bei über 4700.

Ein Blick auf die Zahlen der Neufälle von Heimunterbringungen insgesamt (Statistisches Bundesamt, 2006) zeigt für das Jahr 2006 24 544 Neufälle an Heimunterbringungen.

Dies bedeutet, dass es sich bei 19 - 20 % der stationären Jugendhilfeneufälle um Kinder- und Jugendliche aus einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung handeln dürfte.

Der Gruppenvergleich zwischen den Kindern und Jugendlichen mit und ohne Jugendhilfebedarf zeigt natürlich Unterschiede im Profil der Diagnoseverteilung, externale Störungen stehen in der Gruppe mit Jugendhilfebedarf deutlich im Vordergrund. Ein Blick auf den Anteil von indizierten und durchgeführten Jugendhilfemaßnahmen innerhalb einer Diagnosegruppe verdeutlicht, dass insbesondere die kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und die Persönlichkeits(entwicklungs-)störungen in 60 bis 70 % zu einem an den stationären Aufenthalt anschließenden Jugendhilfebedarf führen.

Weitere Besonderheiten für die Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen im Setting der Jugendhilfe erwachsen mit dem Blick auf die den Jugendhilfebedarf assoziierten Faktoren. Bei den Kindern mit Jugendhilfebedarf handelt es sich häufig um Kinder mit früh beginnenden Störungen, bei denen bereits im Kindergarten auffälliges Verhalten beschrieben wird. Weiter sehen wir häufiger als in der Vergleichsgruppe abweichende familiäre Situationen, häufiger psychisch kranke Eltern sowie eine Kumulation psychosozialer Risikofaktoren. Auch wenn der Behandlungserfolg für beide Gruppen in der Klinik als vergleichbar positiv beschrieben wird, zeigen die Kinder und Jugendlichen mit Jugendhilfebedarf ein deutlich schlechteres psychosoziales Funktionsniveau. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass diese Kinder bereits ein schlechteres prämorbid psychosoziales Funktionsniveau haben und der klinische Aufenthalt zu einer Veränderung der Symptomatik, aber nur in Grenzen zu einer Verbesserung des Funktionsniveaus führt. Die familiäre Tragfähigkeit und damit auch die Familie als Kooperationspartner ist eingeschränkt, bei knapp der Hälfte aller Kinder und Jugendlichen mit einem an den stationären Aufenthalt indizierten Jugendhilfebedarf liegt eine abweichende Elternsituation vor, bei 50 % ist eine psychische Erkrankung eines Elternteiles angegeben. Von der Jugendhilfe - und hier insbesondere die stationäre Form - verlangt dies eine Anpassung ihrer Konzepte der Elternarbeit an diese Rahmenbedingungen. Dazu gehört z.B. auch Störungs-, Beratungs- und Interventionswissen für die häufig psychisch kranken Eltern, im Bedarfsfall eine Zusammenarbeit mit den psychosozialen Versorgungssystemen für die Eltern und eine Berücksichtigung dieser besonderen Entwicklungsbedingungen der Kinder unter dem Aspekt der Bindung und der Bindungsstörungen. Jugendhilfebedarf entsteht eben nicht alleine für Kinder mit psychischen Störungen, sondern für Kinder mit chronifizierten psychischen Störungen auf dem Hintergrund intensiver psychosozialer Risiken und einem Mangel stabilisierender familiärer Ressourcen. Die einfache Formel gute Kooperation mit den Eltern - positive Effekte in der Jugendhilfe, wie sie teilweise aus der JES-

Studie (Schmidt et al., 2002) herausgelesen wird, muss auf diesem Hintergrund neu bewertet werden.

Trotz deutlicher und signifikanter Unterschiede zwischen der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit und der Kinder und Jugendlichen ohne einen Bedarf an eine Jugendhilfe-Anschlussmaßnahme bilden die angeführten Risikovariablen nur ein unzureichendes Modell für die Vorhersage eines Jugendhilfebedarfes ab. Dies kann bedeuten, dass andere, nicht in die Analyse eingebezogener bzw. in der Basisdokumentation erfasster Variablen einen bedeutenderen prädiktiven Wert für einen Jugendhilfebedarf habe. Es kann aber auch bedeuten, dass die Entscheidung für eine Anschlussmaßnahme kaum auf der fachlichen Basis bedarfsgenerierender Variablen erfolgt.

Die Analyse der kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel der Universitätsklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Würzburg verdeutlicht, welche hohen Anforderungen das beschriebene Klientel an die Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe stellt. Im Idealfall findet bei Bedarf im Rahmen eines frühzeitig eingeleiteten Hilfeplanverfahrens eine lückenlose Überführung von einem Hilfesystem in das andere statt. Nach der vorliegenden Analyse werden aber nur 50 % der indizierten Maßnahmen direkt realisiert. Dies bedeutet, dass der Bedarf zwar indiziert, aber entweder zeitversetzt oder überhaupt nicht realisiert wird. Eine zeitversetzte Realisierung des Jugendhilfebedarfs führt Kinder und Jugendliche oft in ein die Entwicklung gefährdendes familiäres System zurück, womit eine im stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Rahmen begonnene Stabilisierung gefährdet ist.

Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie kann auf Grund der verkürzten Aufenthaltsdauer (nach Warnke und Lehmkuhl (2003) durchschnittlich 60 Tage) mit in hohem Maße diagnostischem Auftrag und eher kurz- bis mittelfristigen Interventionsmöglichkeiten sicherlich nur befristet der von Libal und Fegert (2004) formulierte Lern- und Lebensort sein. Qualifizierte Jugendhilfeeinrichtungen kommen als längerfristige Lern- und Lebensorte in Frage. Für die Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen, die auch auf der Rechtsgrundlage § 35a aufgenommen werden, setzt dies die Integration therapeutischer Kompetenz in die Betreuungskonzepte und die Berücksichtigung der besonderen Anforderungen der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen voraus (siehe Beck et al., 2006).

Recht undifferenziert erscheint nach der vorliegenden Analyse die Zuordnung zu einer spezifischen Hilfeform aus den Möglichkeiten des SGB VIII. Im Sinne einer indizierten Jugendhilfe gilt es, in der Zusammenarbeit Kinder- und Jugendpsychiatrie – Kinder- und Jugendhilfe Indikatoren für eine möglichst zielgenaue Zuordnung zu unterschiedlichen Hilfeformen zu gewinnen. Dies muss in die Hilfeplanung mit einfließen und durch das Zusammenwirken der öffentlichen Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewährleistet werden.

Literatur

- Beck N., Strempele K., Werner S. (2006). Integration von verhaltenstherapeutisch orientierter Psychotherapie in die Heimerziehung: Das Beispiel des Therapeutischen Heims Sankt Joseph. Verhaltenstherapie mit Kinder und Jugendlichen, Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 2 (2), 77-87
- Fegert M., Schrappner CH. (Hrsg.) (2004). Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie: Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa
- Gintzel U., Schöne R. (1989). Erziehungshilfen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Problemlagen junger Menschen, Entscheidungsprozesse, Konflikte und Kooperationen. Regensburg, Walhalla und Praetoria Verlag
- Hurrelmann K. (2002). Psycho- und somatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 45, 866 – 872
- Ihle W., Esser G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechterunterschiede. Psychologische Rundschau, 53 (4), 159 -169
- Jungmann J. (2007). Kooperation als Programm: Zur qualifizierten Versorgung psychisch kranker junger Menschen mit komplexem Hilfebedarf. EREV-Schriftenreihe, 48, 33 – 41
- Laucht M., Esser G., Schmidt M.H (2000) Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, 246-262.
- Libal G., Fegert J (2004). Behandlungs- und Hilfeformen der kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. Ein einführender Überblick. In: Fegert M., Schrappner Ch. (Hrsg.) (2004). Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie: Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa, 225 – 242
- Martinius J., Krick, G., Reitingner H. (1996). Kinder und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe: Der Alltag des Umgangs miteinander – Ergebnisse einer Untersuchung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 45, 170 – 173.
- Nützel J., Schmid M. Goldbeck L., Fegert J.M. (2005). Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern. Praxis der Kinderpsychologie und der Kinderpsychiatrie, 54, 627 – 644
- Poustka F., Bästlein M., Naprinski C., Schmeck G., Schmötzner G. (1994). Assoziierte Aktuelle Abnorme Psychosoziale Umstände. Achse Fünf des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (ICD-10). Swets Test Service, Frankfurt
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, 871-878
- Remschmidt H., Schmidt M.H., Poustka F. (2006). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO

Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. Bern: Huber, Schmidt M., Schneider K., Hohm E., Pickartz A., Mascenaere M., Petermann F., Flosdorf P., Hölzl H., Knab E. (2002). Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Kohlhammer, Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (2006). Kinder- und Jugendhilfestatistiken - Hilfe zur Erziehung außerhalb des Elternhauses (Wohnform, Beginn).

Warnke A., Lehmkuhl G. (2003). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Schattauer, Stuttgart

Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Eine Interventionsform in der (teil-)stationären Jugendhilfe?

(Veröffentlicht in: Dialog Erziehungshilfe, 4-2014, 34-40)

Einleitung

Die psychosoziale Betreuung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den unterschiedlichen Settings der Hilfen zur Erziehung und der Eingliederungshilfe gemäß §35a SGB VIII stellt insbesondere im Bereich der teilstationären und stationären Angebote zunehmende Anforderungen an die pädagogische und therapeutische Expertise dieser Versorgungsstrukturen. Die Rate der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen in diesen Settings liegt bei 60 – 70%, die psychotherapeutische und die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung ist oft insuffizient (Schmid, 2007).

In ihrer professionellen Entwicklung befinden sich diese Versorgungssysteme dabei in einem Spannungsfeld zwischen der Forderung nach Entspezialisierung und dem Vorwurf der Therapeutisierung bzw. Psychiatrisierung (und dem evt. damit verbundenen Verlustes eines primär pädagogischen Selbstverständnisses) auf der einen Seite und der Anforderung, spezifische heilpädagogische und therapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche mit multiplen Problemkonstellationen und Risikofaktoren vorzuhalten.

Insbesondere im Bereich der stationären Hilfen lässt sich, z.T. unter dem Aspekt, durch störungsspezifische Konzepte „Marktanteile“ zu sichern, feststellen, dass psychotherapeutische Ausrichtungen und Methoden in den Konzepten herausgestrichen werden. Bezüglich der psychotherapeutischen Ausrichtung wird dabei häufig Bezug genommen auf die Verhaltenstherapie oder zumindest eine verhaltenstherapeutische Orientierung. Bei näherer Betrachtung wird diese therapeutische Ausrichtung dabei gelegentlich reduziert auf das Einrichten von Verstärkerplänen im pädagogischen Kontext. Diese Reduktion entspricht in keiner Weise der diagnostischen Komplexität, den therapeutischen Zielsetzungen und der Methodenvielfalt der Verhaltenstherapie und lässt in einer solchen Reduktion auf singuläre Methode des „token economics“ viele Möglichkeiten verhaltenstherapeutischen Handelns ungenutzt.

In der Folge soll deshalb der Versuch unternommen werden, die Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen als Möglichkeit therapeutischen Intervenierens im Setting stationärer erzieherischer Hilfen oder Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in stationärer Form zu skizzieren.

Zunächst: Was ist Psychotherapie

Ein Meilenstein hinsichtlich der berufsrechtlichen und inhaltlichen Positionierung psychotherapeutischer Leistungen ist das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes zum 01.01.1999. Bis zu diesem Zeitpunkt war psychotherapeutische Behandlung nur durch entsprechend ausgebildete Mediziner als direkte Leistungen der Krankenkassen anerkannt. Diplompsychologen, Theologen und Soziologen mit entsprechenden Ausbildungen konnten lediglich im Delegationsverfahren oder im Kostenerstattungsverfahren psychotherapeutische Leistungen erbringen. Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes sind zwei psychotherapeutische Heilberufe anerkannt worden. Der approbierte Psychologische Psychotherapeut und der approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Der Begriff Psychotherapeut wurde geschützt und der Zugang zu diesen Heilberufen, die inhaltliche Ausgestaltung der Ausbildung und die Anerkennung entsprechender Therapieformen geregelt. Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten ist ein abgeschlossenes Psychologiestudium. Für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden auch Studiengänge wie Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Pädagogik oder Heilpädagogik, z.T. Sonderpädagogik anerkannt.

Bei Erfüllung der Zugangsvoraussetzungen eines entsprechenden Hochschulabschlusses erfolgt eine drei- bis fünfjährige (in Vollzeit oder in Teilzeit) Therapieausbildung an einem anerkannten Ausbildungsinstitut im Umfang von mindestens 4200 Ausbildungsstunden. Diese Ausbildung schließt mit einer staatlichen Prüfung ab, der erfolgreiche Abschluss berechtigt zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen. Die Ausbildung erfolgt schwerpunktmäßig in einer der durch die Krankenkassen anerkannten und durch den gemeinsamen Bundeszuschuss über die Durchführung von Psychotherapie festgelegten Therapieverfahren („Richtlinienverfahren“), neben der Verhaltenstherapie ist dies die analytische und die tiefenpsychologische Psychotherapie.

Als Besonderheit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie kann sicherlich die starke Verzahnung zu pädagogischen Prozessen, die stärkere Betonung des erweiterten Umfeldes und sozioökonomischer Rahmenbedingungen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen, die Berücksichtigung entwicklungsabhängiger störungsrelevanter Aspekte, die Bedeutung der interdisziplinären Netzwerkarbeit u.a. mehr gesehen werden. Diese Schnittstelle zur Pädagogik findet auch (noch) in der Anerkennung pädagogischer Hochschulabschlüsse bei der Zugangsvoraussetzung für die Therapieausbildung seinen Ausdruck.

Nach dem Psychotherapeutengesetz, § 1, Satz 3 ist „Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben“.

Demnach ist Psychotherapie eine im SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) verankerte Heilbehandlung, die durch in entsprechenden Therapieverfahren ausgebildete Personen zur Prävention, Behandlung und Linderung psychischer Störungen mit Krankheitswert erbracht wird. Oder einfach: Psychotherapie ist, was approbierte Psychotherapeuten auf der Grundlage des Psychotherapeutengesetzes machen.

Nach den Psychotherapierichtlinien (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2006) ist die Voraussetzung das Vorliegen einer seelischen Störung mit Krankheitswert. Seelische Krankheit wird dabei verstanden „als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen.“

Erzieherische Hilfen/Eingliederungshilfe und (Psycho)Therapie: Sozialrechtliche Rahmenbedingungen

Heilkundliche Psychotherapie hat die Zielsetzung der Krankenbehandlung (Erkennung, Behandlung und Linderung psychischer Störungen mit Krankheitswert) und ist im Leistungsspektrum des SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, verankert. Stellt sich die Frage, ob (Psycho)Therapie ebenso im Leistungsspektrum der Erzieherischen Hilfen/Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohten Kinder und Jugendlichen im Rahmen des SGB VIII erbracht wird. Nach Wiesner (2009) kann (Psycho)Therapie nicht einem System exklusiv zugeordnet werden, sondern findet, entsprechend der Zielsetzung des jeweiligen Systems, Anwendung –im Rahmen des SGB V zur Behandlung von psychischen Störungen mit Krankheitswert, im Rahmen des SGB VIII zur Unterstützung und Ergänzung des Erziehungsprozesses.

