

## Inhalt

### *Themenschwerpunkt Tagesklinische Behandlung*

Editorial	
<i>Hartmut Thieme</i> .....	2
Bilder, Zahlen und Gedanken zur kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniklandschaft in Deutschland	
<i>Hartmut Thieme</i> .....	3
Tagesklinik: Die ‚nette‘ Seite der Kinder- und Jugendpsychiatrie?	
<i>Renate Schepker</i> .....	15
Pädagogische Herausforderungen im therapeutischen Raum der Tagesklinik	
<i>Achim Beutling</i> .....	26
Die Bedeutung der Tagesklinik in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Krisen	
<i>Bernhard Prankel, Sünje Tober, Jürgen Rohde</i> .....	38
Elternintegrative Arbeit in der Tagesklinik	
<i>Georg Franke und Thomas Dirksen</i> .....	50
Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Hausbesuche fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien	
<i>Jochen Gehrman, Gamal Abedi, Markus Schwarz, Jan Finbar Wolf, Elke Boida, Thomas Rellum, Uta Fies, Rita Schwahn und Maike Pellarin</i> .....	60
Schule für Kranke: Arbeit in einem interdisziplinären Team	
<i>Walburga Brenk</i> .....	78
Kooperation und Vernetzung in kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken: Case-Management als Herausforderung und wichtiger Faktor für einen dauerhaften Behandlungserfolg	
<i>Maren Wetter</i> .....	89

### *Positionspapier:*

Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe	
<i>Jörg M. Fegert, Tanja Besier, Lutz Goldbeck</i> .....	103
Qualitätsmanagement Toolbox (1)	
<i>Julia Bellabarba</i> .....	117
<i>Hinweise für Autoren</i> .....	119

## *Editorial*

Diese Ausgabe des Forums hat schwerpunktmäßig die tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zum Thema. Da sich der tagesklinische Bereich neben dem ambulanten und vollstationären Bereich mittlerweile zu einem dritten Standbein unseres Fachgebiets entwickelt hat und über 150 kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken in Deutschland existieren, war es an der Zeit, eine bundesweite Veranstaltung für kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken zu organisieren, um den Rahmen für einen fachlichen Informationsaustausch und persönliche Begegnungen zu schaffen. Dieser Aufgabe hat sich die Arbeitsgruppe Tagesklinik der BAG gestellt und das erste bundesweite kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik-Forum aus der Taufe gehoben. Die Veranstaltung, an der weit über 300 Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Berufsgruppen teilnahmen, fand am 18. Januar 2008 in Castrop-Rauxel statt. Die nachfolgenden Artikel sollen einen Überblick über die in Castrop-Rauxel gehaltenen Vorträge und Workshops bieten.

Die positive Resonanz auf das erste bundesweite Tagesklinik-Forum hat die Arbeitsgruppe Tagesklinik der BAG dazu veranlasst, weitere Veranstaltungen mit speziellen Themenschwerpunkten zu planen. Neben der fachlich-inhaltlichen Weiterentwicklung tagesklinischer Konzepte soll dabei auch die gesundheitspolitische Dimension Raum haben. Auch auf dem Gebiet teilstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung ist es erforderlich, die Pflöcke fachlicher Standards, z. B. bezogen auf eine ausreichende Verweildauer bei schweren Störungsbildern, eine angemessene Personalausstattung etc., zu setzen. Nur so ist es möglich, restriktiven Tendenzen der Kostenträger zu begegnen. Reduktionistischen Behandlungsmodellen müssen verbindliche fachlich inhaltliche Standards entgegengesetzt werden, um die Behandlungsqualität abzusichern. Auf diesem Gebiet ist ebenso wie bei der Evaluationsforschung tagesklinischer Behandlung noch viel Arbeit zu leisten. Hierzu kann eine bessere Vernetzung der bunten und vielfältigen kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniklandschaft in Deutschland sicherlich beitragen.

*Dr. Hartmut Thieme*

*Sprecher der Arbeitsgruppe Tagesklinik der BAG*

*Leitender Arzt der Tagesklinik Pionierstraße Köln*

# Bilder, Zahlen und Gedanken zur kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniklandschaft in Deutschland

*Hartmut Thieme*

Bei der Präsentation von Bildern, die die bauliche Situation von 23 Tageskliniken aus verschiedenen Regionen Deutschlands darstellen, wird deutlich, dass es eine große Vielfalt an Baustilen, baulichem Charakter, Größe, Integration in die Umgebung etc. bei Tagesklinikgebäuden gibt. Die äußere und innere bauliche Struktur einer Tagesklinik korreliert eng mit den Möglichkeiten und Grenzen der therapeutischen und pädagogischen Nutzung. Gerade bei der Neukonzipierung von Tagesklinikgebäuden sollte dies im Vorfeld sorgfältig bedacht werden.

Die aktuelle Bevölkerungsentwicklung in Deutschland zeigte für die Altersgruppe der 0- bis 15-Jährigen zwischen 1970 und 2005 eine stetig abnehmende Tendenz, im Osten stärker als im Westen. Auch der prozentuale Anteil dieser Bevölkerungsgruppe sank kontinuierlich.

Jahr		0 – 15 Jahre	15 – 21 Jahre
1970	West	23,1 %	8,0 %
	Ost	23,3 %	9,2 %
1995	West	16,2 %	6,1 %
	Ost	16,2 %	7,7 %
2005	West	15,0 %	6,8 %
	Ost	10,6 %	7,7 %

(Institut der deutschen Wirtschaft, 2007)

Gegenläufig hierzu verlief die Entwicklung und Verbreitung kinder- und jugendpsychiatrischer Tageskliniken in Deutschland. In den letzten zehn Jahren ließ sich ein regelrechter Boom von Tagesklinik-Neugründungen registrieren. Die ersten Tagesklineröffnungen im deutschsprachigen Raum sind der folgenden Aufstellung zu entnehmen:

1929: Tagesklinik der Heckscher-Klinik München  
 1975: Tagesklinik Zürich  
 1979: Tagesklinik der Elisabeth-Klinik Dortmund  
 1981: Tagesklinik des Heilpädagogischen Zentrums Feldkirch  
 1982: Tagesklinik des LWV Hessen in Kassel  
 1984: Tagesklinik Pionierstraße Köln  
 1984: Tagesklinik des Max-Bürger-Krankenhauses Berlin  
 1984: Tagesklinik der Philipps-Universität Marburg  
 1986: Tagesklinik des Humboldt-Krankenhauses Berlin  
 1988: Tagesklinik Klagenfurt

(Herzka, 1998)

Zur Zeit existieren in Deutschland 150 kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken. Die regionale Dichte an Tageskliniken differiert allerdings sehr stark. Als Flächen-Bundesland ist Nordrhein-Westfalen vergleichsweise am besten ausgestattet. Die geringste Tagesklinikdichte bezogen auf die Bevölkerungsdichte findet sich in Baden-Württemberg. Die Tagesklinikanzahl pro Bundesland ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Bundesland	Anzahl Tageskliniken (2006)
Baden-Württemberg	8
Bayern	20
Berlin	7
Brandenburg	1
Bremen	2
Hamburg	3
Hessen	7
Mecklenburg- Vorpommern	5
Niedersachsen	12
Nordrhein-Westfalen	43
Rheinland-Pfalz	5
Saarland	4
Sachsen	10
Sachsen-Anhalt	8
Schleswig-Holstein	9
Thüringen	6
Deutschland (gesamt)	150

Auch in den USA fand ein starker Anstieg teilstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen statt, der allerdings schon früher als in Deutschland einsetzte. 1961 bestanden in den USA 10, 1972 90 und 1981 353 Tageskliniken (Herzka, 1998). Entsprechend positiv wurde diese Entwicklung bewertet: „Das Konzept teilstationärer Behandlung ist die wichtigste Erneuerung in der klinischen kinderpsychiatrischen Behandlung in diesem Jahrhundert“ (Zimet und Farley, 1985, zitiert nach Herzka, 1998). Um ein differenzierteres Bild der Tageskliniklandschaft in Deutschland zu gewinnen, wurden von der Arbeitsgruppe Tagesklinik der BAG 2004 und 2006 bundesweite anonymisierte Tagesklinik-Erhebungen durchgeführt. Die wichtigsten Daten sollen im Folgenden dargestellt werden. Die Rücklaufquote betrug 2004 73,2%, 2006 64,9%. Für die geplante nächste Erhebung im Jahr 2008 wäre eine deutlich höhere Rücklaufquote wünschenswert. Beim Item „Organisationsformen“ zeigte sich folgendes Bild:

	2004		2006	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
an Kinderklinik angegliederte Tagesklinik, räumlich ausgelagert	1	1,11 %	3	3,19%
an Kinderklinik angegliederte Tagesklinik, räumlich integriert	2	2,22 %	4	4,26%
an KJPP-Klinik angegliederte Tagesklinik, räumlich ausgelagert	36	40,00 %	39	41,49 %
an KJPP-Klinik angegliederte Tagesklinik, räumlich integriert	42	46,67 %	37	39,36 %
an KJPP-Klinik angegliederte Tagesklinik, räumlich integriert und ausgelagert (je 2 Gruppen)	-	-	1	1,06%
eigenständige TK	7	7,78 %	8	8,51%
eigenständige TK, Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses	1	1,11 %	2	2,13%
eigenständige TK, an KJPP Praxis angegliedert	1	1,11 %	-	-

Mehr als 80% aller Tageskliniken sind damit an vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken angegliedert und räumlich integriert oder ausgelagert. Der Anteil eigenständiger Tageskliniken lag 2006 nur bei 8,51%. Die übrigen Organisationsformen bewegten sich in einem Bereich von unter 5%. Die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsplätze pro Tagesklinik lag 2004 bei 11,8, 2006 bei 13,4. Die meisten Einrichtungen

umfassten 10 bis 12 Plätze, der Streubereich reichte 2006 von 3 bis zu 54 Plätzen. 2006 verfügten 84% der Tageskliniken über eine Institutsambulanz, 7% über eine Ermächtigungsambulanz und 8% hatten keine eigene Ambulanz. Der relative Anteil der Institutsambulanzen nahm im Vergleich zu 2004 um 7% zu.