Die Grundlage für eine psychotherapeutische Tätigkeit im Leistungskatalog der Hilfen zur Erziehung (HzE) bildet § 27, Absatz 3 KJHG, in dem formuliert wird, dass die HzE die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen umfasst. Für die stationären Formen der HzE wird dies konkretisiert, indem in § 34 SGB VIII die Förderung der Entwicklung durch eine Verbindung von Alltagsleben, pädagogischen und therapeutischen Angeboten beschrieben wird. Insbesondere gehören psychotherapeutische Leistungen in das Leistungsspektrum nach § 35 a SGB VIII, da ärztliche und psychotherapeutische Behandlung explizit zu den Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe gehören (Wiesner, 2009).

Somit bleibt nach einem Gutachten von Wiesner (2005) auch nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes Raum für psychotherapeutische Leistungen in der Kinder- und Jugendhilfe, soweit sie der in §1 SGB VIII formulierten Zielsetzung der Entwicklungsförderung der Kinder und Jugendlichen (Gutachten „Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht“; einsehbar unter www.psychotherapeutenkammer-berlin.de) oder als Teil der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe dienen.

Was ist Verhaltenstherapie?

Bei der Verhaltenstherapie (VT) als eine der Richtlinienverfahren handelt es sich nicht um eine eng umgrenzte Therapiemethode, sondern um eine Vielzahl von Techniken und Interventionsstrategien. Nach Markgraf et al. (2009) ist VT eher als eine „Grundorientierung“ zu verstehen, die Interventionen umfasst, die konkrete und operationalisierbare Ziele zur Veränderung des Erlebens und Verhaltens verfolgen. Ätiologische Grundannahme der VT, und dies ist unabhängig von der altersspezifischen Orientierung, bildet ein lernpsychologisches Paradigma. Dies bedeutet, dass die Entstehung, die Auslösung und die Aufrechterhaltung abweichenden Verhaltens oder psychischer Störungen im Wesentlichen auf den gleichen Lernprinzipien beruhen wie der Erwerb funktionalen Verhaltens (Lenz, 2007). Die Grundlage bilden die lerntheoretischen Konzepte aus der experimentellen Psychologie, insbesondere die klassische Konditionierung, die operante Konditionierung, das Beobachtungslernen oder das Lernen durch Problemeinsicht. Die VT klammerte unter dem Anspruch, nur der Beobachtung zugängliche und damit auch messbare Phänomene zu berücksichtigen, innere Vorgänge wie Kognitionen, Emotionen, Motive und Bedürfnisse lange aus und reduzierte (problematisches) Verhalten auf eine Reiz – Reaktion - Verbindung. Mit der kognitiven Wende in den 1970er Jahren erfolgte eine Erweiterung des Verhaltensbegriffs auch auf Emotionen und Kognitionen. Damit wurden stärker handlungsleitende und handlungsstrukturierende „innere Vorgänge“ wie dysfunktionale Gedanken, irrationale Überzeugungen oder Pläne in der Therapie berücksichtigt. Dies führte zu einer Erweiterung des Methodenspektrums um kognitive Elemente, so dass meist von kognitiv-behavioralen Interventionsansätzen gesprochen wird. Damit stützt sich die VT heute nicht mehr alleine auf lerntheoretische Konzepte als Erklärungs- und Interventionsmodell, sondern integriert Konzepte der kognitiven- und Sozialpsychologie, der biologischen Psychologie und anderer Disziplinen (Mattejat, 2008). Grundsätzlich ist festzuhalten, dass der „Schulstreit“ unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtungen weitgehend zugunsten einer „allgemeinen Psychotherapie“ aufgegeben wurde, die sich primär nach Wirkfaktoren therapeutischen Handelns ausrichtet. In dieser Entwicklung spielt die Verhaltenstherapie aber eine zentrale Rolle, da die Effektivität verhaltenstherapeutischer Interventionen in wissenschaftlichen Studien für eine Reihe von Störungsbildern gut belegt ist.

Besonderheiten der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen

Während die Verhaltenstherapie lange Zeit wenig altersspezifisch ausgerichtet war, erfolgte in den vergangenen ca. 30 Jahren eine zunehmende methodische Ausdifferenzierung für die Klientelgruppe der Kinder und Jugendlichen mit besonderer Berücksichtigung alters- und entwicklungsabhängiger Faktoren. Somit ist VT mit Kindern und Jugendlichen nicht ein Übertrag therapeutischer Strategien aus dem Erwachsenenbereich auf eine jüngere Klientel, sondern berücksichtigt spezifische Anforderungen von Kindern und Jugendlichen.

Eine zentrale Orientierungslinie ist dabei die besondere Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Aspekte. Im Verständnis der

Entwicklungspsychopathologie handelt es sich bei psychischen Störungen und abweichenden Entwicklungen – sehr vereinfacht ausgedrückt – um maladaptive Bewältigung von Entwicklungsaufgaben. Im Sinne eines bio-psycho-sozialen Ansatzes werden sowohl bezüglich der ätiologischen Modellvorstellung als auch der Interventionen unterschiedliche Ebenen berücksichtigt und in ein Behandlungskonzept integriert. Disponierende biologische, soziale und psychische Risiko und Schutzfaktoren führen zu einer personenspezifischen Vulnerabilität („Verletzlichkeit“) bzw. Resilienz („Widerstandsfähigkeit“) eines Kindes. Mit dieser „Ausstattung“ hat es Entwicklungsaufgaben und Stressoren zu bewältigen. Kommt es hierbei zu Fehlanpassungen und werden diese Fehlanpassung nicht kompensiert, kann es zu einer Aufrechterhaltung und einer Chronifizierung und damit zu einer psychischen Störung kommen.

Neben der Betonung der Entwicklungsperspektive in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen lässt sich eine stärkere Berücksichtigung der systemischen Perspektive in der VT mit Kindern und Jugendlichen als Spezifikum konstatieren. Verhalten und damit auch abweichendes Verhalten ist nur im sozialen Kontext zu deuten, problematisches Verhalten gewinnt unter entsprechenden kontextuellen Rahmenbedingungen Funktionalität und wird durch situative Bedingungen ausgelöst oder aufrechterhalten. Entsprechend dieser Perspektive müssen auch in therapeutischen Interventionen die unterschiedlichen Sozialisationsfelder (Familie, Schule, Freizeit..) Berücksichtigung finden, was z.B. in multidimensionalen Therapieprogrammen seinen Niederschlag findet.

Die Entwicklung störungsspezifischer Interventionsstrategien hat der VT gelegentlich den Vorwurf der Defizitorientierung eingehandelt. Insbesondere in der VT mit Kindern und Jugendlichen findet jedoch die Ressourcenperspektive in hohem Maße Berücksichtigung und schlägt sich sowohl in der Diagnostik, der Fallkonzeption und der Intervention nieder.

Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse stellen für ein psychisch gesundes Aufwachsen ein zentrales Paradigma dar. Nach Borg-Laufs (2010) lassen sich in Anlehnung an Grawe (2004) vier Grundbedürfnisse benennen, deren Befriedigung durch unser Verhalten angestrebt wird:

- Grundbedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
- Grundbedürfnis nach Bindung
- Grundbedürfnis nach Selbstwertstabilisierung/Selbstwerterhöhung
- Grundbedürfnis nach Lustgewinn/Unlustvermeidung

Problematisches Verhalten stellt oft dysfunktionales Annäherungsverhalten zur Befriedigung der Grundbedürfnisse dar oder ist Ausdruck chronischer Verletzungen der Grundbedürfnisse. Therapeutisches Handeln hat sich somit an den Grundbedürfnissen zu orientieren und als therapeutische Zielsetzung funktionale und lösungsorientierte Möglichkeiten der Befriedigung der Grundbedürfnisse zu formulieren.

In der Bewertung der spezifischen Entwicklung der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen (Borg-Laufs, 2005, Haubner, 2006) wird immer wieder herausgestrichen, dass durch die Entwicklungs-, Ressourcen-, Bedürfnis- und

systemische Orientierung eine Profilbildung hin zu einer „allgemeinen Psychotherapie“ stattfindet. Somit ist Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen heute weder als eng umgrenzte Interventionsmethode noch als alleine auf den Lerntheorien fußender Methodenpool zu sehen. Vielmehr sind Interventionsstrategien darunter zu fassen, die zu einer Veränderung des Erlebens und Verhaltens im Sinne einer erweiterten Problemlösekompetenz und einer adäquaten Bewältigung von Entwicklungsaufgaben führen. Kennzeichen ist die therapeutische Transparenz und die Verpflichtung zur Ausrichtung an wissenschaftlichen Erkenntnissen (auch hinsichtlich der Effektivität psychotherapeutischer Strategien).

Der therapeutische Prozess

Therapeutisches Handeln im verhaltenstherapeutischen Sinne beinhaltet nicht alleine die Durchführung störungsspezifischer Interventionen, sondern umfasst einen prozesshaften Ablauf, in den die eigentliche Intervention als ein Schritt eingebettet ist. Das zentrale Modell stellt dabei der Selbstmanagementansatz nach Kanfer et al. (2012) dar. Dieses Modell hat durch Borg-Laufs (2010) eine Anpassung an die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen erhalten. Die Adaptation berücksichtigt besonders die hohe Integration unterschiedlicher Systeme wie die Familie, Schule, Freizeit ... und die daraus resultierende, oft divergierenden Problembereiche, Wünsche, Zielformulierungen etc. Die Integration dieser unterschiedlichen Perspektiven in ein therapeutisches Modell gewinnt bei Psychotherapie im Rahmen eines Jugendhilfesettings besondere Bedeutung, da neben den bereits erwähnten Perspektiven die Sichtweise der Einrichtung/der pädagogischen Fachkräfte mit zu integrieren ist.

Der Selbstmanagementansatz umfasst sieben Therapiephasen, die aufeinander aufbauen und sich rekursiv aufeinander beziehen. Es handelt sich um folgende Therapiephasen:

1. Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
2. Aufbau einer Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen
3. Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell
4. Vereinbaren therapeutischer Ziele
5. Planen, Auswahl und Durchführung spezifischer Methoden
6. Evaluation therapeutischer Fortschritte
7. Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie

Dieses Phasenmodell gilt als Rahmenstruktur eines verhaltenstherapeutischen Prozesses und kann sicherlich auch als Grundmodell eines erzieherischen Prozesses mit therapeutischer Implikation im Rahmen einer Jugendhilfemaßnahme gelten.

Diagnostik in der Verhaltenstherapie

Der Diagnostik kommt im verhaltenstherapeutischen Prozess eine besondere Bedeutung zu. In der „klassischen“, nosologischen Diagnostik steht die Zuordnung von Symptomen („Beschwerden“) zu einer Störungsklasse oder zu einem Störungsbild im Mittelpunkt. Die verhaltenstherapeutische Diagnostik „übersetzt“ Beschwerden in möglichst konkret beobachtbares Problemverhalten (wobei Verhalten auch Emotionen und Kognitionen umfasst) und stellt dieses in einen funktionalen Zusammenhang situationaler Bedingungen und der dem Verhalten nachfolgenden Konsequenzen (Schulte, 2005). In diesem Verständnis ist Problemverhalten über Lernprozesse erworben oder wird über lerntheoretisch begründete Mechanismen aufrechterhalten. Damit ist aber auch impliziert, dass neues, funktionales Verhalten über diese Prozesse erworben und aufrechterhalten werden kann.

In einem ersten diagnostischen Schritt geht es um eine möglichst detaillierte Beschreibung des zu modifizierenden Verhaltens auf den Ebenen Motorik, Kognitionen, Emotionen und physiologische Reaktionen. Das Verhalten wird möglichst in den Dimensionen Intensität, Häufigkeit, Situationsangemessenheit und/oder Dauerhaftigkeit beschrieben. Dieser Prozess der Operationalisierung wird als Problemanalyse bezeichnet. Die Problemanalyse führt in eine funktionale Bedingungsanalyse (oder auch funktionale Verhaltensanalyse). Mittels der Bedingungsanalyse ist die Frage zu beantworten, in welchen Situationen (S) das Problemverhalten (R= Reaktion) auftritt und zu welche Konsequenzen (K) das Verhalten führt. Als vermittelnde Variablen sind sogenannte Organismusvariablen (O) zu berücksichtigen. Hierunter werden zeitüberdauernde Dispositionen, Selbstregulationsmechanismen und biologische Aspekte zusammengefasst. Dargestellt wird diese Mikroanalyse (konkretes Verhalten in konkreten Situationen) in einer Verhaltensformel, die auch als S-O-R-K-Schema bezeichnet wird (S=Situation; O=Organismus; R=Reaktion=Verhalten; K = Konsequenzen). Diagnostisch ergänzt wird die Mikro-Analyse (konkretes Verhalten in konkreten Situationen) durch eine Makro-Analyse, die insbesondere überdauernde Bedingungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung des problematischen Verhaltens erfasst.

Verdichtet lassen sich als Kernpunkte verhaltenstherapeutischer Diagnostik folgende Aspekte darstellen:

- Welches konkrete Verhalten wird als Problemverhalten in den Mittelpunkt gestellt.
- In welchen Situationen tritt dieses Verhalten auf
- Durch welche Organismusvariablen wird dieses Verhalten mitbedingt/moduliert
- Welche Konsequenzen folgen auf das Verhalten
- Welche langfristigen und überdauernden Aspekte wie Ziele, Pläne, lebensgeschichtliche Entwicklungen.... spielen für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Problemverhaltens eine Rolle

Diagnostik im verhaltenstherapeutischen Sinne wird nicht als von der Intervention getrenntes Vorgehen gesehen, sondern ist Teil der Gesamtintervention und führt unmittelbar in die Therapieplanung. Das in der

Problemanalyse beschriebene Verhalten definiert den Ist-Zustand, therapeutischer Bedarf entsteht durch die Diskrepanz eines Ist-Zustandes zu einem Soll-Zustand, der das Zielverhalten darstellt. Im lerntheoretischen Sinn wird das (Problem-)Verhalten durch die situationalen Bedingungen ausgelöst oder erleichtert bzw. durch die nachfolgenden Konsequenzen aufrechterhalten bzw. verstärkt. Entsprechend bilden diese beiden Aspekte der Verhaltensgleichung auch die zentralen therapeutischen Ansatzpunkte. Für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wurde diese Systematik durch Borg-Laufs (2011) zu einem störungsübergreifenden Diagnostiksystem ausgebaut, das neben den beschriebenen Analyseschritten weitere diagnostische Aspekte wie die Beziehungs-, Motivations-, System- und Ressourcenanalysen umfasst.

Verhaltenstherapeutische Interventionen

Die Therapieplanung führt nach den geschilderten diagnostischen Schritten zu störungsspezifischen und auch störungsübergreifenden Methoden der Verhaltensveränderung. Dabei hat es in den vergangenen Jahren zum einen eine deutliche Entwicklung hinsichtlich der Anzahl evaluierter Interventionsmethoden gegeben, zum weiteren lässt sich eine Entwicklung hin zu einer Manualisierung und damit auch einem hohen Maß der Standardisierung verzeichnen (siehe hier z.B. Hungerige, 2006).

Dieser Aspekt der Manualisierung wird nicht nur unkritisch gesehen, da damit möglicherweise die individualisierte Therapiegestaltung (individualisiert unter dem Aspekt der Problem- und Motivationslage des Klienten, individualisiert aber auch unter dem Aspekt personenspezifischer Therapeutenvariablen) zugunsten eines hochstandardisierten Vorgehens in den Hintergrund tritt. Festzuhalten ist aber, dass die vielfältigen Manuale eine hohe therapeutische Handlungssicherheit bieten und dem Anspruch einer evidenzbasierten therapeutischen Intervention entgegenkommen.

Die Vielzahl der therapeutischen Methoden lässt sich nach den zugrundeliegenden Lernprinzipien (Klassische Konditionierung, Operante Konditionierung, Modelllernen... (Petermann, 2006)) und/oder auch nach Störungsbilder (Borg-Laufs, 2007) systematisieren. Als Basis der Intervention kann die Reduktion dysfunktionaler Verhaltensexzesse (ein „zu viel“ problematischen Verhaltens, z.B. Aggressivität, Angst...) und der Aufbau von prosozialen, entwicklungsfördernden Verhaltensweisen bei Verhaltensdefiziten (ein „zu wenig“ adäquater Verhaltensweisen, z.B. zielführende Problemlösestrategien, soziale Kompetenzen..) formuliert werden. In der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen handelt es sich dabei meist um multimodale Therapieprogramme, die sowohl unterschiedliche verhaltenstherapeutische Interventionsstrategien, mehrere Interventionsebenen (unterschiedliche Settings wie Schule, Familie..) und mehrere Therapieformen (Psychopharmakotherapie, Psychotherapie) integrieren. Wesentlicher Bestandteil nahezu aller verhaltenstherapeutisch ausgerichteter Therapieprogramme sind Behandlungsmodule im erweiterten Setting, sprich Module der Psychoedukation, des Elterntrainings und Interventionsschritte in Kindergarten und Schule. Somit lässt sich Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen in den seltensten

Fällen auf eine Interventionsmethode reduzieren, sondern integriert im Sinne eines Behandlungsprogramms unterschiedliche Interventionsmethoden in unterschiedlichen Sozialisationsfeldern.

Zusammenfassung

In der Behandlung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen zählt die Verhaltenstherapie bei vielen Störungsbildern zur Interventionsform der ersten Wahl. Hinsichtlich störungsspezifischer und störungsübergreifender Methoden hat diese Therapieform in den vergangenen Jahren eine enorme Entwicklung genommen, was sich unter anderem in der Zahl der Handbücher, der Therapiematerialien und der Manuale ausdrückt. Wesentlich ist aber, dass sich in Metaanalysen die VT anderen Therapieformen oft überlegen zeigt und damit der Wirkungsnachweis erbracht ist.

In den stationären und teilstationären Settings der Jugendhilfe finden Elemente dieser Therapieform häufig Eingang, nicht nach den Kriterien einer „Richtlinientherapie“, sondern im Sinne therapeutischer Module in einem pädagogisch-therapeutischen Gesamtkonzept. Die psychotherapeutische Leistung wird dann in der Regel durch den psychologischen Fachdienst und/oder in Form verhaltensmodifikatorischer Ansätze durch pädagogische Fachkräfte erbracht.

Kinder und Jugendliche im Setting (teil-)stationärer Jugendhilfemaßnahmen bilden eine Hochrisikogruppe hinsichtlich der Belastung mit psychischen Störungen. Daraus resultiert auch ein besonderer Bedarf für therapeutische Angebote in diesen Settings. Die Integration verhaltenstherapeutischer Behandlungsmodule in einem Gesamtkontext eines therapeutischen Milieus (Beck et al., 2006) führt zu einer fachlich-methodischen Qualifizierung des Handlungsfeldes der erzieherischen Hilfen/Eingliederungshilfe, wenn dabei das Methodenspektrum genutzt wird und Verhaltenstherapie nicht alleine auf Verstärkerprogramme zum Abbau expansiven Verhaltens reduziert wird. Zentral dabei erscheint die Integration psychotherapeutischer Ansätze in den gesamten Hilfekontext. Weniger zielführend erscheinen nach der Erfahrung des Autors die vom Gesamtprozess losgelösten externen therapeutischen Hilfen durch niedergelassene Psychotherapeuten, wenn eine Rückkopplung mit den pädagogischen Mitarbeitern nicht ausreichend gelingt.

Das Arbeitsfeld Jugendhilfe und die spezifischen Anforderungen dieser Klientel spielt in der Therapieausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine untergeordnete Rolle. Angesichts des hohen therapeutischen Bedarfes von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe sollte dieses Arbeitsfeld auch stärkere Berücksichtigung in den Curricula der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten finden. Einen Ansatzpunkt bildet z.B. die Entwicklung eines eigenen Fortbildungscurriculums "Psychotherapie in der Jugendhilfe nach SGB VIII" der Psychotherapeutenkammer Berlin (2012).

Literatur

- Beck, N., Stempel, K., Werner, St. (2006). Integration von verhaltenstherapeutisch orientierter Psychotherapie in die Heimerziehung: Das Beispiel des Therapeutischen Heims Sankt Joseph. Verhaltenstherapie mit Kinder und Jugendlichen. Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 2, S. 105-120
- Borg-Laufs, M. (2005). Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie – aktueller Stand und Perspektiven. Verhaltenstherapie mit Kinder und Jugendlichen. Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 1/1+2, S. 5-14
- Borg-Laufs, M. (Hrsg) (2007). Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Diagnostik und Intervention. 2., überarb. u. erw. Aufl.. Tübingen: dgvt
- Borg-Laufs, M., Dittrich, K. (Hrsg.) (2010). Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für soziale Arbeit und Psychotherapie. Tübingen: dgvt
- Borg-Laufs, M., Hungerige, H. (2010). Selbstmanagementtherapie mit Kindern: Ein Praxishandbuch. Stuttgart: Klett-Cotta
- Borg-Laufs, M. (2011). Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ): Manual für die Therapieplanung: Tübingen: dgvt
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2006). Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie; in der Fassung vom 19. Februar 2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1399) vom 17. April 2009 in Kraft getreten am 18. April 2009 zuletzt geändert am 14. April 2011 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 100 (S. 2424) vom 07. Juli 2011 in Kraft getreten am 08. Juli 2011 (einsehbar unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-544/PT-RL_2011-04-14.pdf)
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Haubner, W. (2006). Konzeptionelle Überlegungen zur Entwicklung einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie mit Kinder und Jugendlichen. Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 2/1 S. 5-12
- Hungerige, H.(2006). Therapiemanuale und Trainingsprogramme in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Eine Literaturübersicht. Verhaltenstherapie mit Kinder und Jugendlichen. Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 2, S. 105-120
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Lenz, A. (2007). Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band I Grundlagen. (2., überarb. Aufl.) (S. 90-121). Tübingen: dgvt.

- Markgraf, J., Schneider, S. (2009) . Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 1: Grundlagen - Diagnostik - Verfahren – Rahmenbedingungen. Springer: Heidelberg
- Mattejat, F. (2008). Entwicklungsorientierte Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen und ihren Familien. Verhaltenstherapie mit Kinder und Jugendlichen. Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 4/2, S. 77-88
- Nitkowski, D., Petermann, F, Büttner, P., Krause-Leipold, C. & Petermann, U. (2009). Verhaltenstherapie und Jugendhilfe - Ergebnisse zur Optimierung der Versorgung aggressiver Kinder. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 37, 461-468.
- Petermann, F. (2005). Kinderverhaltenstherapie: Grundlagen, Anwendungen und Ergebnisse. Hohengehern. Schneider
- Psychotherapeutenkammer Berlin (2012): Curriculare Fortbildung "Psychotherapie in der Jugendhilfe nach SGB VIII" (einsehbar unter <http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/show/5312961.html?searchshow=jugendhilfe>)
- Schmid, M. (2007). Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa
- Schulte, D. (2005). Verhaltensanalyse und Indikationsstellung. In: Petermann F., Reinecker H. (Hrsg): Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie (S. 147-157).Göttingen: Hogrefe
- Wiesner, R. (2006). Gutachten „Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht“ (einsehbar unter http://www.pknds.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Rechtliches/Sozialrechtliches/wiesner_gutachten_kjhg.pdf)
- Wiesner, Reinhard (2009): Therapie in der Kinder- und Jugendhilfe. Rechtsgrundlagen, Schnittstellen und fachliches Verständnis. In: Reichert, Andreas/Adams, Gunter/Beck, Norbert/Warneke, Andreas (Hrsg.): Kind und Familie. 10 Jahre Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe. (S. 89-106). Lengerich. Pabst

Psychische Störungen und Jugendhilfe

(Veröffentlicht in: Unsere Jugend, 6/2016, S. 252 - 262)

Zusammenfassung

Kinder und Jugendliche in Einrichtungen und Diensten der erzieherischen Hilfen stellen eine Hochrisikogruppe für psychische Störungen dar. Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen stellen eine Hochrisikogruppe für Jugendhilfebedarfe dar.

Die Betreuung und Behandlung dieser Klientelgruppe im Zusammenwirken von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe wir als besondere Herausforderung, nicht selten als Überforderung, die Kooperation der Systeme oft als konflikthaft wahrgenommen.

In der Betreuung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Diensten und Einrichtungen der Jugendhilfe haben psychische Störungen und die damit verbundene Herausforderung der kooperativen Versorgung über die Systeme Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in den vergangenen Jahren eine zunehmende Bedeutung gewonnen. Dies gilt insbesondere für den Sektor der stationären Hilfen. Der Beitrag skizziert die aktuelle Bedarfslage und stellt ein Praxisbeispiel der kooperativen Betreuung und Behandlung am Beispiel des Therapeutischen Heims St. Joseph vor. Aus den Erfahrungen werden Kernaspekte einer kooperativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in der Jugendhilfe herausgearbeitet.

Sozialrechtliche Einordnung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen m Rahmen des SGB VIII

Die sozialrechtliche Grundlage der Zuständigkeit der Jugendhilfe für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen bildet nach der Einführung des KJHG 1990/91 die Neuverortung der Eingliederungshilfe für Kinder- und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung im SGB VIII. Zunächst in einer Übergangsregelung, in der Folge über den § 35a SGB VIII erfolgte ein Zuständigkeitswechsel von der überörtlichen Sozialhilfe in die kommunal strukturierte Jugendhilfe für diese Klientelgruppe. Die Rechtsnorm des § 35a SGB VIII formuliert dabei Kinder- und Jugendliche selbst als Hilfeempfänger während die Hilfen zur Erziehung nach § 27 SGB VIII ff die Erziehungsberechtigten als Hilfeempfänger ausweist. Der § 35a SGB VIII nimmt hinsichtlich des Behindertenbegriffs Bezug auf das SGB IX -Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - und folgt einer zweigliedrigen Voraussetzung für den Leistungstatbestand der Eingliederungshilfe.

Kinder oder Jugendliche haben demnach Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht (= Vorliegen einer psychischen Störung)

und

2. daher die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist (= aus der psychischen Störung resultierende Beeinträchtigung in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben).

Erster Aspekt (vorliegen einer psychischen Störung) wird durch dem SGB V, Krankenhilfe, zugeordnete Personengruppen (Ärzte, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten...) diagnostiziert. In der Regel erfolgt dies über eine gutachterliche Stellungnahme, für die inzwischen eine weitgehend standardisierte Vorgehensweise mit Musterstellungnahmen vorliegt (Fegert et al., 2008). Die Diagnostik erfolgt nach dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (Remschmidt et al., 2006)

Die aus der psychischen Störung resultierende Teilhabebeeinträchtigung ist durch die öffentliche Jugendhilfe festzustellen. Hier liegen keine dem ersten Aspekt vergleichbare standardisierten diagnostischen Instrumentarien vor.

Die zweigliedrige Prüfung der Leistungstatbestandvoraussetzung und auch die vom Gesetzgeben geforderte Beteiligung der Personen, die die Stellungnahme hinsichtlich des Vorliegens der psychischen Störung gestellt haben, am Hilfeplanverfahren erfordert damit wie kaum eine andere Rechtsnorm des SGB VIII ein system- und professionsübergreifendes Vorgehen und verpflichtet, wie es Wiesner (1997) formuliert, die Professionen Medizin und Pädagogik zur Zusammenarbeit.

Bedarflage der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in der Jugendhilfe

Insgesamt ist in allen Handlungsfeldern der erzieherischen Hilfen trotz eines Rückgangs des Anteils der unter 18-jährigen an der Gesamtbevölkerung und damit eines Rückgangs der absoluten Zahl von Kindern und Jugendlichen eine kontinuierliche Fallzahlensteigerung zu konstatieren (Rauschenbach, 2015). Diese Bedarfsentwicklung akzentuiert sich noch einmal für Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen. Im Bereich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohten Kinder und Jugendlichen ist es alleine in den Jahren 2008 – 2013 zu einer Fallzahlensteigerung um knapp 59 % gekommen (Statistische Bundesamt, 2014).

In vergleichbarer Weise ist eine über die letzten Jahre kontinuierlich steigende Fallzahl stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen zu verzeichnen. Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Statistisches Bundesamt, 2016) ist die Zahl stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsfälle von 29.949 Fällen im Jahre 2000 auf 55.295 Fälle im Jahre 2015 gestiegen, was eine Steigerung um 85 % darstellt.

Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kinder und Jugendlichen in stationären Einrichtung der Jugendhilfe, ungeachtet der rechtlichen Grundlage für die

Zuordnung zu dieser Hilfeform, wurde eindrücklich durch die sogenannte Ulmer Heimkinderstudie dokumentiert (Schmid, 2007). In dieser Studie, die ca. 700 Kinder und Jugendliche aus 28 Einrichtungen einbezog, wurde bei knapp 60 % eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose gestellt. Damit ist die Prävalenz psychischer Störungen, abhängig von den Diagnosegruppen, bei Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe gegenüber der altersentsprechenden Gesamtbevölkerung ca. um das Dreifache erhöht.

In einer Analyse zum Jugendhilfebedarf von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen nach einer (teil-)stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung (Beck, 2015) wird der gemeinsame Versorgungsbedarf dieser Klientelgruppen über die Systeme SGB V und SGB VIII deutlich. In die prospektive Bedarfsanalyse konnten fast alle bayerischen Kliniken und Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie einbezogen werden. Erfasst wurden zum einen in Anlehnung an die kinder- und jugendpsychiatrische Basisdokumentation biografische und psychosoziale Daten. Im zweiten Teil wurden Daten zu empfohlenen, direkt im Anschluss an die (teil-)stationäre Behandlung realisierte Jugendhilfeanschlussmaßnahmen, Information zur inhaltlichen Anforderung an die Jugendhilfeanschlussmaßnahme sowie zur Gestaltung des Hilfeplanverfahrens erhoben.