Die angegebenen durchschnittlichen Pflegesätze blieben im Vergleich zwischen 2004 und 2006 stabil. Im Einzelnen fanden sich folgende Werte: durchschnittlicher Basispflegesatz 2004: 53,56€, 2006: 53,44€; durchschnittlicher Abteilungspflegesatz 2004: 171,61€, 2006: 175,14€; durchschnittlicher Gesamtpflegesatz 2004: 223,40€, 2006: 226,93€. 77% der Tageskliniken gaben 2006 eine Belegung zwischen 90% und 109% an, 10% lagen über 109%, 13% unter 90%. Die durchschnittliche Verweildauer zeigte eine deutlich abnehmende Tendenz. Sie sank von 64,16 Tagen im Jahr 2004 auf 56,53 Tage im Jahr 2006. Bei den durchschnittlichen Fallkosten fiel eine erhebliche Diskrepanz zwischen den östlichen und westlichen Bundesländern auf. Für 2006 ergaben sich folgende Werte: westliche Bundesländer: 16.267,21€, östliche Bundesländer: 5.970,19€, bundesweit: 12.535,80€. Ähnlich große Ost-West-Differenzen ließen sich auch bezogen auf den durchschnittlichen Gesamtpflegesatz und die durchschnittliche Verweildauer feststellen.

2006	Ø Gesamtpflegesatz	Ø Verweildauer	daraus folgende Ø Fallkosten
Ø Bund	218,95	57	12.535,80
Ø West	243,14	67	16.267,21
Ø Ost	165,73	36	5.970,19

Bei beiden bundesweiten Tagesklinik-Erhebungen wurden auch Daten zum Personalschlüssel erfasst. Betrachtet man die berufsgruppenbezogene durchschnittliche Stellenzahl je 10 Tagesklinikplätze, wird zum einen deutlich, dass insgesamt größere Veränderungen zwischen 2004 und 2006 nicht zu registrieren sind. Ausnahme bildet eine Stellenreduktion um 0,28 Stellen je 10 Tagesklinikplätze im Bereich des Pflege- und Erziehungsdienstes. Zum anderen lässt sich feststellen, dass in den übrigen Berufsgruppen die angegebene Besetzung weitgehend der in der Personalverordnung-Psychiatrie vorgesehenen Besetzung bei 90%iger Belegung entspricht. Dies ist zwar durchaus erfreulich, wird aber durch die große Varianz der Angaben relativiert.

Berufsgruppe	2004 durchschn. Stellen je 10 TK-Plätze	2006 durchschn. Stellen je 10 TK-Plätze	Psych.-PV bei 90% Belegung
Pflege-/Erziehungsdienst / Sozial- u. Heilpädagogen	3,72	3,44	3,80
Ärzte / Oberärzte	1,07	1,13	1,14
Diplompsychologen	0,88	0,88	0,85
Ergo-/ Musik-/ Kunstthera- peuten	0,67	0,62	0,61
Bewegungstherapeuten / Krankengymnasten / Reit- therapeuten	0,20	0,22	0,30
Sozialarbeiter / Sozialpäda- gogen	0,42	0,42	0,62
Sprachheiltherapeuten / Lo- gopäden	0,05	0,06	0,13
Sekretariatsmitarbeiter	0,25	0,30	-
Verwaltungsmitarbeiter	0,05	0,08	-
Lehrerstellen	-	1,26	-

Über die berufsgruppenbezogene durchschnittliche Stellenzahl je 10 Tagesklinikplätze hinaus wurde auch bundeslandbezogen die durchschnittliche Gesamtstellenzahl je 10 Tagesklinikplätze berechnet. Die Werte der einzelnen Bundesländer unterscheiden sich hierbei erheblich. Bei einem bundesweiten Durchschnittswert von 6,78 Stellen liegt Rheinland-Pfalz mit 8,30 Stellen an der Spitze, während Baden-Württemberg mit 3,85 Stellen den letzten Platz einnimmt.

Durchschnittliche Gesamtstellenzahl je 10 Tagesklinikplätze (ohne Lehrerstellen)			
sortiert nach Bundesland		sortiert nach Stellenzahl	
Baden-Württemberg	3,85	Rheinland-Pfalz	8,30
Bayern	6,64	Saarland	8,25
Berlin	4,79	Nordrhein-Westfalen	7,77
Brandenburg	6,87	Bremen	7,69
Bremen	7,69	Schleswig-Holstein	7,38
Hamburg	7,00	Hamburg	7,00
Hessen	6,38	Mecklenburg-Vorpommern	6,89
Mecklenburg-Vorpommern	6,89	Brandenburg	6,87
Niedersachsen	6,64	<b>bundesweiter Durchschnitt</b>	<b>6,78</b>
Nordrhein-Westfalen	7,77	Sachsen-Anhalt	6,77
Rheinland-Pfalz	8,30	Bayern	6,64
Saarland	8,25	Niedersachsen	6,64
Sachsen	5,71	Hessen	6,38
Sachsen-Anhalt	6,77	Sachsen	5,71
Schleswig-Holstein	7,38	Berlin	4,79
Thüringen	4,76	Thüringen	4,76
<b>bundesweiter Durchschnitt</b>	<b>6,78</b>	Baden-Württemberg	3,85

Die Arbeitsgruppe Tagesklinik der BAG plant weitere bundesweite Folgeerhebungen. Hierdurch werden sich Tr und bei den anderen Items weiterverfolgen lassen. Das jeweils aktualisierte Datenmaterial soll besonders im Hinblick auf Tagesklinik-Neugründungen eine Orientierung darstellen.

Betrachtet man die zahlreichen baulichen Varianten, die vorliegenden Erhebungsdaten und die Vielfalt tagesklinischer Konzepte, lassen sich einige Thesen zur kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniklandschaft in Deutschland ableiten:

### 1. Die tagesklinische Behandlung ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Wachstumsbereich

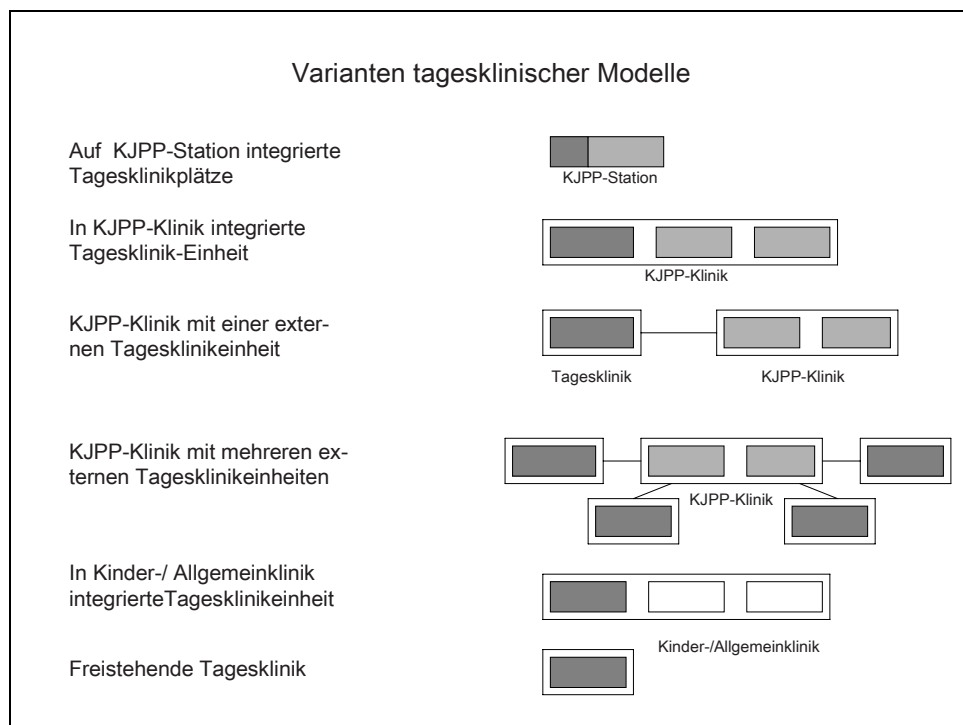
Diese pauschale Aussage gilt nicht für alle Regionen. Es gibt Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen, in denen der Wachstumsboom von Tageskliniken bereits eine Sättigungsgrenze erreicht hat. Es gibt aber auch Bundesländer wie Baden-Württemberg, die relativ dicht bevölkert sind und trotz-



dem nur über ein mangelhaftes Tageskliniknetz verfügen. Das bevorzugte „Modell“ für Neugründungen sind Tageskliniken mit 10 bis 12 Plätzen.

## 2. Tageskliniken bieten optimale Möglichkeiten für eine flächendeckende klinische Versorgung in kleineren Einheiten

Da vollstationäre Einheiten nicht sinnvoll unter einer Mindestgesamtbettenzahl zu führen sind, kann eine flächendeckende Versorgung hierüber nur begrenzt sichergestellt werden. Tageskliniken bieten eine besonders günstige Möglichkeit, eine klinische Versorgung auch in ländlicheren Gegenden und kleineren Städten anzubieten. Als positiv erweisen sich Modelle mit einer zentralen vollstationären Versorgungseinheit und darum gruppierten kleineren Tagesklinikeinheiten.



## 3. Die Ost-West-Diskrepanz in der tagesklinischen Versorgung muss ausgeglichen werden

Frappierend bei beiden bundesweiten Tagesklinikerhebungen 2004 und 2006 war eine deutliche Diskrepanz zwischen Ost und West bei den Items

durchschnittliche Verweildauer, personelle Besetzung und durchschnittliche Fallkosten zuungunsten des Ostens. Billigeres muss zwar nicht immer schlechter sein, aber wenn die durchschnittlichen Fallkosten im Osten nur 36,7% im Vergleich zu denen im Westen betragen (2006), ist davon auszugehen, dass auch die Behandlungsqualität beeinträchtigt ist. Neu gegründete Tageskliniken sollten sich den Krankenkassen gegenüber nicht voreilig auf Sparmodelle im personellen Bereich einlassen, sondern sich an der Personalverordnung-Psychiatrie orientieren. Auch die Vereinbarung niedriger mittlerer Verweildauern sollte vermieden werden. Dies gilt natürlich auch für die alten Bundesländer.