Nach dieser Analyse wurde für 70 % aller (teil-)stationär behandelten Kinder ein Jugendhilfeanschlussbedarf als indiziert angesehen. In 47 % der Fälle wurde dieser Bedarf auch direkt nach der klinischen Behandlung umgesetzt. Der größten Anteil macht dabei der Bedarf für eine stationäre Jugendhilfemaßnahme in der Folge einer (teil-)stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung aus (ABB. 1)

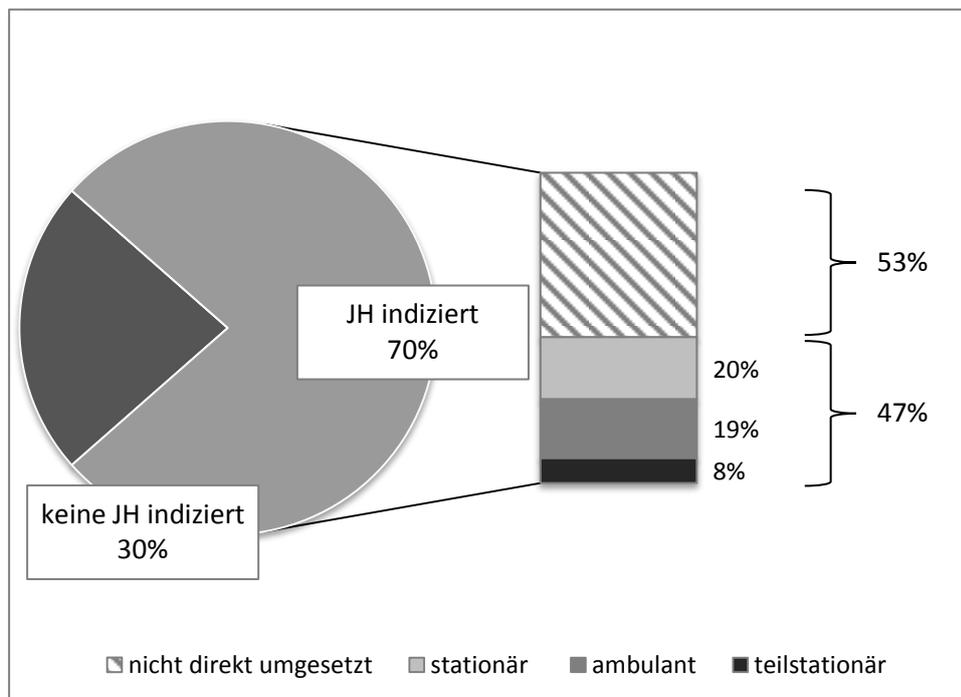


Abb. 1: Anteil indizierter und umgesetzter Jugendhilfeanschlussmaßnahmen (N=2016)

Für die Interpretation dieser Zahlen ist zu berücksichtigen, dass 38 % aller in einer (Tages-)Klinik behandelten Kinder und Jugendlichen bereits vor der klinischen Behandlung eine Jugendhilfemaßnahme in Anspruch genommen haben, der größte Anteil (16 %) eine stationäre Maßnahme. Dies bedeutet, dass es sich bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen hinsichtlich der psychosozialen Versorgung in einem hohen Maß um gemeinsame Klientel der Systeme SGB V - Krankenhilfe und SGB VIII - Kinder und Jugendhilfe handelt. Nach dieser Studie haben 50 % aller wegen einer psychischen Störung behandelten Kinder und Jugendlichen Kontakt zu beiden Versorgungssystemen. Eine besondere Bedeutung haben in diesen Versorgungsketten die stationären Setting der jeweiligen Systeme.

Das Therapeutische Heim Sankt Joseph (THSJ): Eine stationäre Einrichtung an der Schnittstelle KJPP - JH

Das Therapeutische Heim Sankt Joseph (THSJ) ist eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung mit insgesamt 56 Plätzen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Die Einrichtung definiert sich in ihrem Selbstverständnis primär als Einrichtung an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen. Inhaltliche Orientierung hinsichtlich der konzeptionellen Ausgestaltung bilden die Fachlichen Empfehlungen zur Heimerziehung (Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt, 2014). Das THSJ ist Teil des Überregionales Beratungs- und Behandlungszentrum (ÜBBZ), das neben der stationären Einrichtung eine Schule mit Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung, eine Erziehungsberatungsstelle, eine Heilpädagogische Tagesstätte, eine Fachakademie für Heilpädagogik, eine Mutter-Kind-Einrichtung und eine Abteilung SPFH zu einem Jugendhilfeverbund vereint.

Die heutige konzeptionelle Ausrichtung und die enge Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen wird durch einen - wenn auch holzschnittartigen - Blick auf die historische Entwicklung der Einrichtung verständlicher.

Historische Entwicklung des Therapeutischen Heims Sankt Joseph

In der Wiederaufbauphase nach der Zerstörung in den letzten Tagen des 2. Weltkrieges wurde, initiiert von Dr. W. Schraml, einem Assistenten am Psychologischen Instituts der Universität Würzburg, die erste „Heilpädagogisch-psychotherapeutische Abteilung für schwererziehbare und neurotische Kinder“ im Jahr 1952 eröffnet. Ziel der Arbeit damals war die Beobachtung und Behandlung von Mädchen und Jungen bis zum Alter von 13 Jahren mit psychotherapeutischen Methoden nach dem Vorbild der amerikanischen „child-guidance-clinic“. Im Jahre 1952/53 wurde an der Würzburger Universität der erste deutsche Lehrstuhl für Medizinische Psychologie und Psychotherapie eingerichtet, dessen Leiter (zunächst Prof. Victor Emil Freiherr von Gebattel, später Dr. Eckard Wiesenhütter) die ärztliche Fachaufsicht für dies Abteilung übernahmen. 1953 wurde der erste Psychologe (Dr. Peter Flosdorf, der spätere langjährige Leiter) eingestellt. Damit war bereits 1953 die Grundlage für eine Verzahnung therapeutischer und heilpädagogischer Konzepte der

Heimerziehung mit universitärer psychologischer und psychotherapeutischer Forschung und Ausbildung gelegt.

1977 konnte im THSJ mit Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung das Modellprojekt „Verhaltenstherapie in der Heimerziehung“ installiert werden. Damit lösten verhaltenstherapeutische Ansätze sukzessive die rein tiefenpsychologische Sichtweise in der therapeutischen Behandlung ab. Die Durchführung dieses Modellprojektes hatte auch zur Folge, dass neue PsychologInnenstellen in der Einrichtung geschaffen werden konnten, eine zentrale Voraussetzung für die Umsetzung einer therapeutischen Behandlung.

Mitte der 1980er Jahr wurde der nervenärztliche Dienst für die Einrichtung intensiviert. Dies führte 1989 zur ersten vertraglichen Verpflichtung eines Konsiliararztes und damit der Integration der kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung als Behandlungsbaustein des Gesamtkonzeptes. Diese Versorgung wird seit 1998 kontinuierlich durch Ärzte der Würzburger Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie geleistet.

Die konzeptionelle Entwicklung im THSJ stand Pate für die durch die Bayerische Staatsregierung eingerichteten sogenannte Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentren (ÜBBZ), deren Rahmenkonzeption einen Behandlungsauftrag für eine fachgemäße Behandlung von Kinder- und Jugendlichen, „...die gegenwärtig wegen nicht ausreichender spezialisierter Klinikplätze ohne Hilfe bleiben...“ (Flosdorf, 1980) formulierte. Der Auftrag und die Zielgruppe der ÜBBZ wurden also zunächst in einem gewissen Versorgungsvakuum für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen konzipiert. Heute handelt es sich eher um eine Fortführung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen im Rahmen der Eingliederungshilfe.

Struktur des Therapeutischen Heims Sankt Joseph

Die 56 Plätze der Einrichtung werden in 9 weitgehend altershomogenen, z.T. geschlechtshomogenen Gruppen vorgehalten. Diese Gruppen gliedern sich in einer Binnenstruktur in eine Station I und eine Station II. Neben der Gesamtleitung gibt es für jede Station ein Leitungsteam, bestehend aus einer/einem PsychologIn und einer/einem HeilpädagogIn in der Funktion der Erziehungsleitung. Die Gruppen werden je durch ein pädagogisches Team aus 4-6 MitarbeiterInnen betreut. Eine besonders breit aufgestellte Personalressource stellt der Fachdienst, bestehend aus weiteren PsychologInnen, HeilpädagogInnen, einem Werkerzieher und einem einrichtungsinternen Supervisor dar. Insgesamt stehen (ohne Berücksichtigung des Supervisors) gut 9 Fachdienststellen zur Verfügung. Rein rechnerisch bedeutet dies gut 6 Fachdienststunden pro Platz pro Woche.

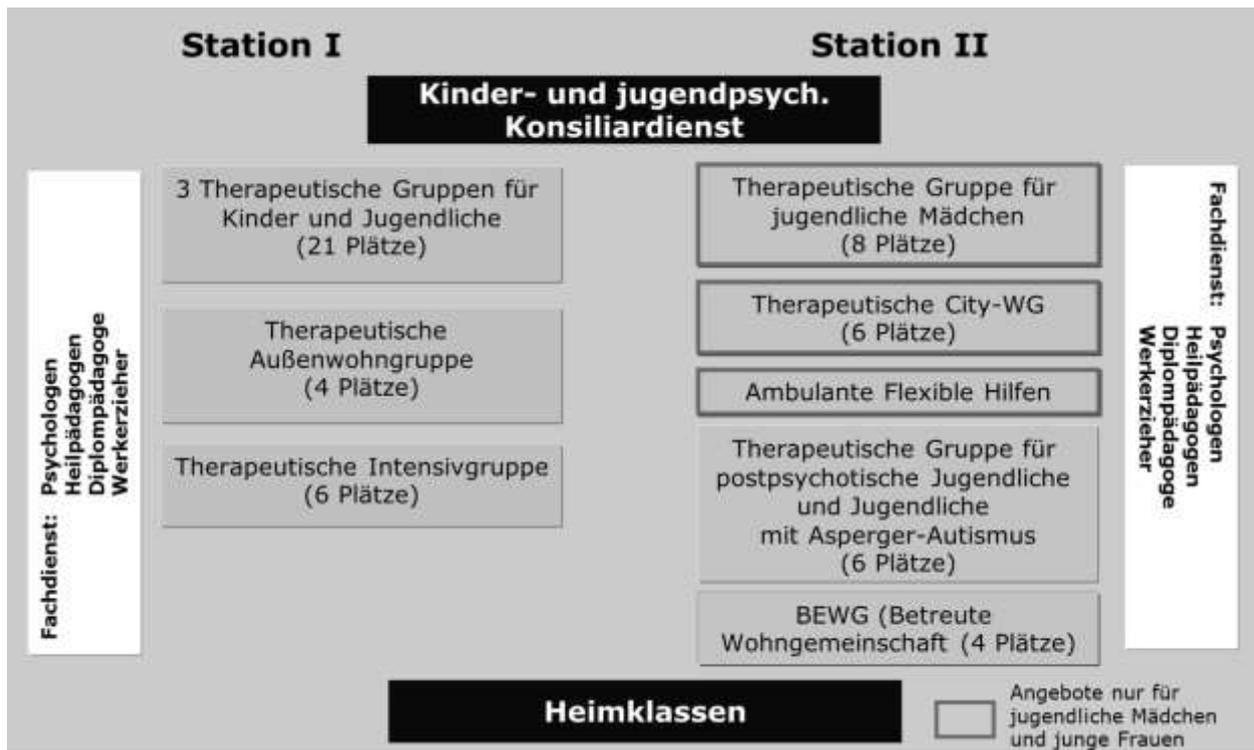


Abb. 2: Organisation des Therapeutischen Heims Sankt Joseph

Die Klientel des Therapeutischen Heims Sankt Joseph unter dem Aspekt der psychischen Störungen

Seit 2008 führt die Einrichtung eine prozessbegleitende Evaluation durch. Erfasst werden neben den Zuweisungswegen und den psychosozialen Rahmenbedingungen auch Merkmale der Interventionen und Verlaufparameter. Diese Evaluation ermöglicht die kontinuierliche Erfassung der Klientelgruppen nach ausgewählten Merkmalen. Die vorgestellten Daten beruhen auf den Evaluationszeitraum 2008 – 2015 und umfassen 168 abgeschlossene Verläufe. Aus dieser Evaluation werden hier einige für die Thematik der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen relevante Daten vorgestellt.

Die Tabelle 1 stellt die Klientel des THSJ bzgl. der Geschlechtsverteilung, des Aufnahmealters, der Aufenthaltsdauer und der Rechtsgrundlage dar. Hier wird insbesondere die hohe Bedeutung der Rechtsgrundlage des §35a SGB VIII für das Therapeutische Heim deutlich. Während Bundesweit ca. 7% aller Hilfen auf dieser Rechtsgrundlage durchgeführt werden (statistisches Bundesamt, 2013), sind es für das Therapeutische Heim 78%. Damit erfolgen knapp 4 von 5 Aufnahmen in die Einrichtung als Eingliederungshilfe bei (drohender) seelischer Behinderung gem. §35a SGB VIII.

Kennzahlen der Klientel (N=168)		
Geschlecht:	m	n = 104; 62%
	w	n = 64; 38%
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	m	1;9 Jahre (sd = 0,87)
	w	1;9 Jahre (sd = 1,2)
Alter bei Aufnahme:	m	12;6 Jahre (sd = 2,6)
	w	15;0 Jahre (sd = 2,3)
Rechtsgrundlage	§ 35a	n = 131 (78%)
	§ 34	n = 35 (21%)
	§ 41	n = 2 (1%)

Tab. 1: Geschlecht, Alter, Aufenthaltsdauer und Rechtsgrundlage

Die Herausforderung der gemeinsamen Versorgung über die System Kinder und Jugendhilfe – Kindern- und Jugendpsychiatrie hinweg verdeutlicht sich noch einmal akzentuiert beim Blick auf die Intervention vor Aufnahme in die Einrichtung.

96 % alle Kinder und Jugendlichen hatten im Vorfeld der Aufnahme mindestens eine kinder- und jugendpsychiatrische Vorintervention, bei 76 % der Klientel handelte es sich um stationäre Behandlungen. Die Übernahme in das THSJ erfolgt dann in der Regel direkt im Anschluss an die klinische Behandlung.

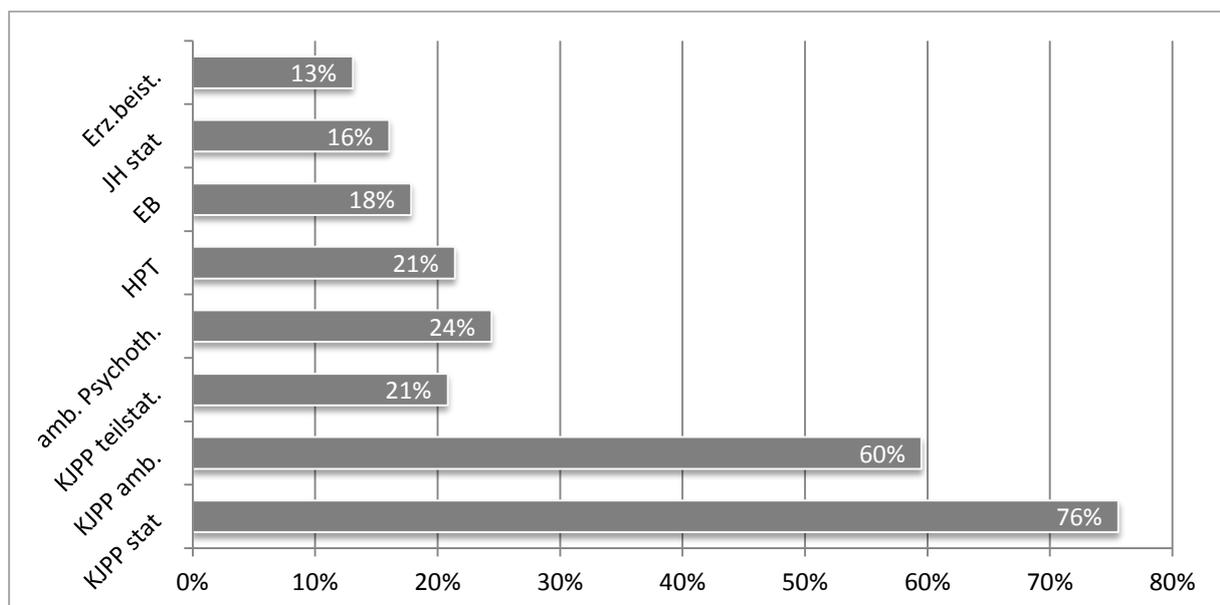


Abb. 3: Art der Vorinterventionen vor Aufnahme in das THSJ (Mehrfachnennungen möglich)

Das THSJ folgt dem multiaxialen Diagnoseschema MAS (Remschmidt et al., 2006) und damit auch der Diagnostik der psychischen Störung nach ICD 10. In der Abbildung 4 wird die Häufigkeit von Diagnosegruppen nach ICD 10 dargestellt. Berücksichtigt wurden hier nur die Erstdiagnosen. Insgesamt 77 % aller KlientInnen hatten Mehrfachdiagnosen, 37 % zwei, 22 % drei Diagnosen. Erwartungskonform stehen die expansiven Störungen (F 90: Hyperkinetische Störungen; F 91: Störung des Sozialverhaltens; F 92: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen) mit zusammen 44 % der Diagnosen im Vordergrund. Insgesamt verdeutlicht sich aber ein ausgesprochen breites Diagnosespektrum, das zur Behandlung und Betreuung in das THSJ kommt. Hier sind insbesondere auch die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, die Essstörungen und die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zu beachten.

Dies akzentuiert sich noch einmal bei einer geschlechtsdifferenzierten Betrachtung der Diagnosegruppen. Für die weibliche Klientel bilden die Essstörungen (18 %), die affektiven Störungen (18 %) und die neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen (17%) die stärksten Diagnosegruppen.

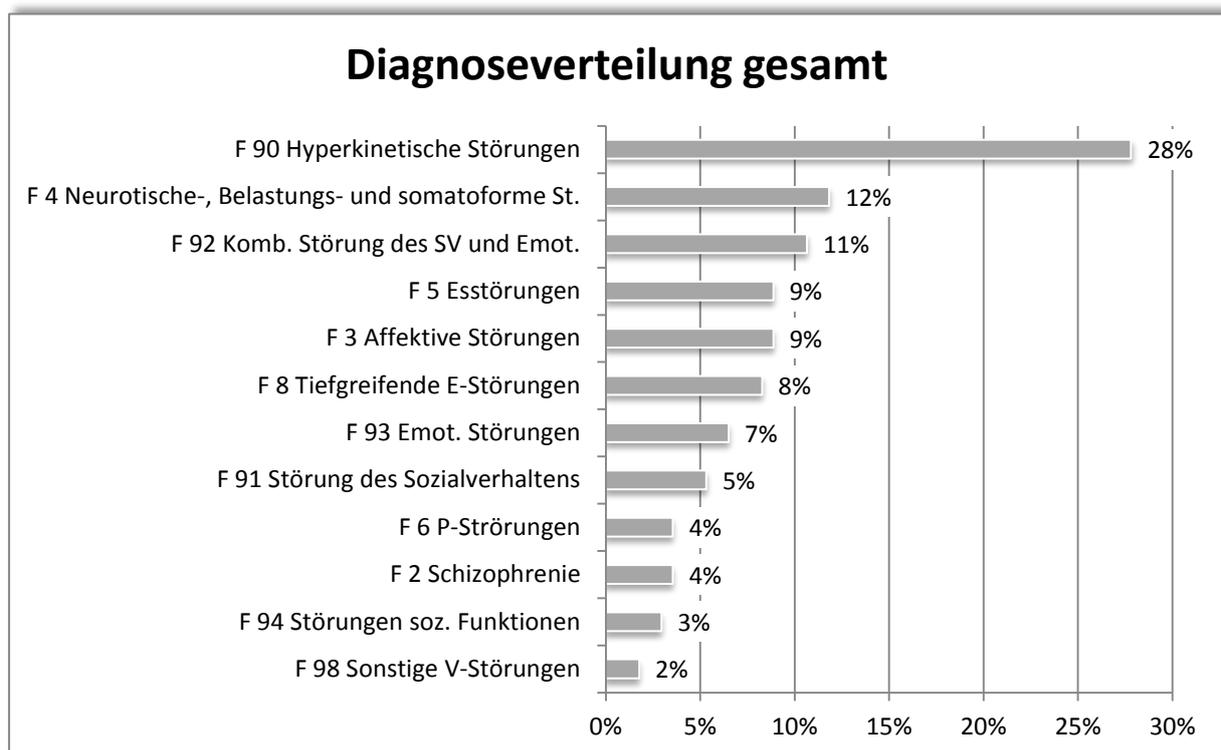


Abb. 4: Häufigkeit der Diagnosegruppen über alle Kinder und Jugendlichen

In der Konzeption des THSJ bildet die enge Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie einen festen Baustein eines multimodalen Behandlungskonzeptes. Dieser Baustein wird durch einen regelmäßigen wöchentlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliardienst gesichert.

88 % aller in der Einrichtung betreuten und behandelten Kinder und Jugendlichen wurden durch diesen Konsiliardienst fachärztlich betreut.

Die Intensität der fachärztlichen Begleitung hängt dabei vom Störungsbild, der Gesamtentwicklung und eventuell psychopharmakologischen Ein- und Umstellungsfragen ab. Abbildung 5 dokumentiert die Häufigkeit der kinder- und jugendpsychiatrischen Kontakte in der Einrichtung. 45 % der Klientel hatten dabei mehr als 10 Konsiliarkontakte während des Aufenthaltes.

Kooperative Versorgung von Kinder und Jugendlichen mit psychische Störungen –Erfahrungen im THSJ

Der Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen im THSJ liegt eine bis in die 1950er Jahre zurückreichende gesamt-konzeptionelle Entwicklung zugrunde. Wesentliche Meilensteine waren die Einrichtung der heilpädagogisch-

psychotherapeutischen Abteilung, die Integration psychotherapeutischer Interventionsmöglichkeiten im Verständnis des Therapeutischen Milieus, der Ausbau der Fachdienststellen, die Intensivierung des kinder- und

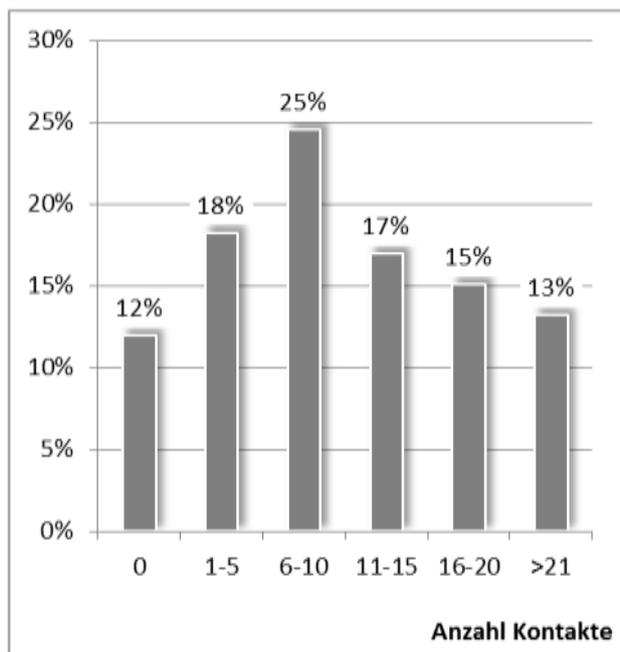


Abb. 5: Häufigkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungskontakte

jugendpsychiatrischen Konsiliardienstes und schließlich die institutionalisierte Kooperation mit der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Grundlage ist zunächst das Selbstverständnis und die daraus resultierende Haltung, dass das Zusammenwirken von (stationärer) Kinder- und Jugendpsychiatrie und (stationärer) Jugendhilfe in der Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen als gemeinsame Betreuungs- und Behandlungsprogramm gestaltet wird (Beck, 2008). Die Zusammenarbeit der Systeme wird dort als besonders konflikthaft erlebt, wo sich das jeweilige eine System als Ausfallbürge des jeweiligen anderen Systems erlebt. Das Verständnis im Sinne einer synergetischen Kooperation impliziert, dass die beiden Versorgungssysteme mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen, Zielsetzungen und Expertisen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihren Beitrag an der Gesamtbehandlung leisten.

Weiter sind strukturelle Rahmenbedingungen, personelle Ausstattung und personelle Qualifizierung wichtige Aspekte der Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in Settings der

Jugendhilfe. Für das THSJ bedeutet dies, dass der kinder- und jugendpsychiatrische Konsiliardienst fest in die Personalstruktur integriert ist, dass es für die Klinik definierte Ansprechpartner für Fragestellung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gibt und dass es regelmäßige Einrichtungsvisitationen durch das Kollegium der Klinik in der Jugendhilfeeinrichtung gibt.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung ist allerdings nur ein Handlungsbaustein im Gesamtkonzept, wichtig ist die therapeutische Ausrichtung. Therapie und die Gestaltung des Alltages im Sinne des Therapeutischen Milieus (Flosdorf und Patzelt, 2003). löst im Verständnis des THSJ die Trennung umgrenzter und aus dem Alltag herausgelöster „Psychotherapiestunden“ und der „Alltagspädagogik“ auf. Vielmehr werden therapeutische Interventionen in den pädagogischen Alltag integriert. Einzel- und gruppentherapeutische Interventionen können durch entsprechend qualifizierte psychologische Psychotherapeuten umgesetzt werden (Beck, 2014). Zentraler Aspekt ist die Integration dieser Leistungen in die Jugendhilfemaßnahme und nicht das „Einkaufen“ therapeutischer Leistungen bei niedergelassenen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychiatern.

Schlussfolgerungen für die Jugendhilfe in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen

Die Anforderungen an und die Bedarfe für eine Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen im Rahmen der Jugendhilfe sind in den vergangenen Jahren gestiegen und werden prognostisch weiter steigen. Dies gilt insbesondere für das stationäre Setting. Auf dem Hintergrund einer hohen Prävalenz psychischer Störungen im Kindes - und Jugendalter insgesamt (siehe Beitrag in diesem Heft), der steigenden Fallzahlen in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung und der in den vergangenen Jahren sich verkürzenden Aufenthaltsdauer im stationären Setting der Kinder- und Jugendpsychiatrie (die Aufenthaltsdauer in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist bundesweit von gut 47 Tagen im Jahr 2000 auf 36 Tage im Jahr 2015 gesunken (Statistisches Bundesamt, 2016)) ist davon auszugehen, dass zunehmend Anschlussmaßnahmen für diese Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe notwendig werden. Ausdruck dieser Entwicklung ist auch die zunehmende sozialpolitische Beschäftigung mit der Versorgung dieser Klientelgruppe und die Entwicklung diverser Leitfäden zur Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe.

Grundvoraussetzung für eine adäquate Versorgung ist zunächst die Anerkennung der Aufgabe der Versorgung dieser Klientelgruppe auf der Rechtsgrundlage des § 35a SGB VIII durch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Die enorme Disparität hinsichtlich des Anteils der Eingliederungshilfen gemäß § 35a an allen Hilfemaßnahmen von gut 2 % in Sachsen-Anhalt bis über 7 % in Bayern (Statistisches Bundesamt, 2012) ist Zeugnis der uneinheitlichen, regional abhängigen Hilfgewährungspraxis.

Damit verbunden ist die entsprechende Qualifikation von Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe für diese Aufgabe. Dies umfasst die personelle Ausstattung sowohl der Gruppen- als auch der Fachdienste, die inhaltliche Qualifikation der pädagogischen Mitarbeiterteams (Störungs- und Interventionswissen) und die daraus resultierende konzeptionelle Ausrichtung. Dabei wird die therapeutische Anforderung im Rahmen der Jugendhilfe oft auf expansive Störungen (Störung des Sozialverhaltens, Hyperkinetische Störungen o.ä.) verkürzt. Die vorgestellte Bedarfsanalyse zum Jugendhilfeanschlussbedarf nach (teil-)stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrischer Versorgung verdeutlicht aber den Bedarf für multiple Störungsgruppen und entsprechende differenzierte Qualifikation.

Therapeutische Interventionen sind im Leistungsspektrum der Jugendhilfeeinrichtung zu integrieren, sozialrechtlich ist die Frage therapeutischer Leistungen im Rahmen der Jugendhilfe abgesichert (Wiesner, 2006, 2009). Eine Trennung pädagogischer Grundversorgung im Setting der Jugendhilfe (SGB VIII) und therapeutischer Versorgung durch externe niedergelassener Therapeuten (SGB V) ist nach unseren Erfahrungen nur sehr begrenzt zielführend. Vielmehr gilt es, Pädagogik, Therapie und medizinisch kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung als Komplexleistung und im Sinne der Gestaltung als Therapeutisches Milieu zu realisieren (Beck et al., 2006). Im Sinne multiprofessioneller Teams sind hier auch Beschäftigungsfelder für PsychologInnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Das Arbeitsfeld der Jugendhilfe hat bisher in den entsprechenden Studien- und Weiterbildungsgängen eine nur marginale Rolle gespielt, angesichts der hohen Bedeutung dieses Arbeitsfeldes in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist zu wünschen, dass hier eine Veränderung eintritt.

Neben den inhaltlichen und sozialrechtlichen Aspekten sind in der Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen im Rahmen der Jugendhilfe strukturelle Rahmenbedingungen von hoher Bedeutung. Auch wenn die Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe inzwischen weniger konfliktuell scheint, sind gelingende Kooperationen häufig personenbezogen und nicht ausreichend strukturell verankert. In Kooperationen müssen feste Strukturmerkmale wie die Integration eines kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliardienstes in das pädagogische Konzept, feste (wenige) Ansprechpartner im Austausch mit der Klinik, regelmäßige gemeinsame Auswertungen der Kooperation und eventuell regelmäßige Angebot gegenseitiger Einrichtungsbesuche durch neue MitarbeiterInnen realisiert werden. Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Systeme setzt gegenseitiges Systemwissen voraus.

Während die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und die gemeinsame Klientelgruppe der seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen mit dem SGB VIII und der Rechtsnorm des §35a SGB VIII ein sozialrechtliches Fundament hat, gibt es für die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie kaum eine Tradition. Jugendliche mit psychischen Störungen, die im Setting der Jugendhilfe betreut werden, leiden nicht selten an Störungen, die zur Chronifizierung neigen oder bis in das Erwachsenenalter persistieren. Für diese Jugendlichen/jungen Erwachsenen

bilden altersspezifische Transitionen (vom Jugendlichenalter in das Erwachsenenalter) und auch systemische Transitionen (Übergang ins Berufsleben, Übergang von der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in die erwachsenenpsychiatrischen Versorgung) besondere Risikosituationen. Damit erwachsen die Versorgungsanforderungen, diese Übergänge zu gestalten und entsprechende Versorgungsstrukturen zu entwickeln.

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in stationären Settings der Jugendhilfe ist ohne Berücksichtigung eines weiteren Partners, der Schule, nicht denkbar. Die Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen kennzeichnen sich nicht selten durch stark verworfene Schullaufbahnen, eventuell mit langen Unterbrechungen durch Klinikaufenthalte oder eine noch eingeschränkten Belastbarkeit bei sonst guter kognitiver Leistungsfähigkeit (z.B. bei chronifizierten Essstörungen). Somit gelingt die Versorgung dieser Klientelgruppe in der Regel nur in einem Versorgungsdreieck Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule, im weiteren Verlauf erweitert um Möglichkeiten der beruflichen Bildung.