#### **4. Tageskliniken können sehr unterschiedliche Funktionen in Bezug auf den Versorgungskontext wahrnehmen**

In der Praxis können Tageskliniken sehr unterschiedliche Funktionen in Bezug auf den Versorgungskontext wahrnehmen. Hier eine Auswahl, die auch in Kombination gelten kann:

- Übergangseinrichtung für den vollstationären Bereich
- Teilersatz für eine erforderliche Akutstation
- Sozialpsychiatrische Drehscheibe
- Spezialeinheit für bestimmte Störungsbilder
- Ort neuer Weichenstellungen
- Ort für Entwicklungsförderung
- Platz für mittelfristige psychotherapeutische Behandlung
- Platz für lösungsorientierte Kurztherapie

#### **5. Kernaufgabe der tagesklinischen Behandlung muss die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sein**

Die tieferegehende psychotherapeutische Behandlung (Einzel-, Gruppen-, Familientherapie) sollte in Tageskliniken der zentrale Behandlungsbereich sein. Im Vergleich zum vollstationären Kriseninterventionsbereich bietet das tagesklinische Setting andere psychotherapeutische Einflussmöglichkeiten. Die Zugangswege zu den Kindern und Jugendlichen können dabei sehr unterschiedlich sein (tiefenpsychologisch fundiert, verhaltenstherapeutisch, systemisch, bewegungsorientiert, kreativ orientiert etc.). Für tieferegehende Veränderungsprozesse sind mittelfristige Behandlungszeiten unverzichtbar (drei bis sechs Monate).

## **6. Die Vielfalt der tagesklinischen Versorgungslandschaft ist ein besonderer Reichtum**

Die strukturelle und konzeptionelle Vielfalt von Tageskliniken in Deutschland erschwert es zwar, einheitliche Standards zu finden, sie stellt aber auch einen besonderen Reichtum dar und bietet die Chance, kreativ neue Behandlungs- und Kooperationsmöglichkeiten zu entwickeln. Tageskliniken können so zu therapeutisch-pädagogischen Experimentierfeldern werden, in denen Synergieeffekte der verschiedenen Berufsgruppen auf neue Weise genutzt werden können. Die Wirksamkeit innovativer Behandlungsstrategien könnte durch gezielte Evaluationsstudien überprüft werden.

## **7. In Tageskliniken werden zunehmend gravierendere psychische Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen behandelt**

In den letzten Jahren ist festzustellen, dass in Tageskliniken zunehmend stärker psychisch gestörte Kinder, Jugendliche und Familien behandelt werden. Dies lässt sich gut durch die 6. Achse des multiaxialen Diagnoseschemas (MAS) (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006) einschätzen (Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung). Auch der Anteil an komplexen Mehrfachdiagnosen nimmt in der Tagesklinik Klientel zu. Dies stellt Tagesklinikteams z. T. vor große Probleme (Umgang mit Psychosen, Suizidalität, massiver Aggressivität etc.). Tageskliniken sollten sich in diesen Stürmen noch den Teil bewahren, für Kinder und Jugendliche ein ruhiger Ort für Entwicklung zu sein, obwohl akutere Störungsbilder immer wieder die Gruppensituation auf den Stationen negativ beeinflussen können.

MAS 6. Achse: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung  
Verteilung des Störungsgrads in der Klientel der Tagesklinik  
Pionierstraße, Köln (2006) (n=48)

Stufe 2: 2,1%  
Stufe 3: 0%  
Stufe 4: 14,6%  
Stufe 5: 79,2%  
Stufe 6: 4,2%

## **8. In kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken werden sozialpsychiatrische Aufgaben immer wichtiger**

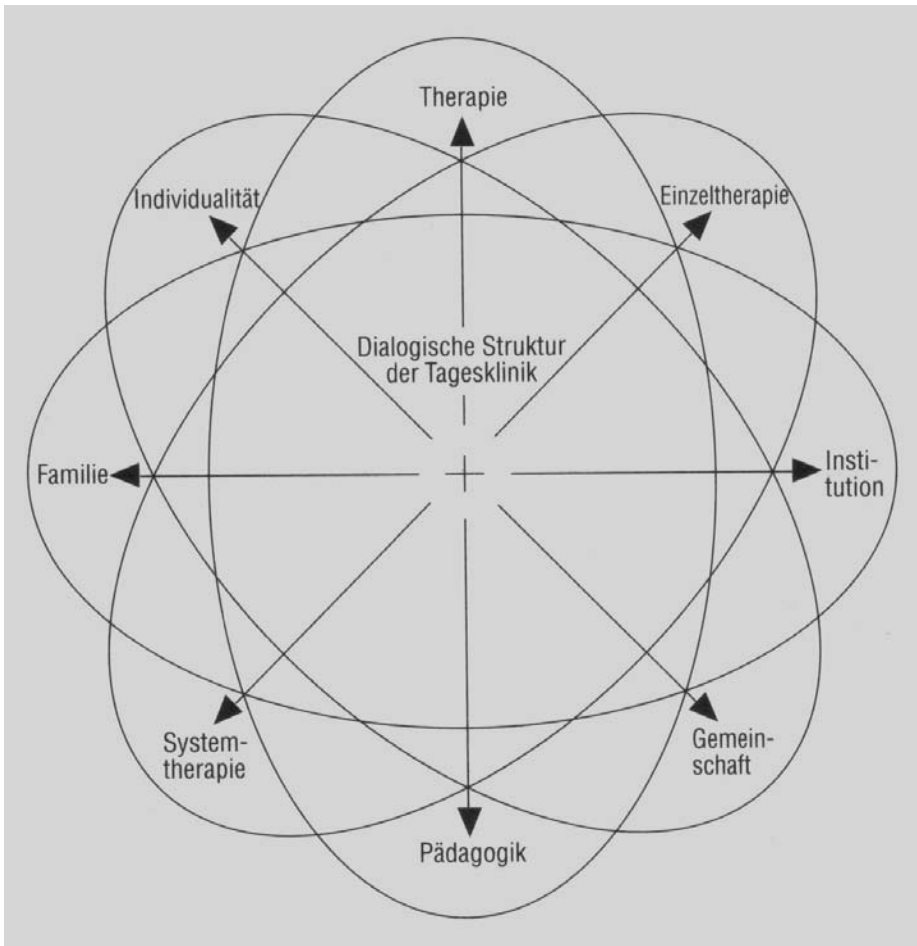
Bei den immer stärker gestörten Familiensystemen in der tagesklinischen Klientel nehmen sozialpsychiatrische Aspekte einen immer größeren Raum ein. Eine grundlegende pädagogische Anleitung der Eltern reicht aber häufig nicht aus, sodass vielerlei zusätzliche Maßnahmen erforderlich sein können (eigene psychotherapeutische Behandlung der Eltern, nachfolgende ambulante und stationäre Jugendhilfemaßnahmen, Schulwechsel etc.). In besonderem Maße ist hierbei die sozialarbeiterische Tätigkeit gefragt. Dem entspricht aber häufig leider nicht die personelle Ausstattung des Bereichs Sozialarbeit.

## **9. Schule stellt während der tagesklinischen Behandlung einen wesentlichen Realitätsbereich dar**

Da ein großer Teil der tagesklinisch behandelten Kinder und Jugendlichen erhebliche schulische Integrationsprobleme hat, ist die Beschulung während der Behandlungszeit von zentraler Bedeutung (s. auch Artikel von W. Brenk in diesem Heft). Das Lehrerteam sollte mit dem Behandlungsteam eng vernetzt arbeiten. Gerade Informationen aus dem Realitätsraum Schule können für den Behandlungsverlauf und die nachfolgende Schullaufbahn der Kinder und Jugendlichen besondere Bedeutung haben. Dabei sind auch Kontakte der Lehrer der Klinikschule mit vor- und nachbetreuenden Schulen sehr wichtig, um zu einer angemessenen Einschätzung der schulischen Situation zu gelangen und eine gute weitere Weichenstellung zu ermöglichen.

## **10. Die bauliche Situation, die Personalausstattung und das Konzept sind wesentliche Faktoren der Behandlungsqualität**

Die bauliche Situation, die quantitative und qualitative Personalausstattung und das therapeutische und pädagogische Konzept sind die drei Säulen, auf denen die Behandlungsqualität ruht. Wird ein Bereich vernachlässigt, kann es zu einer Schräglage der Gesamtstruktur kommen. Jede tagesklinische Einrichtung sollte in regelmäßigen Abständen selbst überprüfen, wie es um diese drei tragenden Säulen im eigenen Haus bestellt ist. In Bezug auf die fachliche Konzeptentwicklung hebt Herzka (1998) die dialogische Struktur der Tagesklinik hervor.



Grafik nach Herzka, 1998

Die **Zielmotive** von Kindern und Jugendlichen während einer tagesklinischen Behandlung können sehr vielfältig sein. Neben verbal formulierten Veränderungswünschen können die nonverbalen Ausdrucksmittel der Sandspieltherapie nach Dora Kalff (Gontard, 2007) hierüber Auskunft geben. Das Sandspiel bietet die Möglichkeit des Erlebens des Symbols im geschützten Raum (Kalff, 2000) und kann damit neue Entwicklungsperspektiven eröffnen. Eine Auswahl von Zielmotiven ließ sich in Sandbildern von Kindern und Jugendlichen, die in der Tagesklinik Pionierstraße behandelt wurden, wiederfinden:

- Schutz und Sicherheit finden
- Hindernisse überwinden
- Gefahren erkennen und abwehren
- Neue Brücken bauen
- Neue Dimensionen entdecken
- Wunschträume zulassen
- Zu sich selbst kommen
- Ruhe finden
- Neue Wege erschließen
- Neue Strukturen finden
- Lebensfreude entdecken
- Eine glückliche Familie werden

Tagesklinikteams sollten mit Kindern, Jugendlichen und Eltern im Rahmen eines vielfältigen psychotherapeutischen und pädagogischen Behandlungsangebots einen gemeinsamen ko-kreativen Weg finden, sich diesen Zielen anzunähern.