Literatur

Beck N., Strempele K., Werner S. (2006): Integration von verhaltenstherapeutisch orientierter Psychotherapie in die Heimerziehung: Das Beispiel des Therapeutischen Heims sankt Joseph. Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für die Psychosoziale Praxis 2(2), 77 -86

Beck, N. (2008): Die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbessern. Dialog Erziehungshilfe 4, 15 – 25

Beck, N. (2014): Psychotherapie in der stationären Jugendhilfe. Psychotherapeutenjournal 4, 378-383

Beck, N. (2015): Jugendhilfebedarf nach (teil-)stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Eine deskriptive Analyse. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 43 (6), 443-453

Fegert, J.M., Roosen-Runge, G., Thoms, E., Kirsch, U. & Kölch, M. (2008): Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII der Kommission Jugendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 36 (4), 279-286

Flösdorf, P. (1980): Das Überregionale Beratungs- und Behandlungszentrum (ÜBZ) – ein neuer konzeptioneller Ansatz für die Jugendhilfe in Bayern. Bayerischer Wohlfahrtsdienst 5, 93 – 97

Flösdorf, P. Patzelt, H. (Hrsg.) (2003): Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation . Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe).Eigenverlag des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe, BVKE, Mainz

Rauschenbach, Th. (Hrsg.) (2015): Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe. Informationsdienst der Dortmunder Arbeitsstelle für Kinder- und Jugendhilfestatistik 2/15

Remschmidt, H. ,Schmidt, M.H. & Pouska, F. (Hrsg.) (2006): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. Huber, Bern

Schmid, M. (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim, Juventa

Statistisches Bundesamt (2012): Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige. In: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/ErzieherischeHilfe5225112117004.pdf?__blob=publicationFile, 25.12.2012

Statistisches Bundesamt (2012): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe: Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige, Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII. In: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/ErzieherischeHilfeEingliederungshilfe.html, 03.03.2016:

Statistisches Bundesamt (2014): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige, versch.

Jahrgänge. In:

www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/ErzieherischeHilfelnsgesamt.html, 03.03.2016

Statistisches Bundesamt (2016): Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. In: www.gbe-bund.de, 26.02.2016

Wiesner, R (1997).: Seelische Behinderung – Juristische Aspekte. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie 1,26-35

Wiesner R. (2011): Auf dem Weg zur großen Lösung? Junge Menschen mit Behinderung zwischen den Systemen. In: Hölzl, H., Knab, E., Mörsberger, H., Remschmidt, H., Scholten, H. (Hrsg). Fachübergreifend helfen. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Freiburg,Lambertus, 242-257

Wiesner, R. (2006): Gutachten „Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht“ In:

www.pknds.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Rechtliches/Sozialrechtliches/wiesner_gutachten_kjhg.pdf, 08.03.2016

Wiesner, R. (2009): Therapie in der Kinder- und Jugendhilfe. Rechtsgrundlagen, Schnittstellen und fachliches Verständnis. In: Reichert, A., Adams, G., Beck, N., Warnke, A. (Hrsg.): Kind und Familie. 10 Jahre Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe..Pabst, Lengerich, 89-106

Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt (Hrsg.) (2014): Fachliche Empfehlungen zur Heimerziehung gemäß § 34 SGB VIII – Fortschreibung. München, Eigenverlag

Das therapeutische Milieu in der Praxis: Therapeutisches Heim Sankt Joseph

(Veröffentlicht in: Jugendhilfe (2), 57, 180-190; 2019)

Beim Therapeutischen Heim Sankt Joseph (THSJ) handelt es sich um eine intensive stationäre Jugendhilfeeinrichtung für die mittelfristige Betreuung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit schwergradigen Verhaltensproblematiken und psychischen Störungen. Es wird zunächst kurz die historische Entwicklung der Einrichtung vom Fürsorgeerziehungsheim zur Therapeutischen Einrichtung unter Orientierung am Konzepte des Therapeutischen Milieus nach Fritz Redl und Bruno Bettelheim skizziert. Nach der Vorstellung der Organisationsstruktur, der Zielgruppe und der Aufgabenstellung erfolgt eine differenzierte Darstellung des Verständnisses und der Ausgestaltung der Arbeit der Einrichtung im Sinne des Therapeutischen Milieus.

Historische Einordnung und Kurzprofil des Therapeutischen Heims Sankt Joseph

Für das Verständnis der Ausgestaltung der stationären Hilfe im Therapeutischen Heim Sankt Joseph (in der Folge: THSJ) im Sinne des Therapeutischen Milieus ist eine kurze Skizzierung der Entwicklung der Einrichtung vom Fürsorgeheim zur therapeutischen Einrichtung hilfreich. Dies kann nur sehr holzschnittartig geschehen, zeichnet aber zentrale Quellen des Therapeutischen Milieus im Sinne der Einrichtung nach (siehe Flosdorf et al., 2003).

Die Gründungsstunde der Einrichtung schlägt 1911 mit dem Ankauf einer Wäscherei durch den Träger, um obdachlosen und gefährdeten jugendlichen Mädchen Wohnmöglichkeit und Beschäftigung zu bieten. Die vormalige Wäschereibesitzerin diente auch als erste Hausmutter. Wenige Jahre später übernahmen zwei Ordensschwestern die Hausführung, die Aufgabenstellung blieb die Anleitung der Zöglinge „zu Haus-, Garten-, Näh- und anderen weiblichen Hausarbeiten“. Bis zum Ende des zweiten Weltkrieges sollte dies die wesentliche Bestimmung des Fürsorgeheimes für gefährdete jugendliche Mädchen und junge Frauen bleiben.

Nach der Zerstörung zum Ende des zweiten Weltkrieges begann der Träger 1951 den Wiederaufbau der Einrichtung. In dieser Aufbauphase regte Dr. Walter Schraml, Mitarbeiter des Psychologischen Institutes der Universität Würzburg, Psychologe, Arzt und Psychoanalytiker, die Einrichtung eine therapeutisch-heilpädagogischen Sicht- und Beobachtungsstation für schwererziehbare und neurotische Kinder an. Diese Einrichtung sollte nach dem Konzept der *child-guidance-clinic* arbeiten, das Schraml auf einer Studienreise in den US kennengelernt hatte. Schraml wurde auch erster Leiter dieser Abteilung. Nach

dem Weggang Schraml´s aus Würzburg nur ein Jahr später wurde die ärztliche Leitung an den Lehrstuhlinhaber des neu geschaffenen Lehrstuhls für Psychotherapie und medizinische Psychologie innerhalb der Medizinischen Fakultät übergeben. Prägend für die weitere konzeptionelle Ausgestaltung des THSJ ist in dieser frühen Entwicklungsphase die klinisch-wissenschaftliche Orientierung, die Multiprofessionalität im Sinne des Konzeptes der *child-guidance-clinic* (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter*in bzw. Fürsorger*in) sowie die Integration von Psychotherapie (zu Beginn im psychoanalytischen Sinn) in das Setting der Heimerziehung.

1953 kam Dr. Peter Flosdorf als erster klinischer Psychologe in die Therapeutisch-Heilpädagogische Abteilung, wurde kurze Zeit darauf Leiter dieser Abteilung und in der Folge Gesamtleiter des THSJ. Kann das Jahr 1911 als Gründungsjahr der Einrichtung als Institution beziffert werden, muss das Jahr 1953 als die Geburtsjahr der Ausrichtung als Therapeutische Heimeinrichtung mit der konzeptionellen Ausgestaltung im Sinne des Therapeutischen Milieus gelten.

Das Konzept war zunächst noch geprägt durch ein strukturiertes pädagogisches Angebot mit davon abgesetzten, begleitenden psychotherapeutischen (psychoanalytisch orientierten) Behandlungen in eigenen Therapiestunden. In den Folgejahren orientierte sich die Einrichtung zunehmend an Konzepten des Therapeutischen Milieus nach Fritz Redl und Bruno Betelheim (siehe Beiträge in diesem Band). Dies beinhaltete die Integration psychotherapeutischer Interventionen in den Gruppenalltag, Entwicklung und Intensivierung heilpädagogischer Angebote und entsprechende bauliche-architektonische Gestaltung der Gruppen und der Einrichtung im Sinne der heilpädagogischen Raumgestaltung.

Einen Meilenstein in der Realisierung dieses Konzeptes bildetete eine von der Bayerischen Staatsregierung in den Jugendprogrammen der 1970er Jahre skizzierte Einrichtungsform, die sogenannten *Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentren (ÜBZ)*. Es handelt sich dabei um Psychotherapeutische Heimeinrichtungen, ursprünglich konzipiert an der Schnittstelle zu den Erziehungsberatungsstellen, zur Diagnostik und mittelfristigen Behandlung „neurotische gestörter Kinder“ in einem multiprofessionellen Team . Diese Einrichtungen fanden als Versorgungsetting auch Eingang in den Ersten Bayerischen Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter. Zur Abgrenzung gegenüber den Kinder- und Jugendpsychiatrien sollten in den ÜBZ nur Kindern mit psychogenen Störungen behandelt werden. Verbindliche konzeptionelle Anforderungen an die ÜBZ waren die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung, die Umsetzung psychotherapeutischer Angebote, die Kooperation mit einer Schule und die intensive Elternarbeit (Flosdorf, 1980). Inhaltlich stand die Einrichtung in Würzburg dafür Pate, baulich konnte das Konzept in Würzburg in den frühen 1980er Jahren durch einen Erweiterungsbau umgesetzt werden.

Durch das Modellprojekt „Verhaltenstherapie in der Heimerziehung“ des Bayerischen Sozialministeriums und einer damit verbundenen Stellenerweiterung erfolgte 1975 eine Integration der zu dieser Zeit noch recht jungen Disziplin der Verhaltenstherapie in das therapeutische Angebot der Einrichtung. Damit wurde

auch eine inhaltliche Neuorientierung von der eher tiefenpsychologisch zu stärker verhaltenstherapeutisch orientierten Arbeit vollzogen. Mit der Öffnung und Entwicklung der Verhaltenstherapie zu einer modernen Psychotherapie war es möglich, Ansätze anderer therapeutischer Verfahren wie klientenzentrierte und später systemische, familientherapeutische und lösungs- und ressourcenorientierte Methoden in die verhaltenstherapeutische Gesamtbehandlung konzeptionell und methodisch zu integrieren. Mit der Einrichtung eines kontinuierlichen nervenärztlichen Konsiliardienstes 1986 wurde ein weiterer profilbildend Schritt für das Verständnis des Therapeutischen Milieus vollzogen.

Struktur und Klientel

Das THSJ bietet insgesamt 51 vollstationär Plätze in 8 therapeutischen Gruppen mit je 6 bzw. 7 Plätzen sowie 5 Plätze im teilbetreuten Wohnen bzw. in betreuter Wohnform.

Strukturell gliedert sich die Einrichtung in zwei Subeinheiten (Station I und Station II), die je durch ein Team, bestehende aus einer/einem Psycholog*en und einer/einem Heilpädagog*in geleitet werden. Die Gruppen sind alters- und ab einem Alter von ca. 14 Jahren auch geschlechtshomogen zusammengesetzt. In einer Gruppe werden junge Menschen in einem Altersspektrum von ca. 3 bis 4 Jahren betreut. Die Gruppen werden grundsätzlich störungsgemischt zusammengesetzt. Lediglich für eine Gruppe für junge Menschen nach einer psychotischen Erkrankung oder einer autistischen Störung wird eine störungshomogene Gruppenzusammensetzung realisiert.

Die konzeptionelle Ausrichtung sieht einen circa zweijährigen Aufenthalt mit einer Rückführung in die Familie oder einer Verselbständigung vor. Das Altersspektrum umfasst Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ab dem ca. 6. Lebensjahr (Kinder im Vorschulalter können in der Einrichtung nicht aufgenommen werden) bis zum 21. Lebensjahr.

Die Ausgestaltung des Betreuungs- und Behandlungssettings im Sinne des therapeutischen Milieus erfordert eine intensive multiprofessionelle Personalausstattung. Im Zusammenwirken von Gruppendienst und Fachdienst stehen dem THSJ neben zwei Leitungsstellen 36,4 Vollzeitäquivalente im Gruppendienst und 10 Vollzeitäquivalente in Fachdienst zur Verfügung. Es handelt sich um Erzieher*innen, Heilpädagog*innen, Sozial*pädagog*innen, Diplompädagog*innen und Psycholog*innen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und ein Stellenanteil Kinder- und Jugendpsychater*in.

Eine 2008 eingeführte kontinuierliche Begleitevaluation ermöglicht eine differenzierte Auswertung der Klientel bzgl. soziodemografischer Daten, der Rechtsgrundlage, Vorinterventionen, Diagnosen, Verlauf und Ergebnissen. Die folgende Beschreibung der Klientelgruppe bezieht sich auf die Auswertung eines 10-Jahreszeitraums (2008 – 2018) und bezieht 214 junge Menschen ein.

Im beschriebenen Zeitraum handelte es sich bei 62% um Jungen, das Durchschnittsalter lag bei knapp über 12 Jahren. Bei etwa jeder dritten Aufnahme in die Einrichtung handelte es sich um eine weibliche Jugendliche, das Durchschnittsalter lag mit gut 15 Jahren signifikant über dem der Jungen.

77% aller Aufnahmen in die Einrichtung erfolgten auf der Rechtsgrundlage des §35a SGB VIII, Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendlichen mit einer (drohenden) seelischen Behinderung. Die Klientelgruppe zeichnet sich durch eine multiple, oft chronifizierte psychosoziale Belastung mit diversen Vorinterventionen aus. 45% der jungen Mensch hatten im Vorfeld bereits mindestens 4 Vorinterventionen, 97% aller Kinder und Jugendlichen hatten eine kinder- und jugendpsychiatrische Vorintervention, 75% davon einen stationären Klinikaufenthalt.

Die Diagnostik der jungen Menschen im THSJ erfolgt nach dem Multiaxialen Klassifikationssystem (MAS), nach dem auch die Klassifikation des psychiatrischen Syndroms vorgenommen wird. Die Abbildungen 1 und 2 verdeutlichen, geschlechtsdifferenziert, den jeweiligen Anteil an kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern. Bei den Diagnosen kann es sich um Mehrfachnennungen handeln. Es zeigt sich, dass es sich bei den Jungen erwartungskonform zu einem hohen Anteil um expansive Störungen handelt (Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens), oft in der Kombination mit Emotionalstörungen. Bei den jugendlichen Mädchen/jungen Frauen stehen dagegen Störungen aus der Gruppe der neurotischen, somatoformen und Belastungsstörungen (Angst- und Zwangsstörungen), der affektiven Störungen (Depressionen) und der Essstörungen im Vordergrund. Um eine besonders belastende Gruppe handelt es sich bei Mädchen/junge Frauen mit Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ.

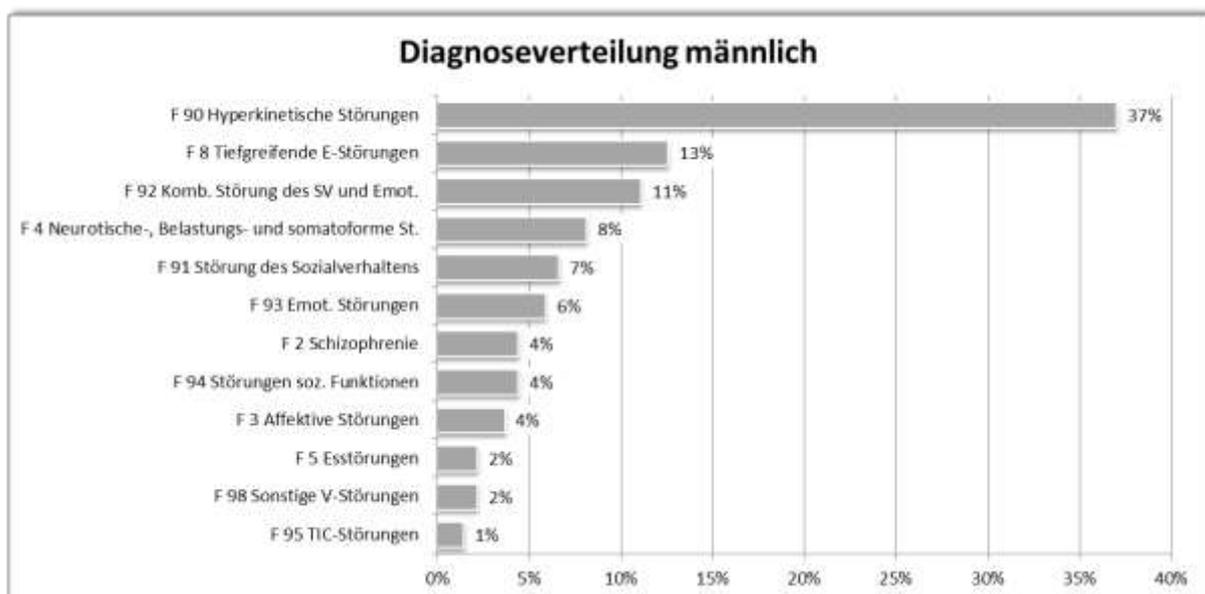


Abb.1. Diagnosegruppen der männlichen Klientelgruppe (n= 133)



Abb. 2 Diagnosegruppen der weiblichen Klientelgruppe (n= 81)

Das Therapeutische Milieu als Basiskonzept des THSJ

Auf dem Hintergrund der skizzierten konzeptionellen Entwicklungen und der entsprechenden Bedarfe der Klientelgruppe hat sich das THSJ in den vergangenen Jahren kontinuierlich zu einer therapeutischen Einrichtung für schwer beeinträchtigte und psychisch belastete junge Menschen an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendpsychiatrie qualifiziert. Im Selbstverständnis der Einrichtung und des pädagogisch-therapeutischen Teams findet dabei keine Trennung vom pädagogischen Alltag und therapeutischen Einzelinterventionen statt, vielmehr gilt es, auf der Grundlage eines kontinuierlichen Beziehungsangebotes pädagogische Situationen so zu gestalten, dass jungen Menschen korrigierende Lernerfahrungen machen und ihr Selbstwirksamkeitserleben erhöhen. Das pädagogische Personal erlebt durch „in der Gruppenpädagogik möglich werdende Veränderungen die eigentliche therapeutische Effizienz“ (Flosdorf, 1996, S. 105). Die Integration heilpädagogischer und therapeutischer Angebote in das Gesamtkonzept ist gerahmt durch fachliche Qualifikation im Sinne eines diagnostischen Wissens, Störungs- und Interventionswissens, Anleitung und Supervision, durch strukturelle Elemente wie dem Konferenzsystem, durch Kooperationskonzepten wie der Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Schule sowie der Gestaltung der Räumlichkeiten und täglichen Abläufe im Sinne eines verlässlichen schutz- und sicherheitsgebenden Settings(=„heilendes Milieu“).

In einem gemeinsamen Prozess der Vergewisserung und der Konkretisierung hat das gesamte Mitarbeiter*innenteam des THSJ Strukturelemente des Therapeutischen Milieus herausgearbeitet. Die folgende Darstellung ist das Ergebnis dieses Prozesses. Das Konzept bildet kein statisches Konstrukt, sondern stellt sich einer kontinuierlichen Überprüfung unter Berücksichtigung wissenschaftlich fundierter heilpädagogisch-therapeutischer Erkenntnisse.

Therapeutisches Milieu: ein Definitionsversuch

In Annäherung an das Therapeutische Milieu ist zunächst eine gemeinsame Verständigung zum Begriff des „Milieus“ und der „Therapie“ von Bedeutung. Unter Milieu sind die sozialen, personalen und örtlich-räumlichen Bedingungen zu verstehen, denen ein Einzelner oder eine Gruppe ausgesetzt ist. In einem erweiterten Verständnis können unter Milieu auch Normen, Werte, Regeln und Haltungen verstanden werden, die unter den Bedingungen vertreten und vermittelt werden.

Unter (Psycho-)Therapie (in allgemeiner Orientierung am Selbstmanagementansatz nach Kanfer, Reinecker.& Schmelzer, 2012, S. 9) wird die Umsetzung eines systematischen Veränderungs- und Entwicklungsprozesses verstanden, der die jeweiligen Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung der Probleme von Klienten analysiert („hypothetisches Erklärungsmodell“), an den Ressourcen ansetzt, auf (zunächst noch zu klärende) Therapieziele gerichtet ist und sich anhand der jeweilig eingetretenen Ergebnisse kontinuierlich selbst steuert.

Therapie ist somit ein bewusster, systematischer und geplanter interaktiver Prozess zur Beeinflussung von dysfunktionalen Verhaltens- und Erlebensweisen in Richtung auf ein definiertes Ziel mit Methoden, die sich auf dem Hintergrund wissenschaftlicher Überprüfung unter gegebenen Rahmenbedingungen als effektiv erwiesen haben (= indizierte Methoden).

In einer Übertragung auf stationäre Hilfe zur Erziehung heißt Therapeutisches Milieu somit, die personalen (1), sozialen (2), örtlich-räumlichen (3) und strukturellen (4) Bedingungen, Normen, Werte, Regeln und Haltungen (5) für den Einzelnen und die Gruppe bewusst und geplant (6) so zu gestalten, dass es zu einer Veränderung dysfunktionaler Verhaltens- und Erlebensweisen in Richtung auf ein gemeinsames Ziel (7) kommen kann. Die Gestaltung dieses Milieus erfolgt prozesshaft (8) und ermöglicht Lernerfahrung, die die Selbstwirksamkeit erhöhen, das Verhaltensrepertoire erweitern, Beziehungssicherheit herstellen, auf die Befriedigung der Bedürfnisse hinwirken und die Ressourcen (9) des Einzelnen berücksichtigt.

Das Milieu kann dann als entwicklungsfördernd erlebt werden, wenn es seine Mitglieder zur Teilnahme und Mitarbeit anregt (10).

Dieser knappe und möglicherweise mechanistisch wirkende Definitionsversuch bedarf einer inhaltlichen Konkretisierung für das THSJ, die Ziffern in der nachfolgenden Konkretisierung finden sich im Definitionsansatz wieder und repräsentieren Haltungen und Handlungen.

(1.) Jedes Erziehen und Behandeln findet in einer persönlichen Begegnung statt. Die Gestaltung dieser Begegnung im Sinne einer heilpädagogisch-therapeutischen Beziehung ist als zentraler Wirkfaktor gelingender Hilfen zu verstehen und durchwebt den gesamten Hilfeverlauf. Eine Vielzahl der Kinder und Jugendlichen, die zur stationären Betreuung und Behandlung in unsere Einrichtung kommen, haben Beziehungsabbrüche, unzuverlässige oder wechselnde Bindungen erlebt und sind deshalb in ihrem Grundbedürfnis nach sicheren Beziehungen verletzt. Das wiederholte Aktivieren inadäquater Beziehungsmuster stellt auf dem Hintergrund unsicherer Beziehungserfahrungen für die jungen Menschen eine vertraute

Handlungsstrategie dar, die die sozial-emotionale Entwicklung des Kindes grundsätzlich gefährdet, zunächst aber als einzig mögliche und vertraute Handlungsstrategie zu bewerten ist („der gute Grund“). Kinder und Jugendliche fordern oft extrem und langwierig heraus, provozieren Ablehnung, Zurückweisung und testen die Beziehung.

Ein verlässliches, planbares und belastbares Beziehungsangebot und konsistentes Erziehungs- und Beziehungsverhalten stellen die Basis dieser Beziehungsgestaltung dar. Verlässlichkeit beinhaltet die Kongruenz ausgedrückten und realisierten Verhaltens („du kannst sicher sein, dass ich tue was ich sage!“). Planbarkeit bedeutet vergleichbare Handlungsstrategien in vergleichbaren Situationen („was ich gestern dazu gesagt habe, gilt auch heute“). Unter Belastbarkeit kann das wiederholte Beziehungsangebot und die Beziehungsaufnahme nach schwierigen Situationen („wir hatten einen Konflikt und fangen wieder miteinander an“) verstanden werden. Konsistentes Erziehungsverhalten erfordert insbesondere Teamabsprachen und das Festlegen übereinstimmender Handlungsstrategien zwischen den pädagogischen Fachkräften.

- (2.) Das zentrale Lernfeld der Verhaltensmodifikation ist die Gruppe, da Verhalten und Erleben in der Regel erst in der sozialen Interaktion problematisch wird und funktionales Verhalten in der Interaktion erworben oder aufrechterhalten wird. Deshalb ist die Zusammensetzung der Gruppenmitglieder so zu gestalten, dass Lernerfahrungen möglich sind und weder eine soziale Über- noch eine soziale Unterforderung zu befürchten ist.

Im Verständnis des Therapeutischen Milieus bedeutet dies, die Gruppenmitglieder weitgehend altershomogen zusammen zu stellen. In einer Gruppe leben junge Menschen in einem Altersspektrum von etwa 3-4 Jahren. Altershomogenität richtet sich dabei nicht primär nach dem biologischen Alter sondern dem Entwicklungsalter und den daraus resultierenden Entwicklungsaufgaben aus. Im Jugendlichenalter oder unter bestimmten Vorerfahrungen ist im Sinne eines sozialen Schutzraums eine Gruppe auch geschlechtshomogen zusammen zu stellen. Kognitiv schwache Kinder und Jugendliche drohen in einer ansonsten eher starken Gruppe sozial überfordert zu werden und dadurch wenig soziale Selbstwirksamkeit zu erleben. Bei einer hohen sozialen Überlegenheit eines Gruppenmitgliedes in einer Gruppe fehlt das soziale Regulativ der Gruppe. Das pädagogische Bemühen ist auf die Entwicklung von Gruppenkohäsion, einem Zugehörigkeitsgefühl und einer Identifikation mit der Gruppe ausgerichtet. In diesem geschützten Rahmen können neue Lernerfahrungen gemacht und gefestigt werden. Idealerweise erlebt sich die Gruppe nicht als nach außen abgeschlossene Einheit, sondern die sozialen Bedingungen ermöglichen immer wieder neue Gruppenkonstellationen (in der Freizeit, in therapeutischen oder heilpädagogischen Gruppe), in denen erlernte soziale Erfahrungen ausprobiert und generalisiert werden können.

- (3.) Im Rahmen einer stationären Hilfe stellt die Einrichtung zeitlich begrenzt den Lebensort dar. Zielsetzung muss es sein, diesen Lebensort als sicher und Schutz bietend erlebbar zu machen.

Hierzu gehören Privatsphäre, Rückzugsräume und Mitgestaltungsmöglichkeiten. Die Gestaltung der räumlichen Gegebenheiten sollte unter Berücksichtigung alters- und entwicklungsentsprechender Bedürfnisse geschehen. Die Kinder und Jugendlichen tragen Mitverantwortung für den Zustand der Räumlichkeiten, in dem sie sich z.B. bei Verschmutzungen oder Zerstörungen an den Reparaturarbeiten beteiligen bzw. sich bestimmte Ausgestaltungselemente selbst erlebbar machen (selbst gemalte Bilder, Objekte aus Projektarbeiten...). Die architektonische Struktur erfolgt nach den Prinzipien der heilpädagogischen Raumgestaltung (Flosdorf & Mahlke, 1996).

- (4.) Kinder und Jugendliche in stationären Hilfen zeichnen sich in der Regel durch einen Mangel an eigenen Strukturierungsmöglichkeiten aus. Sie sind auf dem Hintergrund der fehlenden Selbststrukturierung (zunächst) auf die Fremdstrukturierung angewiesen. Dies beinhaltet klare zeitliche Abläufe in der Tages-, Wochen- und Jahresstruktur. Die bewusste Berücksichtigung von Festen im Jahreskreis stellen ebenfalls strukturgebende Elemente dar. In vergleichbarer Weise ist auf eine örtlich-räumliche Struktur („wo ist Ort und Zeit für Hausaufgaben, wo ist Ort und Zeit für das gemeinsame Essen; wo ist Ort und Zeit für das therapeutische Gespräch, wo ist Ort und Zeit für „Abhängen“...“) zu achten.

Immer wiederkehrende, verlässliche und transparente Strukturen, Rituale und Routinen bilden Sicherheit gebende Leitlinien im Alltag (gleiche Hausaufgabenzeiten und -orte, feste Wochenpläne, Tischrituale, Zu-Bett-Geh-Rituale...).

Gestaltung der strukturellen Rahmenbedingungen richtet sich aber nicht nur auf die Kinder- und Jugendlichen, sondern auch auf die Mitarbeiter*innen. Transparente Personalstrukturen mit klaren Aufgabenverteilungen, inhaltlich und zeitlich festgelegte Besprechungsstrukturen, Ablaufschemata mit unmissverständlichen Handlungsabläufen (z.B. Krisenintervention) und klare Rollenzuordnungen stellen die organisatorischen Rahmenbedingungen dar, in die die pädagogisch-therapeutische Arbeit eingebettet ist.

Konkret umfasst die Besprechungsstruktur im THSJ eine wöchentlich Fallkonferenz, Erziehungs- und Behandlungsplanungskonferenz (EBK) genannt, in der das Gruppenteam mit den Fachdienstmitarbeiter*innen Ziele, Entwicklungen und heilpädagogisch-psychotherapeutische Interventionen besprochen. Darüber hinaus werden in Team-, Stations-, Gruppenleiter*innen- und Fachdienstkonferenzen sowohl inhaltliche als auch organisatorische Aspekte thematisiert werden. Ergänzend findet ein wöchentlicher strukturierter Austausch mit den Lehrkräften der Schule statt.

- (5.) Der Aufenthalt in einem stationären Setting stellt für Kinder- und Jugendliche einen zeitlich begrenzten Sozialisationsraum dar, in dem

neben anderen Sozialisationsfeldern wie der Familie oder der Schule intensiv Werte und Normen vermittelt werden. Werte und Normen werden in der Regel im Austausch mit der Umwelt entwickelt und übernommen. In diesem Bewusstsein muss im Sinne des therapeutischen Milieus das pädagogisch-therapeutische Team konsistente Wert- und Normhaltungen entwickeln und für die Kinder- und Jugendlichen erlebbar machen. Besondere Bedeutung hierbei hat das Modelllernen als Möglichkeit für das Kind, das eigene Verhaltensrepertoire durch als erfolgreich beobachtete Verhaltensweisen zu erweitern. Damit können zwischen den pädagogischen Mitarbeiter*innen praktizierte Interaktions- und Kommunikationsmuster und die Gestaltung bestimmter Abläufe (z.B. die Essenssituation) Lernprozesse anstoßen.

Die Arbeit aller Mitarbeiterinnen ist deshalb von der Grundhaltung geprägt, dass jede personale Begegnung diagnostischen und modifikatorischen Charakter hat und die Begegnung in diesem Bewusstsein gestaltet wird.