## Literatur

*Herzka, H.S.* (1998) Tagesbehandlung seelisch kranker Kinder. Basel: Schwabe Verlag

*Institut der deutschen Wirtschaft* (Hg.) (2007) Deutschland in Zahlen 2007. Köln: Deutscher Instituts-Verlag

*Kalff, D.* (2000) Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche. München: Ernst Reinhardt Verlag

*Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Poustka F.* (Hg.) (2006) Multiaxiales Klassifikationschema für psychiatrische Störungen im Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Verlag Hans Huber

*von Gontard, A.* (2007) Theorie und Praxis der Sandspieltherapie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

*Zimet, S.G., Gordon, K., Farley, M.D.* (1985). Day treatment for children in the United States. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 732-735

## Adresse des Autors:

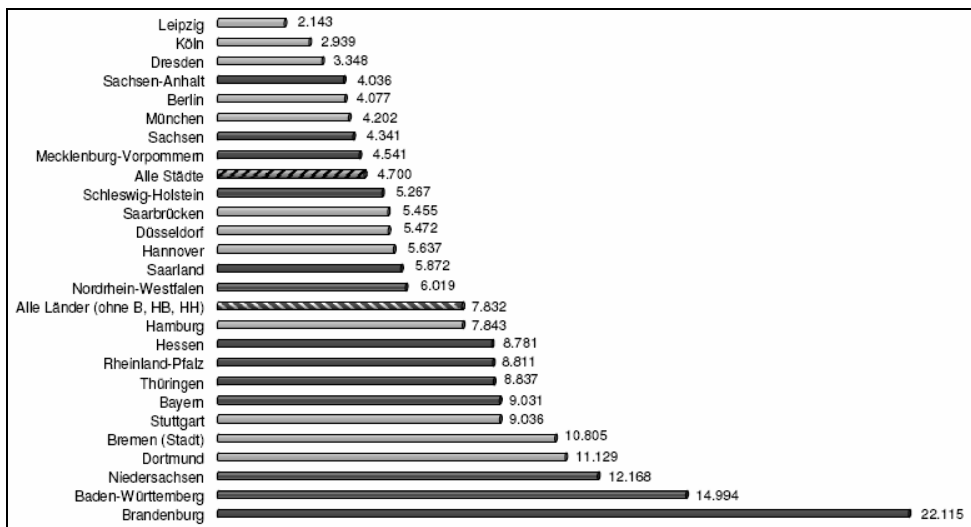
Dr. med. Hartmut Thieme  
 Leitender Arzt der Tagesklinik Pionierstraße  
 Pionierstraße 19  
 50735 Köln  
 Tel.: 02 21 / 97 65 16 – 0  
 Fax: 02 21 / 97 65 16 – 40  
 Email: [info@tagesklinik-pionierstrasse.de](mailto:info@tagesklinik-pionierstrasse.de)

## Tagesklinik: Die ‚nette‘ Seite der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

*Renate Schepker*

### Einleitung

Dieses Papier ist im Lichte eines Interessenkonfliktes entstanden: Das ZfP Weissenau hat keine kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik, zumindest bisher noch nicht. Von daher stehen die Ausführungen unter dem möglichen Bias einer Idealisierung, wenngleich versucht wird diese nicht naiv, sondern unter Einbeziehung aller verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zu betreiben.



Zahl der minderjährigen Einwohner, für die ein teilstationärer Platz in Fachkrankenhäusern und in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie zur Verfügung steht. Quelle: GMK-Bericht 2007, S. 69

Laut dem GMK Bericht „Psychiatrie in Deutschland 2007“ ([www.gmk-online.de](http://www.gmk-online.de)) gibt es noch weiße Flecken in der Tagesklinikversorgung trotz Zunahme an Plätzen um 54% in den letzten 5 Jahren bundesweit. Dabei schwankt die Zahl der minderjährigen Einwohner für die ein teilstationärer

Platz an Fachkrankenhäusern oder Fachabteilungen zur Verfügung steht um den Faktor 10 (mit der höchsten Konzentration in großstädtischen Bereichen, hier mit dem Spitzenreiter Leipzig, und der geringsten Konzentration in Flächenländern, hier Schlusslicht Brandenburg)

### **Tageskliniken sind nur fast ideal**

Tageskliniken sind durchaus beliebt sowohl bei Eltern als auch Therapeuten und stellen in jeder Krankenhausplanung gegenüber einem Ausbau an vollstationärer Kapazität die bevorzugten Projekte dar. Anekdotisch aus Anträgen von Kliniken an Landesplanungsbehörden:

- „So erhalten wir pro Monat etwa 10mal Anfragen von Patienteltern, ob wir tagesklinische Behandlungen anbieten. Würden aus diesen Anfragen nur zu 50 % Behandlungen, wäre bereits damit die Kapazität von 12 Plätzen nahezu ausgelastet“

An Vorzügen tagesklinischer Behandlung werden gemeinhin in einem spontanen Brainstorming aus Therapeutensicht folgende genannt, hier aus didaktischen Gründen gleich mit Fragezeichen versehen:

1. Modernste Behandlungsform?
2. Klein und fein, unauffällig, neu, nette Architektur?
3. Ortsnah, nah an Infrastruktur?
4. Ohne Diskriminierung?
5. Ohne Zwang, freiwillige motivierte Patienten?
6. Ohne Gewalt und ohne Drogen?
7. Ohne Notfälle, Patienten weniger gestört?
8. Ohne Wochenend- und Schichtdienst?
9. Flache Klinikhierarchie?
10. Ohne Forschung?
11. Ohne MdK-Prüfung?

Diese angenommenen Vorzüge werden nachfolgend im Einzelnen unter die Lupe genommen. Aus der Nähe betrachtet bleiben von den spontanen Idealisierungen nicht viele dieser Punkte nach einer kritischen Prüfung bestehen.

1. Die Psychiatrie-Enquête und die nachfolgende Reformbewegung in der Versorgungsplanung betonten folgende Vorzüge:



- (nach § 39 1 SGB V) ist teilstationäre Behandlung Krankenhausbehandlung mit allen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des psychiatrischen Krankenhauses.
- „Behandlung und Pflege als Kernelemente des tagesklinischen Hilfeangebotes, die klinischen Anforderungen genügen, berühren sich über den gesamten Aufenthalt der Patientin / des Patienten mit seinem Lebensalltag.“
- „Diagnostik, Behandlung und Lebenssituation i.S. ganzheitlicher Erfassung des psychisch kranken Menschen sind ständig aufeinander bezogen“
- größere Eigenständigkeit des Patienten

Das bedeutet, dass Tageskliniken folgenden historischen Auftrag haben: Sie sollen gleiche Qualitätsanforderungen wie vollstationär erfüllen, ständige Transferleistungen – stetes Miteinbeziehen von Familie und Umfeld erbringen. Es gibt hohe Anforderungen an ganzheitliches Vorgehen und dialektische Wahrnehmung. Es bestehen des weiteren hohe Anforderungen an Teamarbeit zwischen Behandlung und Pflege und ein hoher Anspruch an Patientenautonomie.

Die „gleichen Qualitätsanforderungen“ besagen, dass Tageskliniken mit einem deutlich niedrigeren Personalschlüssel als vollstationär den gleichen Auftrag erfüllen müssen: Diagnostik und Therapie auf hohem wissenschaftlichen Niveau anzubieten, Milieutherapie zu leisten dabei zusätzlich ständige Transferleistungen zu unterstützen zwischen Familie und Umwelt, was den Auftrag des vollstationären Bereiches noch deutlich erweitert. An die Fähigkeiten zur Komplexitätsbewältigung und zur Integration verschiedener Informationen sind ebenso hohe Anforderungen gestellt wie an die arbeitsteilige und dennoch koordinierte Vorgehensweise des Behandlungs- und pädagogischen Pflegeteams. Die zu wahrende Eigenständigkeit der Patienten ist einerseits ein großer Vorteil gegenüber Hospitalisierungsbestrebungen, ist auch geeignet Chronifizierungen und den Sog zur Regression aufzufangen, stellt jedoch auch hohe Anforderungen an Kinder, Jugendliche und Familien, das Leben während der Behandlung auf wesentliche Zeitbudgets für die Behandlung umzustellen. Möglicherweise findet sich hier ein, bisher nie evaluierter Faktor: Im Kontrast zur üblichen Zeit, die Eltern und Kinder interaktiv und aufeinander bezogen ohne Haushalt oder Medien miteinander verbringen und die im Bundesdurchschnitt bei täglich weniger als 30 Minuten liegt, ergeben sich durch die gemeinsame Fahrt, holen – bringen und den Austausch über die Inhalte des täglichen Geschehens in der Tagesklinik wesentlich intensivere und längere Interak-

tionen. Es sei daran erinnert, dass laut der World Vision Studie nur 34 % der befragten „repräsentativen“ 8-11jährigen mit der Zeit zufrieden sind, die beide Eltern mit ihnen verbringen (Hurrelmann et al. 2007).

2. Während neu gegründete Tageskliniken eine positive Spielwiese für Krankenhausarchitekten geworden sind, müssen sich einige Tageskliniken in wenig passend zugeschnittenen Altbauten mit unübersichtlicher Grundstruktur und teilweise ungünstiger Lage ohne Außenflächen arrangieren.

3. Eine Ortsnähe ist im Gegensatz zu den traditionellen und durch die Psychiatrie-Enquete stark angegriffenen Psychiatriestrukturen für tagesklinische Arbeit unabdingbar, da die Erreichbarkeit durch die Patienten und Familien gegeben sein muss. Vorteile dieser Infrastruktur für die Behandlung sind durch den geringen Personalschlüssel jedoch leider kaum zu nutzen: Nur selten können örtliche Möglichkeiten wie Stadtbibliotheken, Kinderspielplätze, Sportangebote von Betreuern und Patienten genutzt werden.

4. Das häufig gehörte Argument, dass eine Tagesklinikbehandlung weniger diskriminiert und daher Familien tagesklinische Behandlung vorziehen, ist in sich problematisch. Ein offenes Bekennen zum Faktum, dass ein Kind in psychiatrischer Behandlung ist, verbessert nach Lücke und Knölker (1991) die Behandlungserfolge. Das Faktum, dass eine tagesklinische Behandlung vor Nachbarschaft und Verwandtschaft eher geheim gehalten werden kann als eine vollstationäre Behandlung ist nicht nur vorteilhaft. Die Öffentlichkeit nimmt tagesklinische Behandlung gelegentlich als ebenso diskriminierend wahr wie vollstationäre, wie auch aus eigenen Erfahrungen in Bürgeranhörungen zur Neugründung einer Tagesklinik berichtet werden kann. Auch werden Patienten die von der Tagesklinik aus Außenschulversuche machen, gelegentlich an Partnerschulen sozial diskriminiert und auf dem Rückweg in die Tagesklinik verfolgt.

Eine offensive Aufklärung über Charakteristika, Möglichkeiten und Chancen psychiatrischer Behandlung allgemein lässt sich für unser Fachgebiet durch die Häufung kleinerer Tageskliniken in der Fläche dennoch erwarten: Je mehr Kontakt und Erfahrungen sowie Einblick in unsere Arbeit durch das offene Konzept tagesklinischer Behandlung der breiten Bevölkerung zugänglich wird, um so weniger können diese Institutionen der projektiven Entlastung dienen. Für die Mitarbeiter der Tagesklinik bedeutet dieses jedoch, soll es gelingen, eine aktive Arbeit in der unmittelbaren Nachbarschaft bis hin zur letzten Konsequenz der Öffnung der Tagesklinik für kommunale Aktivitäten.

5. Die Illusion, dass tagesklinische Arbeit ohne jede Zwangsmaßnahmen auskommen könne, verkennt, dass die Anwendung von Zwang aus psychiatrischer Arbeit nicht herauszudefinieren ist. In kritischer Betrachtung werden auch in Tageskliniken Zwangsmaßnahmen wie Time-out, Festhalten und Zwangsmedikation eingesetzt. Auch im vollstationären Bereich treffen Zwangsmaßnahmen nur 13% unserer Patienten (BAG-Umfrage 2006).

6. Zwar werden vor allem in der Außendarstellung multiple Versuche unternommen, dass die tagesklinische Klientel eine gewalt- und drogenfreie sei. Der nahezu ubiquitäre Gebrauch von Substanzen durch Jugendliche, kombiniert mit dem deutlich steigenden Risiko des Drogenmissbrauchs bei auffälligen Jugendlichen, lässt jedoch auch diese Argumentationsfigur keinen Bestand haben. Allerdings haben tagesklinische Behandlungen bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens eine schlechtere Prognose, je ausgeprägter dissoziale Züge zu verzeichnen sind (Rey et al 1998). Suchttageskliniken für Jugendliche existieren in Deutschland bisher nicht und sind auf der inneren Landkarte der Versorgungsmöglichkeiten noch nicht etabliert. Jedoch berichten Liddle et al. (2004) gute Erfahrungen mit Jugendlichen aus den USA, hier sind konsequent die Vorzüge tagesklinischer Behandlung mit dem multisystemischen Ansatz kombiniert worden.

7. Sofern Tageskliniken explizit keine Notfälle behandeln, fallen sie hinter den erwünschten Versorgungsvorteil, dadurch Kinder- und Jugendpsychiatrie zu größerer Gemeindenähe in die Fläche zu bringen, zurück. Da Tageskliniken Krankenhausstrukturen sind, ist es laut § 118 SGB V möglich (und versorgungspolitisch erforderlich), eine Institutsambulanz anzuschließen. Diese sollte selbstverständlich Notfallversorgung leisten, so wie die lassenbereich erwarten. Im Einzelfall wird aus einer Notfallkonsultation auch eine Aufnahme in die Tagesklinik resultieren, wenngleich das Quorum von 50% aller Fälle, wie mancher Orts im vollstationären Bereich, bei Tageskliniken auch langfristig nicht erreicht werden dürfte.

Tagesklinische Patienten sind sowohl im Diagnosespektrum als auch im Störungsschweregrad nach allen dazu verfügbaren Studien ebenso schwer psychiatrisch gestört wie vollstationäre Patienten (Graf Schimmelmann et al. 2001) Dies ist eine bedeutsame Erkenntnis auch deswegen, da Tageskliniken als Substruktur der Krankenhausversorgung gelten und auch bei einer tagesklinischen Aufnahme jeweils befunden werden muss, dass der

individuelle Patient die Strukturen des Krankenhauses zu seiner Genesung benötigt.

8. Tageskliniken können zwar auf Wochenend- und Schichtdienste verzichten sofern die Öffnungszeiten von 10 Stunden nach Psychiatrie-Personalverordnung durch verschobene Dienstzeiten abgedeckt werden und familienfreundliche Öffnungszeiten gewährleistet werden können. Jedoch erfordern Tageskliniken als Krankenhausstruktur auch eine Verfügbarkeit des stets rufbereiten Arztes nachts und am Wochenende. Die Anbindung an eine Versorgungsklinik mit vollstationärem Bereich ist unabdingbar (auch hier bestätigen Ausnahmen die Regel).

Die bisher in unserem Fachgebiet wenig und mir nur als Projekt der Ulmer Kinder- und Jugendpsychiatrie bekannte nachtklinische Behandlung von Jugendlichen, die tagsüber Schulbesuch und Berufsanbahnung besuchen, sollte zum Gestalten von Übergängen ins Erwachsenenalter bei Schulzeitverkürzung und bei verstärkten Bemühungen unseres Fachgebietes, auch in Richtung auf berufliche Rehabilitation Schnittstellen zu pflegen, mehr Verbreitung finden und erfordert dann letztlich einen komplexen Schichtdienst. Bisher werden solche Angebote oft bereits am Ende einer vollstationären Phase als teilstationäres Angebot in den Strukturen des vollstationären Bereiches angeboten.

9. Die flache Klinikhierarchie in Tageskliniken existiert nur an den wenigen Orten, an denen eine Tagesklinik einen eigenständigen Chefarzt hat und Oberarztfunktionen dadurch quasi übersprungen werden (Beispiel Rostock). Die gefühlte Wirklichkeit, dass viele Tageskliniken einen vor Ort tätigen Facharzt in Therapeutenfunktion beschäftigen, um den erforderlichen Facharztstandard gewährleisten zu können, darf nicht darüber hinweg täuschen, dass ein - wenngleich räumlich entfernter - Chefarzt Verwaltungs-, arbeitsrechtliche und Repräsentativfunktionen ausübt. Der Autonomie der Arbeit vor Ort werden dennoch größere Spielräume zukommen als diese aus dem vollstationären Bereich bekannt sind, etwa nach dem Motto „Gut dass unser Chef da ist – und nicht hier“. „Flache Klinikhierarchie“ beschreibt dabei nicht, dass Teamarbeit in Tageskliniken per se nicht über Anordnung funktionieren kann (siehe hierzu auch Ausführungen von Achim Beutling in diesem Heft).

10. Wenn tagesklinische Arbeit reklamiert, ohne Forschung auszukommen, etwa der universitären Geisel des Datensammelns entkommen zu können, wirft dieses ein schlechtes Licht auf die absolute Notwendigkeit von Ver-

sorgungsforschung. Leider ist zutreffend, dass es zur Wirksamkeit tagesklinischer Behandlungen keine einzige randomisierte kontrollierte Studie gibt (Übersicht bei Graf Schimmelmann et al. 2001). Dies ist sehr bedauerlich und mag dadurch erklärbar sein, dass eine Zuweisung in das tagesklinische Setting nicht störungsbezogen erfolgt, so dass die klassischen Studiendesigns nicht anwendbar sind (siehe unten). Dennoch ist die Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung gegenüber keiner Behandlung empirisch nachgewiesen. In der Vergleichsstudie aus Marburg (Renschmidt et al. 1998) erwies sich tagesklinische Behandlung als ebenso effizient wie vollstationäre und Hometreatment. Allerdings geht aus dieser Studie ebenso hervor, dass Hometreatment eine wirksame Alternative darstellen kann. Zukünftig sollten wir uns mehr Gedanken zu einer „Augmentation“ tagesklinischer Behandlungswirkungen durch eingestreute Sitzungen an Hometreatment machen (siehe unten).

Bisherige Evidenz zu tagesklinischer Behandlung besagt, dass sich tagesklinische Patienten nach üblicher Indikationsstellung dadurch auszeichnen, dass sie häufiger aus vollständigen Familien kommen und durchschnittlich jünger sind (Graf Schimmelmann et al. 2001, Huss 2001). Nach allen Studien bestimmt die Elternkooperation das Outcome. Grizenko et al. (1997) fanden 55% Varianzaufklärung durch den Faktor der elterlichen Kooperation bezogen auf die Outcome-Variablen. Nach Huss (2001) ist die Aufenthaltsdauer in Tageskliniken am meisten durch die in der Tagesklinik verbrachte Zeit, einer nur mittelbaren Funktion des Personalschlüssels, aufzuklären. Hier besteht nach unseren Daten eine große Varianz, die wissenschaftlich nicht erklärt werden kann und sich wahrscheinlich nur mit unterschiedlichen Konzepten erklären lässt. Regionale Versorgungsparameter boten nach der Arbeit von Huss (2001) dafür keine Erklärung.

Dass schlechtere Ergebnisse tagesklinischer Behandlung dann erzählt werden, wenn Misshandlung und Missbrauch in der Vorgeschichte vorhanden ist, wenn die Patienten Kinder suchtkranker Eltern sind oder psychiatrisch gestörter Eltern ohne Behandlung, nach ineffektiver psychiatrischer Vorbehandlung der Kinder oder bei extremen Störungsschweregraden, ist aus der klinischen Erfahrung fast selbsterklärend und dürfte nicht nur für tagesklinische, sondern für jegliche psychiatrische Behandlung gelten.

11. Tageskliniken kommen entgegen manch illusionärer Erwartung nicht ohne MDK Prüfung aus. Bei all den genannten Unwägbarkeiten hinsichtlich nicht mit diagnostischen ICD-10 Kategorien abbildbarer Indikationsstellungen, hoher Varianz der Behandlungsdauern, unterschiedlicher Al-

tersverteilung und Konzeptionalisierung der Tageskliniken verwundert es nicht, dass vereinzelt sogar Prüfungen einer kompletten Alterspopulation durch einzelne Kassen vorkommen. Den Beweis der Indikation der Angemessenheit von Intensität und Dauer des therapeutischen Vorgehens können wir aus Sicht des Fachgebietes jedoch selbstbewusst antreten. Im Lichte des BSG-Urteils, dass dem Krankenhausarzt keine Prärogative für die Indikation von fortdauernder Krankenhausbehandlung zukommt, wird dieses gegebenenfalls zunehmend erforderlich werden.