- (6.) Im therapeutischen Sinne handelt es sich bei einem Veränderungsprozess um eine Reduktion der Diskrepanz zwischen einem als dysfunktional erlebten Ist-Zustand und einem Soll-Zustand (Zielzustand). Hierzu ist zunächst eine Erhebung des Ist-Zustandes im Sinne einer Verhaltensdiagnostik notwendig. In einem weiteren Schritt muss der Soll-Zustand im Sinne einer Zielbestimmung (siehe Punkt 7) formuliert werden. Eine Festlegung von Zielen für eine Hilfe geschieht im Hilfeplangespräch und in der Erziehungs- und Behandlungsplanung. Hier wird idealerweise sowohl der Ist-Zustand im Sinne einer Ressourcen- und Defizitanalyse als auch der Zielzustand im Sinne einer Zielanalyse festgelegt und kontinuierlich weiterentwickelt und angepasst. Zentrale Frage ist dann, mit welcher Methode, mit welchen Interventionen und Unterstützungen eine Entwicklung auf die formulierten Ziele hin erfolgen kann. Hierzu werden in einem System der Fallkonferenzen im multiprofessionellen Austausch als zielführend erachtete Handlungsstrategien entwickelt, die dann im Alltag umgesetzt und deren Effekt wieder in den Fallkonferenzen evaluiert werden. Damit gewinnt der Pädagoge Handlungssicherheit und kann ein Selbstverständnis als therapeutischer Mitarbeiter entwickeln. Diesem Ansatz liegt zugrunde, dass Veränderungen des Erlebens und Verhaltens insbesondere dann erzielt werden können, wenn therapeutische Strategien in den Alltag integriert und kontinuierlich umgesetzt werden können und sich nicht auf aus dem Alltag ausgestanzte Therapiestunden konzentrieren.

Konkret bedeutet dies, dass therapeutisches Handeln auf unterschiedlichen, miteinander verzahnten Handlungsebenen geschieht.

Auf **Gruppenebene** werden die Gruppenerzieher*innen in den Erziehungs- und Behandlungsplanungskonferenzen (EBK) durch Therapeuten in der Durchführung und Kontrolle verhaltenstherapeutisch orientierter Interventionen angeleitet (Beck, Stempel & Werner, 2006; Beck, 2014). Die Überprüfung der Umsetzung, notwendig werdender Modifikationen und

eine kontinuierliche Evaluation finden durch Rückmeldungen ebenfalls in den wöchentlich stattfindenden EBKs statt.

Auf **gruppenübergreifender Ebene** werden heilpädagogische und psychotherapeutische Gruppen- oder Einzelinterventionen angeboten. Bei den heilpädagogischen Angeboten handelt es sich um erlebnisorientierte und gestalterische Angebote (Interessengruppen, Erlebnisgruppen, Werken und Gestalten...) jeweils im Einzel- und Gruppensetting. Psychotherapeutische Interventionen umfassen Einzelpsychotherapie und gruppentherapeutische Angebote wie z.B. Trainingsgruppen sozialer Kompetenzen oder manualisierte Therapie zur Emotionsregulation in Anlehnung an den Dialektisch-Behavioralen Therapieansatz.

Ein weiteres zentrales Element therapeutischen Handelns ist die intensive Eltern- und Familienarbeit. Jeder Familie wird ein/e Eltern-/Familienberater*in (in der Regel psychologische Mitarbeiter*innen) zugeordnet, die/der Elternberatungen in regelmäßiger Frequenz anbietet.

Integraler Bestandteil des Konzepts ist die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, die durch einen wöchentlichen Konsiliardienst der Universitätsklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie Würzburg durchgeführt wird.

Voraussetzung für die Realisierung dieses Konzepts ist:

- eine multiprofessionell Ausstattung des Teams (im THSJ arbeiten Erzieher*innen, Heilpädagog*innen, Sozialepädagog*innen, Diplompädagog*innen, Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendpsychiatrer*innen im Konsiliardienst)
- eine entsprechende Personalintensität im Fachdienst (nach dem Empfehlungen des Bayerischen Landesjugendamtes (2014) zu den Hilfen nach §34 sind für therapeutische Gruppen zwei Fachdienststunden pro Platz pro Woche vorgesehen. Die Fachdienstausstattung im THSJ ermöglicht 7-8 Fachdienststunden pro Platz pro Woche).

(7.) Je klarer, handlungsrelevanter und übereinstimmender (junger Mensch, Eltern, Jugendamt, Team) Zielsetzungen formuliert sind, desto zielführender können sie verfolgt und deren Erreichung auch kontrolliert werden. Grundannahme dabei ist, dass alle Kinder- und Jugendlichen und deren Eltern motiviert sind und jedes Verhalten zunächst eine Funktion im Sinne der Befriedigung von Grundbedürfnissen einnimmt. Möglicherweise differieren aber die Zielsetzung zwischen Kind/Jugendlichen und Eltern oder individuelle Ziele konkurrieren mit den Entwicklungsaufgaben. Somit sind Zielformulierungen als Aushandlungsprozesse zu gestalten, bei denen auch möglicherweise Ziele korrigiert und an Machbares orientiert werden müssen.

Eine gemeinsame Zielformulierung als Ergebnis dieses Aushandlungsprozesses steht in der ersten Phase jedes Betreuungs- und Behandlungsprozesses im Mittelpunkt.

- (8.) Der Betreuungs- und Behandlungsverlauf folgt nicht einem starren, einmal festgelegten Weg, sondern ist prozesshaft zu gestalten (Fritz Redl spricht von der klinischen Elastizität), indem sowohl Zielsetzungen als auch Handlungsstrategien kontinuierlich auf ihre Stimmigkeit, auf ihre Passgenauigkeit überprüft und bei Bedarf modifiziert werden, Dies setzt Kommunikationsstrukturen (Konferenzen) und ein „Klima“ zwischen den pädagogisch-therapeutischen Mitarbeitern voraus, in denen Beobachtungen und Wahrnehmungen der Mitarbeiter*innen ausgedrückt, in ein Gesamtbild integriert und in Anpassung der Handlungsstrategien übergeführt werden können. Zielführend ist ein diagnostisches Grundverständnis aller Mitarbeiter*innen, in dem Wahrnehmungen und Beobachtungen nicht wertend, sondern beschreibend zusammengetragen werden und diese Informationen in einer gemeinsamen Bewertung zu einer gemeinsamen Handlungsstrategie führen.
- (9.) Störungen des Erlebens und des Verhaltens stellen dysfunktionale, entwicklungsgefährdende Handlungs- und Problemlösestrategien dar, die sich mangels alternativer Erfahrungen, durch nicht entwicklungsfördernde Rahmenbedingungen, durch ungünstige Verstärkungsmechanismen oder auf dem Hintergrund einer biologisch-genetisch begründeter Funktions- und Entwicklungsstörung manifestiert haben. Die Kinder und Jugendlichen wie die Familien erleben sich als wenig kompetent und haben wenig oder keinen Zugang zu personalen oder sozialen Ressourcen. Dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensweisen stellen oft manifestiert Möglichkeiten dar, die Befriedigung der eigenen Grundbedürfnisse zu sichern.
- Sowohl in der direkten Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen als auch in der Elternarbeit ist deshalb neben der Analyse der (Handlungs-)Defizite eine Analyse der Möglichkeiten und Potentiale durchzuführen. Persönliche Ressourcen und Kompetenzen sind häufig verschüttet und überlagert durch ein chronifiziertes Erleben des Scheiterns. Dies führt zu Vermeidungs- und Verweigerungshaltungen Handlungsorientierte Angebote wie gestalterisches Arbeiten, Sport, Gruppenerlebnisse bieten oft den ersten angstfreien Erfahrungsraum, leistungs- und bewertungsfrei eigene Möglichkeiten und Selbstwirksamkeit zu erleben. Deshalb stellen heilpädagogisch gestaltete Inhalte neben psychotherapeutischen, medizinischen und sonderpädagogischen Handlungsstrategien gleichwertige Elemente eines Gesamtbehandlungskonzeptes dar(siehe Punkt 6)
- (10.) Die Berücksichtigung der familiären Individuellen Lebensentwürfe, bisheriger Lösungsversuche der Familie und die Beteiligung der Kinder, Jugendlichen und Eltern sowohl an der Zielformulierung als auch der Prozessgestaltung gelten in psychotherapeutischen wie pädagogischen Prozessen als wesentliche prädiktive Faktoren für die Effektivität einer Maßnahme. Der gesamte Betreuungs- und Behandlungsprozess hat deshalb immer die alters- und entwicklungsabhängige Beteiligung der Kinder und Jugendlichen in Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen zu berücksichtigen.

Partizipative Möglichkeiten reichen von Kinder-/Jugendlichenkonferenzen über die Transparenz der Hilfeplanung, Beschwerdemanagement.... Die Akzeptanz von Lebensentwürfen und bisherigen Handlungsstrategien findet Grenzen, wo das Entwicklung und das Kindeswohl gefährdet sind. Partizipation verengt sich nicht auf Prozesse in einem Klient – Fachkraft-Verhältnis, sondern spannt sich auf über die gegenseitige Wertschätzung unterschiedlicher Professionalitäten und deren Einbeziehung in einen multiprofessionellen Gesamtbehandlungs- und -betreuungsprozess.

Grafisch lässt sich das Verständnis des Therapeutischen Milieus wie in Abb.3 darstellen.

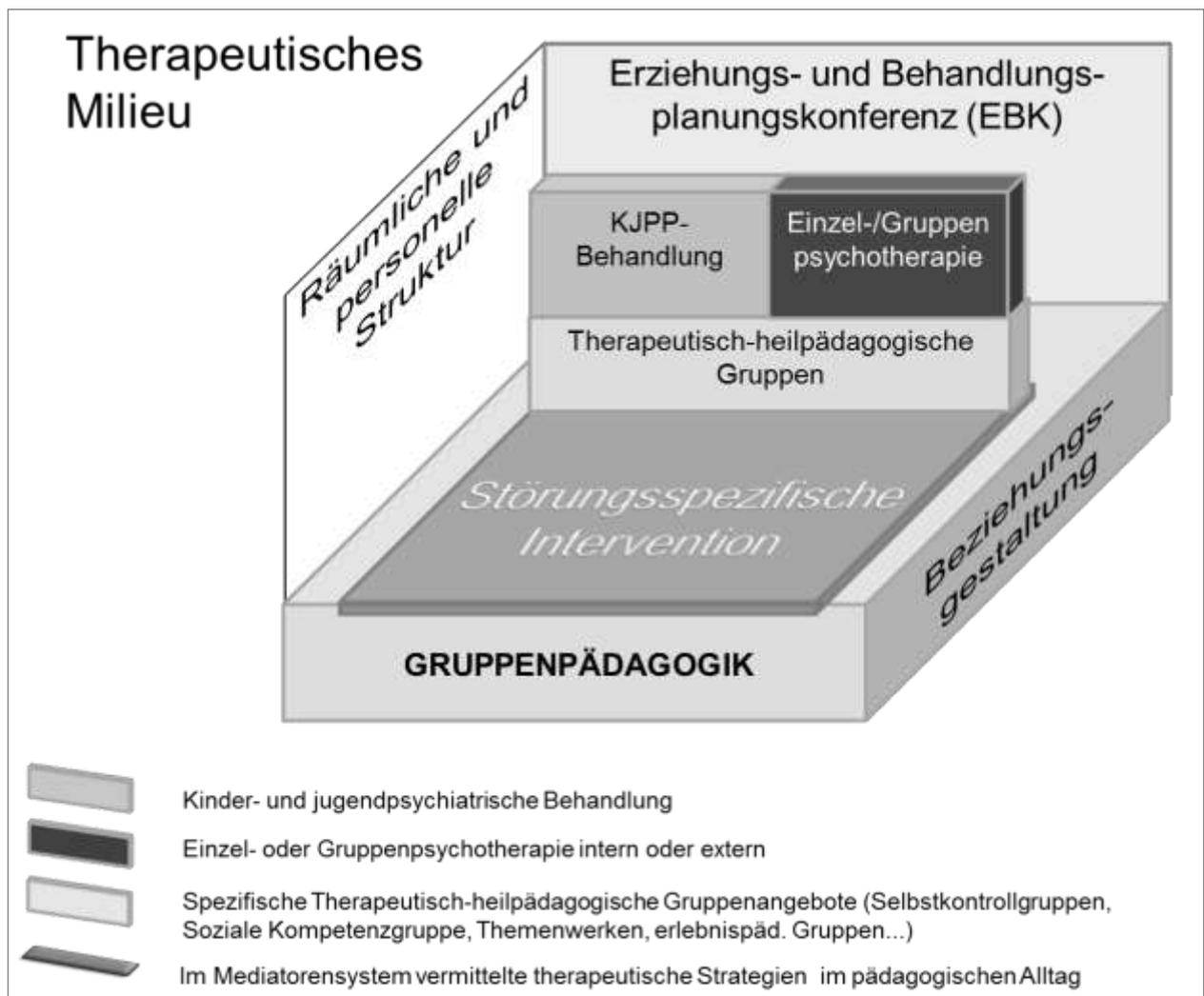


Abb. 3: Das Therapeutische Milieu im Verständnis des THSJ

Der gesamte Betreuungs- und Behandlungsprozess wird begleitet durch ein EDV-gestütztes Dokumentation- und Evaluationssystem. Regelmäßige themenspezifische Fort- und Weiterbildungsinhalte (auch mit einer „klinischen“ Ausrichtung wie z.B. Vorstellung von Störungsbildern oder psychotherapeutischen Interventionsprogrammen) sowie Supervisionsmöglichkeit durch einen einrichtungsinternen Supervisor bilden Elemente der fachlichen Qualifikation.

Literatur

- Bayerisches Landesjugendamt (BLJA) (Hrsg.) (2014). Fachliche Empfehlungen zur Heimerziehung gemäß § 34 SGB VIII. Eigenverlag.
- Beck, N., Stempel, K., Werner, S. (2006). Integration verhaltenstherapeutisch orientierter Psychotherapie in die Heimerziehung: Das Beispiel des Therapeutischen Heims Sankt Joseph. Verhaltenstherapie mit Kinder und Jugendlichen, Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, Heft 2, S 77-86.
- Beck, N.(2014). Psychotherapie in der stationären Jugendhilfe. Psychotherapeutenjournal, Heft 4, S. 378-383.
- Flosdorf, P., Patzelt H.(Hrsg.) (2003). Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation . Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe).Eigenverlag des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe, BVKE
- Flosdorf, P., Mahlke W. (1996). Die Gestaltung des Lebensfeldes Heim. In: Flosdorf, Theorie und Praxis stationärer Erziehungshilfe, Band 2: Gestaltung des Lebensfeldes Heim. Lambertus, Freiburg. S. 9 -45.
- Flosdorf, P.(1996). Das Heim als „therapeutisches Milieu“. In: Flosdorf, Theorie und Praxis stationärer Erziehungshilfe, Band 2: Gestaltung des Lebensfeldes Heim. Lambertus, Freiburg. S. 103-109.
- Flosdorf, P. (1980). Das Überregionale Beratungs- und Behandlungszentrum (ÜBZ) – ein neuer konzeptionelle Ansatz für die Jugendhilfe in Bayern, Bayerischer Wohlfahrtsdienst (32), S. 93 – 97
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012). Selbstmanagementtherapie. Ein Lehrbuch für die Klinische Praxis. 5: korrigierte und durchgesehene Auflage. Springer, Heidelberg.