Häufig gefragt wird seitens der Kostenträger, ob nicht eine teilstationäre Jugendhilfemaßnahme ebenso indiziert sei. Laut der Untersuchung von Schmid et al. (2006) kommt bei Kindern und Jugendlichen, die in teilstationären Jugendhilfemaßnahmen betreut werden ein hoher Störungsschweregrad vor (85% der Kinder in Tagesgruppen waren in der CBCL klinisch auffällig und 51% hochauffällig), auch lässt sich eine größere Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus gemäß MAS-Achse VI feststellen. Interessanterweise fanden sich alle Parameter als stärker in Richtung Psychopathologie ausgeprägt als bei den vollstationär untergebrachten Heimkindern, was die Autoren durch Selektionsprozesse und Entlastung von Familienkonflikten nach vollstationärer Unterbringung erklären. Jedoch leistet die teilstationäre Jugendhilfe zwar intensive pädagogische Förderung im engen Austausch mit dem Elternhaus - die enge Verzahnung von Pharmakotherapie, Psychotherapie, Transfer in den Gruppenalltag, heilpädagogischer Förderung und in den Alltag integrierter verhaltenstherapeutischer Programme kann eine Jugendhilfeeinrichtung jedoch auch mit integriertem psychologischem Fachdienst nicht leisten. Entgegen dem unten geschilderten ressourcenorientierten Ansatz fordern die Kostenträger eine Argumentation zum Therapiebedarf im Einzelfall, einschließlich einer Begründung, dass zum jetzigen Lebenszeitpunkt und unter den gegebenen kontextuellen Umständen durch eine tagesklinische Behandlung eine wesentliche Verbesserung der symptomatischen und der Gesamtsituation zu erwarten ist.

Die Übersicht zeigt, dass die Charakteristika von Tageskliniken sehr wohl beschreibbar sind, wir jedoch weit entfernt sind von einem Grund zur naiven Idealisierung. Tagesklinische Behandlung – so könnte man formulieren – ist nicht überlegen, sie hat ein hohes Anforderungsniveau für alle Beteiligten und eine Aufklärung über die Wirkfaktoren durch Forschung wäre mehr als angemessen.

## Tageskliniken und Versorgungspolitik

Positiva von Tageskliniken aus Landesplanungen orientieren sich an 2 Argumenten:

- TKs sparen vollstationäre Plätze
- TK-Behandlung ist preiswerter

Jedoch sparen Tageskliniken zum Erstaunen der Versorgungsplaner bisher keine vollstationären Kapazitäten ein (GMK Bericht 2007). Eine recht einfache Erklärung für den nicht erfolgten Abbau von vollstationären Kapazitäten durch Neugründungen von Tageskliniken könnte darin zu sehen sein, dass das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit allen Sektoren nach wie vor nur 50% der behandlungsbedürftigen Patienten erreicht (Remschmidt; zit.bei Bühring 2006). Überdies hat seit 1991 ein Abbau vollstationärer Kapazitäten von 41% stattgefunden, der sogar noch höher ausfällt als der parallel erfolgte Kapazitätsabbau in der Pädiatrie (35%) (Statistisches Bundesamt - Jahresberichte zwischen 1991 und 2005 und eigene Berechnung).

Die Argumentation, ob tagesklinische Behandlung preiswerter sei als eine vollstationäre Behandlung muss berücksichtigen, dass trotz der niedrigeren Pflegesätze die Behandlungsdauern in Berechnungstagen durchschnittlich gleich lang wenn nicht tendenziell sogar länger ausfallen. Innovative Konzepte wie Akuttageskliniken und Eltern-Kind-Tageskliniken würden bei qualitativ gutem Niveau relativ höhere Pflegesätze erfordern. Des weiteren wird durch die Verpflichtung zur Finanzierung der Anfahrt der finanzielle Vorteil geschmälert.

## Tagesklinik als Paradigmenwechsel

Zur Erklärung, was denn nun die besonderen Charakteristika tagesklinischer Behandlung ausmacht, hat somit weder die Versorgungspolitik noch die Wissenschaft wesentliches beitragen können. Es lohnt sich, erneut auf den Auftrag aus der Psychiatrie-Enquête zurückzugreifen, um die Besonderheiten dieser Behandlungsform erfassen zu können. Hypothetisch lässt sich aus dem historischen Auftrag schlussfolgern, dass es sich bei tagesklinischer Behandlung um einen **Paradigmenwechsel** handelt.

Tagesklinische Behandlung hat demnach nicht nur Symptomreduktion, sondern eine Verbesserung der Teilhabefähigkeit im Blick im Sinne einer ganzheitlichen Entwicklung des Familiensystems zum Ziel. Möglich ist

dieses Vorhaben aber nur, wenn die Ressourcen der Umgebung qualitativ und quantitativ dazu den notwendigen Rahmen ermöglichen. Nach der ICF gilt tagesklinische Behandlung als „Faszilitator zur Teilhabebefähigung“.

Dies stellt folgende alternative Aufnahmekriterien zur Diskussion:

Patienten können dann aufgenommen werden, wenn

- die Familien Funktionalität + Compliance aufweisen:
  - die Kinder (zumindest einmal am Tag) holen und bringen
  - sich eng mit den Tagesklinik-Mitarbeitern abstimmen
  - in der TK erarbeitete Strategien zuhause umsetzen
- der Anfahrweg nicht mehr als 100 km oder nicht mehr als jeweils 45 min. Fahrzeit beträgt
- Eltern verlässlich am Ende des Behandlungstages verfügbar sind

Das sind vergleichsweise hohe Anforderungen, so dass folgendes hinzukommen muss:

- Der Paradigmenwechsel funktioniert dann, wenn die Ressourcen die Probleme überwiegen, und zwar in der Gesamtsicht von Kinder- und Eltern-Ressourcen und Problemen.
- D.h. er funktioniert dann, wenn die Welt der Familie und die des Kindes eine Welt bleiben dürfen und nicht eine Trennung von Kind und Eltern indiziert ist und nicht ein staatliches Wächteramt (Schutz bei psychischer Krankheit, Schutz bei Kindeswohlgefährdung, Schutz der Allgemeinheit) eingreifen muss.

Wenn das gegeben ist, bietet eine Tagesklinik eine optimale Distanz zwischen Familienwelt und Umwelt, wobei sie gleichzeitig wie oben ausgeführt ins Familienleben stark eingreift. Unter diesen Voraussetzungen bietet eine Tagesklinik einen geschützten Raum für Übung und psychische Entwicklung. Selbstverständlich sollte der Raum einer TK das architektonisch symbolisieren, dass heißt: er sollte offen, Licht durchflutet und hoffnungsfroh farbig gestaltet sein. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Räume Arbeitsmittel – ebenso wie in der Radiologie die Großgeräte.

Für die beteiligten Mitarbeiter stellen Tageskliniken große Herausforderungen an ihre Integrationsfähigkeit, Rollenflexibilität und Kreativität. Eben das macht tagesklinische Behandlung auch gleichzeitig so befriedigend.



## Literatur

- Bühring, P.* (2006) TOP II: Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen – Zeichen setzen für die ärztliche Psychotherapie. Deutsches Ärzteblatt, 103 (22), A-1500 / B-1280 / C-1232
- Graf Schimmelmann, B., Schulte-Markwort, M., Richter, R.* (2001) Die tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29, 178-205
- Grizenko, N.* (1997) Outcome of multimodal day treatment for children with severe behaviour problems: A five-year follow-up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 989-997
- Hurrelmann, K., Andresen, S., TNS Infratest Sozialforschung, Word Vision Deutschland e.V.* (Hrsg.) (2007) Kinder in Deutschland 2007. 1. World Vision Kinderstudie. Frankfurt, Fischer.
- Huss, M., Jenetzky, E., Lehmkuhl, U.* (2001) Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten. Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, 31-44
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A., Henderson, C. E.* (2004) Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. Journal of Psychoactive Drugs, 36, 49-63.
- Lücke, M., Knölker, U.* (1991) Stigmatisierung von Patienten in stationärer Behandlung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 40(4), 138-47
- Rey, J.M., Denshire, E., Wever, C., Apollonov, I.* (1998) Three-year outcome of disruptive adolescents treated in a day program. European Child Adolescent Psychiatry, 7, 42-48
- Schmid, M., Nützel, J., Fegert, J.M., Goldbeck, L.* (2006) Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 55, 544-558

## Adresse der Autorin

Prof. Dr. med. Renate Schepker  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
ZfP Weissenau, Weingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg  
Tel.: 0751/7601-2302, Fax: 0751/7601-2121  
e-mail: [renate.schepker@zfp-weissenau.de](mailto:renate.schepker@zfp-weissenau.de)

# **Pädagogische Herausforderungen im therapeutischen Raum der Tagesklinik**

*Achim Beutling*

## **Einleitung**

Ein interdisziplinärer Dialog und Wissenstransfer über Inhalte, Strukturen und Perspektiven teilstationärer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist überfällig. Es ist sicher kein Zufall, wenn der erste bundesrepublikanische `Sternmarsch` der Tageskliniken an einen Ort führt, den der deutsche Durchschnittsbildungsbürger mit jahrhundertealter Stollengräberei und Untertagearbeit identifiziert. Nun ist der Zufall in der Psychotherapie bekanntlich sowieso immer nur begrenzt hoffähig und der Prozess der kollektiven Bewusstwerdung der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik vielleicht ganz folgerichtig dort lokalisiert, wo der höchste Punkt durch eine stillgelegte Zeche mit dazugehörigen Unterwelten voller Archetypen gebildet wird und der Name des Ortes sich ursprünglich von einer Krähenwiese herleitet, wie ich nachgelesen habe.

Doch nun genug der spekulativen Deutungen. Die Tatsache, dass sich in Castrop-Rauxel ein so eindrucksvoll großes bundesweites tagesklinisches Forum zusammengefunden hat und die Einladung von Herrn Dirksen als Organisator sowie von Frau Schepker und Herrn Thieme als Repräsentanten des ausrichtenden Verbandes der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eine so breite Resonanz gefunden hat, ist ein deutlicher Hinweis auf den inzwischen gewachsenen Bedarf der Mitarbeiter der Tageskliniken, sich über die Erfahrungen und Perspektiven ihrer Behandlungstätigkeit auszutauschen.

Die Bereitschaft zum interdisziplinären Dialog, die durch die große Teilnehmerzahl demonstriert wurde, belegt auch gleichzeitig die vorbehaltlose Offenheit zum fachlichen Austausch, zur Vernetzung vorhandenen Wissens, die Neugier auf etwas Neues und die Lust auf Weiterentwicklung und

kreative Veränderung, eine Haltung, die in besonderer Weise in vielen Tagesklinikteams anzutreffen ist

Das Thema „pädagogische Herausforderungen im therapeutischen Raum der Tagesklinik“ ist ein Wagnis in einem doppelten Sinn: zum einen befinde ich mich damit in der eher unkomfortablen und unorthodoxen Position, zu Ihnen über Inhalte zu sprechen, von denen viele Teilnehmer mehr verstehen als ich. Zwar bin ich natürlich fachlich ausgebildet als Diplom-Pädagoge, Pflegedienstleiter einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik, dort auch noch Leiter des Erziehungsdienstes, Weiterbildner und altgedienter, berufserfahrener Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie in unterschiedlichen Arbeitsfeldern, jedoch bin ich kein `Tageskliniker` und kein Experte mit Detailkenntnissen. Zum anderen neige ich eher zu der Ansicht und habe diese im Verlauf der Ausarbeitung meines Themas verfestigt, dass es keine unmittelbaren besonderen pädagogischen Herausforderungen in der Tagesklinik gibt, dafür aber durchaus mittelbare, also solche, die nicht auf den ersten Blick identifizierbar sind und deren Erkennen und Bewältigung alle Beteiligten und nach meiner Ansicht auch unsere gesamte Fachdisziplin vorwärts bringt. Viele der Besonderheiten tagesklinischen Arbeitens durch die pädagogisch-pflegerischen Mitarbeiter heben sich erst in der Relation zu den durch Beziehungsdiskontinuitäten und Schichtdienstorganisationen schwieriger und dadurch auch weniger perfekt gelösten Aufgaben im vollstationären Bereich besonders hervor.

Das Setting der Tagesklinik macht gewissermaßen wie mit einem Vergrößerungsglas allgemeine Grundprinzipien pädagogisch/therapeutischen Handelns in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besonders prägnant sichtbar. Diese Auffassung soll bitte nicht als oberlehrerhafte Schulmeisterei aufzufassen sein, sondern eher als Überlegungen und Reflexionen eines häufig nur mittelbar Beteiligten, der Vieles aus der Distanz der übergeordneten Position erlebt, zu betrachten, die Sie auch gern als eine Aufforderung zum Diskurs, zum Nachfragen und zum Dazwischenreden verstehen können.

### **Paradigmenwechsel und strukturelle Grundlagen teilstationärer Arbeit durch die Personalverordnung Psychiatrie**

Die Geschichte der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik reicht noch nicht sehr weit zurück. Bereits 1986 gab es ein Treffen der kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken, damals kamen nicht einmal zehn Kliniken zusammen und es wurde eher noch um konzeptionelle Grundprinzipien gerungen, die PsychPV war noch nicht formuliert und von ei-

nem Tagesklinikverständnis als selbstverständliche kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsaufgabe konnte überhaupt noch nicht die Rede sein. Das war damals noch echte Pionierarbeit. Die Personalverordnung Psychiatrie mit ihrem Zahlen- und Regelwerk hat in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und damit auch in der tagesklinischen Landschaft dann für einen wirklichen Paradigmenwechsel gesorgt, durch den bundesweit wirksame Prozesse zum Selbstverständnis kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungstätigkeit vorangebracht und beschleunigt wurden und auch heute noch weiterwirken. Ein Ergebnis ist unter anderem, dass wir heute mit dieser großen Teilnehmerzahl aus mehr als 100 Tageskliniken zusammensitzen können.

Im Folgenden werden daher noch einmal kurz die Rahmenbedingungen dargestellt, die die Personalverordnung Psychiatrie auch für tagesklinische Versorgungsformen erarbeitet und vorgegeben hat und so auch Inhalte und Formen dieser Arbeit determiniert.

Die Personalverordnung Psychiatrie bildet den Ausgangspunkt und die Grundlage für das heutige pädagogisch-psychotherapeutische Setting der Tagesklinik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Unter den dort formulierten Grundsätzen möchte ich noch einmal auf das Verständnis von der Verbindung und die Abstimmung von therapeutischem und pädagogischem Arbeiten eingehen und daraus abgeleitet die wichtigsten Schlussfolgerungen für die Aufgabenverteilung in der Tagesklinik mit dem Fokus auf den Pflege- und Erziehungsdienst darstellen. In einem weiteren Schritt werden Überlegungen zu einer sinnvoll und pragmatisch effektiven Behandlungsmethodik, wie sie sich in der Tagesklinik besonders gut realisieren lässt, präsentiert, um daran anschließend die pädagogischen Aufgaben der Bezugsperson, der versorgenden Betreuung und der pädagogischen Gruppenarbeit voneinander zu differenzieren.

Der Experten- und Autorenkommission, die bis zum Jahr 1990 die Personalverordnung Psychiatrie erarbeitet hat, ist bis zum heutigen Tage dafür zu danken, dass sie die Besonderheiten kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsarbeit erkannt haben und das in der Form zum Ausdruck gebracht haben, dass für unsere medizinische Disziplin eine eigene Expertenkommission mit einer eigenen Personalverordnung eingerichtet wurde. Man denke nur einmal daran, dass wir als medizinische Disziplin mit heutzutage bisher 6.500 Behandlungsplätzen erheblich kleiner sind, als viele andere Bereiche der Allgemeinpsychiatrie, wie der Gerontopsychiatrie, der Abhängigkeitserkrankungen und vieles mehr; und trotzdem haben nur wir eine eigenständige Personalverordnung bekommen. Dort wurde für die Ta-

gesklinik gleichermaßen wie für den vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich in Abgrenzung zur Allgemeinpsychiatrie und der somatischen Medizin der wesentliche Behandlungsgrundsatz deklariert:

„Basis der (teil-)stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ist die pflegerisch-heilpädagogische Behandlungsgruppe. Das grundsätzliche Erfordernis des Miteinander und Nebeneinander von Therapie und Erziehung in der (teil-)stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie ergibt sich daraus, dass sich Kinder und Jugendliche in einem lebhaften Entwicklungsprozess befinden und auf Stützung, Erziehung und Führung angewiesen sind, insbesondere wenn sie psychisch erkranken ...“ (Kunze & Kaltenbach, 2005).

Die Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes gewährleisten die Sicherstellung der Rahmenbedingungen, die für Therapie von Kindern und Jugendlichen in einer Fachklinik erforderlich sind. Dabei handelt es sich neben der Aufsichtspflicht um die Schaffung einer emotional tragenden Atmosphäre mit persönlichen Bindungen (Bezugspersonensystem), die Gestaltung familienähnliche Bedingungen und die Beziehungsaufnahme über Spiel, Gespräche und pädagogische Angebote. Die (teil-)stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung wird interdisziplinär im Rahmen eines ärztlich verantworteten Behandlungsplans durchgeführt. Angehörige und Umfeld der Kinder und Jugendlichen sind einzubeziehen (Kunze & Kaltenbach, 2005).

Der Expertenkommentar zur Personalverordnung Psychiatrie hebt noch einmal die besondere Bedeutung der prinzipiellen Verknüpfung von Therapie und Erziehung in der (teil-)stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie hervor, begründet damit die Berufsbezeichnung des Pflege- und Erziehungsdienstes und die besonders hohen Minutenwerte, spricht: Personalbemessung für den Pflege- und Erziehungsdienst. Die gleiche zeitaufwändige Aufgabenstellung, insbesondere für Ärzte, Psychologen und auch die Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes, begründet sich im Kommentar aus der von Beginn an notwendigen Einbeziehung der Angehörigen, Eltern und anderen bedeutsamen Kontaktpersonen der Kinder und Jugendlichen. Die Verordnung hat mit den darin vorgegebenen Behandlungsstrukturen mit der entsprechend guten Personalausstattung für einen qualitativen Sprung in den Behandlungsmöglichkeiten von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen gesorgt und dabei bewusst durch die Einrichtung von Tageskliniken die Vermeidung von vollstationären Behandlungen beabsichtigt. Das ist ja dann in der Folge auch geschehen. Dass wir inzwi-

schen mit der Regelmäßigkeit von Jahreszeiten von wiederkehrenden Sparmaßnahmen betroffen sind und die ehemals gute Personalausstattung an vielen Stellen inzwischen wieder verschlechtert wurde, steht auf einem anderen Papier und muss auch auf einem anderen Schauplatz ausgehandelt werden.

Die Personalverordnung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat damit auch die wichtigsten therapeutischen und pädagogischen Settingbestandteile teilstationärer Behandlung determiniert.

### **Zum Verhältnis von Therapie und Erziehung im Setting der Tagesklinik**

Innerhalb dieses Spektrums ist auch die pädagogische Aufgabenstellung der Tagesklinik darzustellen. Die Tagesklinik hat im Unterschied zur vollstationären Behandlung den täglichen Wechsel zwischen Lebensort und Behandlungsort im Rahmen ihres Behandlungskonzeptes zu lösen, vereinfacht gesehen also eher eine größere pädagogische Nähe zur Kindertagesstätte oder dem Hort und muss die Aufgabe der Abstimmung zwischen (Psycho-)Therapie und Erziehung (Pflege/Pädagogik) strukturell kompetent auf hohem Niveau selektiv und ohne Diskriminierung lösen können. Was letztlich wie wirkt – wo also die Therapie aufhört und die Erziehung beginnt – ist empirisch dabei bisher nicht geklärt. Das verkürzte Verständnis, dass sich Therapie methodisch heilend dem gestörten Bereich und die Erziehung nach dem Postulat Pestalozzis und Fröbels mit den Mitteln des Vorbilds und der Liebe (heutiger Sprachgebrauch: „emotionale Beziehung und Identifikationsangebot“) den gesunden Anteilen der Kinder und Jugendlichen zuwendet, ist genauso wenig hinreichend wie das angenommene Modell des Therapie- und Realraumes. Weder ist der Therapeut in der Tagesklinik unbeteiligt am realen Geschehen, noch der pädagogische Raum/Alltag ein wirklich realer, sondern eher ein sehr artifiziell inszeniertes Milieu, um die Behandlung erfolgreich machen zu können. Lempp, Rotthaus, Ludwig, Streek-Fischer (vgl. Rotthaus, 1989) und andere namhafte Kinder- und JugendpsychiaterInnen und PsychologInnen konzidieren den fließenden Übergang, die gemeinsame Schnittmenge von Therapie und Erziehung und daraus abgeleitet ergibt sich die Notwendigkeit, über die Vorgaben von tariflichen Arbeitsverträgen und Berufsausbildungen hinaus im Behandlungskonzept durch Festlegung von Arbeitsaufgaben, Rollen- und Aufgabendiffusionen zu vermeiden. Im Behandlungskonzept ist über die Darstellung der Aufgaben und Festlegung der Zuständigkeiten und

Verantwortlichkeiten geregelt, wer was wann macht und trotzdem die Möglichkeit offen gehalten, dass der Zusatzqualifizierte Krankenpfleger im Rollenspiel z. B. therapeutische Wirkung erzielen kann und auch die Familientherapeutin durch das Angebot einer Fußballgruppe handfeste Gruppenpädagogik praktiziert. Die Festlegung von Verantwortlichkeiten ist durch die Strukturvorgaben der amtlichen Begründung der Personalverordnung Psychiatrie, insbesondere für die teilstationäre Behandlung, sehr vereinfacht (im Gegensatz zu den somatischen Disziplinen, die durch Schichtdienst, kurze Verweildauer und DRGs das Prinzip der persönlichen Zuständigkeit fast beseitigt haben). In unseren Tageskliniken gibt es einen zuständigen Therapeuten (Arzt oder Psychologe) und im Pflege- und Erziehungsdienst ist die persönliche Zuständigkeit über das Bezugspersonensystem seit langer Zeit eingeführt. Konsequenterweise gibt es also in jedem Behandlungsfall ein Zweipersonenteam. Die Tagesklinik muss Regeln dafür entwickeln, wie diese zusammenarbeiten und wie ihre Kooperation im Rahmen des gesamten Teams gestaltet wird.

Für die Seite des pflegerisch-pädagogischen Mitarbeiters sehe ich beispielsweise eine Zuständigkeit im Rahmen der Bezugspersonenaufgabe für Elternarbeit (hierbei geht es um Gespräche, Hausbesuche, weitere Personen und Institutionen des Lebensumfeldes, idealtypisch wünsche ich mir hier wirkliche Beratungskompetenz) sowie Ansprechpartner und eine Art Beschwerdemanagement für das Kind/die Jugendliche. Dazu kommt dann die nicht an die Bezugspersonenaufgabe gebundene Expertenkompetenz für Gruppenangebote. Beide Bezugspersonen erarbeiten die Behandlungsplanung und evaluieren den Verlauf. Für eine Behandlung gibt es also immer zwei ‚Chefs‘, die für Verantwortlichkeit und Transparenz im und gegenüber dem Gesamtteam zu sorgen haben. Für die pflegerisch-pädagogische Bezugsperson bedeutet das, die notwendige Kompetenz, Fachlichkeit und Souveränität zu entwickeln, ein Prozess, auf den ich später noch zu sprechen komme.

### **Pädagogische Aufgaben im Pflege- und Erziehungsteam der Tagesklinik**

Sind diese Strukturen und Zuständigkeiten geregelt, ist durch den pflegerisch-pädagogischen Teil des Teams sicherzustellen, dass entsprechend den Axiomen teilstationärer Arbeit die Abläufe und die Tagesstruktur im tagesklinischen Setting den hohen Effektivitätsansprüchen genügen. Das bedeutet ganz konkret, Zeit darf nicht ungenutzt verstreichen, bei Beachtung

von reifungs- und entwicklungspsychologische Möglichkeiten und störungsbedingten Beeinträchtigungen der Kinder und Jugendlichen. Die pädagogisch-pflegerische Tätigkeit in der Tagesklinik ist wie die der anderen Berufsgruppen parallel zur Bezugspersonenarbeit planmäßig und nach einem festen Zeittakt gestaltet. Auch ungelenkte „freie Zeiten“ finden planmäßig statt, Ruhephasen sind überlegt und individuell gestaltet, es ist eine sensible Ausbalancierung von Ruhephasen, Versorgung, Einzelterminen, freiem Spiel und zielgerichteter, konzentrierter, störungsorientierter Gruppenarbeit notwendig. Im pädagogisch-pflegerischen Teil des Tagesklinikteams ist eine Entscheidung darüber herzustellen, wer für die „Spülmaschine“ zuständig ist. Das mag sich zunächst platt und vielleicht auch diskriminierend anhören, ist natürlich nicht so gemeint und markiert eher eine möglicherweise chronische Konfliktquelle zum Selbstverständnis der pädagogischen Arbeit in der Tagesklinik. Die pädagogische Arbeit soll sich natürlich auf einem hohen Niveau und ausgewiesener Fachlichkeit realisieren, aber in der Tagesklinik wird auch gegessen, getrunken, Schmutz- und Küchenarbeit fabriziert; auch bei effektivster Besprechungskultur sind Planungs- und Visitenzeiten personell durch Betreuung der Patienten abzusichern. „Hintergrunddienste“, wie sie in Bremen genannt werden, sind erforderlich und auch mit einem Expertenselbstverständnis darf man sich dafür nicht zu schade sein. Hierbei sind durchaus unterschiedliche Regelungen denkbar: Zuständigkeiten können dabei hierarchisiert oder durch Rotationen im Team geschaffen werden, für eine „Wenn-dann-Pädagogik“ erntet man nicht unbedingt einen Pflege- und Erziehungspreis, sie findet aber trotzdem statt. Das muss im Team geklärt und nicht verschleppt werden. Ist auch hier Klarheit eingetreten, wünsche ich mir von den pädagogisch-pflegerischen Mitarbeitern den Aufbruch zu hoffentlich nicht ganz neuen Ufern und stelle mir vor, dass in erster Linie die Nachmittage in der Tagesklinik parallel oder auch ergänzend zu anderen therapeutischen Angeboten durch ein zielgerichtetes pflegerisch-pädagogisches Gruppenangebot gestaltet werden. Die Bandbreite der Möglichkeiten ist dabei groß und abhängig von vorhandenen oder erworbenen/entwickelten Fähigkeiten, fachlichen Kompetenzen und Talenten und könnte beispielsweise enthalten: Musiktherapeutische oder -pädagogische Gruppen, Rollenspiel und/oder Theatergruppen, Eltern-Kind-Gruppen, Vater-Kind-Gruppen, Maltherapie und kreative Kindertherapie als Gruppenangebot, soziale Kompetenzgruppen, Video- und Mediengruppe, Gruppenangebote zu den Themen Deeskalation und gewaltfreie Kommunikation. Erlebnispädagogische Projekte in den Ferien oder bezogen auf ausgewählte Themen zu festgelegten Zeitrunden das Angebot an entwicklungsfördernden Gruppenaktivitäten ab.



## **Qualität durch Qualifikation – Kompetenzentwicklung im pflegerisch-pädagogischen Team der Tagesklinik**

Um die bisher skizzierten pädagogisch-pflegerischen Aufgabenstellungen durchaus unterschiedlichster Provenienz von der Hauswirtschafterrolle über die didaktisch durchgearbeitete Lern- und Trainingssequenz, der empathischen Reflexion der Wirkungsweise des eigenen Verhaltens, Elternberatungs- und Empowermentfähigkeiten angemessen ausfüllen zu können, sind hohe Anforderungen an die personale, soziale und fachliche Kompetenz der Mitarbeiter dieser Berufsgruppe gestellt, die die mitgebrachten grundständigen Berufsausbildungen zum Krankheits- und Gesundheitspfleger oder zum Erzieher nicht vermitteln. Nun gilt zwar durchaus, dass es Talente gibt – nicht alles kann gelernt werden, manches muss man sein. So wie jeder, der eine Sitzung moderiert, ein bisschen was von Thomas Gottschalk haben sollte, sollte jeder, der mit Kindern arbeiten möchte, etwas von einem Kind in sich bewahrt haben. Jedoch bilden mitgebrachte Talente und grundständige Berufsausbildungen noch keine ausreichende Basis für eine erfolgreiche und fachlich gute Arbeit im Pflege- und Erziehungsdienst in der Tagesklinik. Die Wege der Krankenpflegekräfte und der Pädagogen in das teilstationäre Behandlungssetting beruhen nach meinen Kenntnissen häufig auf bewussten, zielgerichteten Überlegungen und nicht in erster Linie und ausschließlich auf dem Bedürfnis nach geregelten Arbeitszeiten. Motivation und fachliches Engagement sind z. B. gegenüber der Tätigkeit in den vollstationären Bereichen mit nicht unerheblichen finanziellen Einbußen bei ohnehin nicht üppigem Einkommen in unserer Berufsgruppe verbunden. Trotzdem reicht die Bereitschaft zu motivierter Arbeit im Korsett eines festen Zeittaktes nicht aus, um die geforderte Fachlichkeit zustande zu bringen. Kontinuierliche Fort- und Weiterbildung ist auch für die Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes im tagesklinischen Team unverzichtbar und auf vielfältige Weise erreichbar: Zusatzausbildungen im Rollenspiel, systemischer kreativer Kindertherapie, Triple-P, Konzept- und Erlebnispädagogik seien hier nur exemplarisch erwähnt. Ich selbst verweise an dieser Stelle bevorzugt auf die zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung zur Fachkraft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die bundesweit in acht Weiterbildungsstätten angeboten wird und über die Bundesarbeitsgemeinschaft der pflegerisch-pädagogischen Leitungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zertifiziert wird. Diese Weiterbildung enthält neben dem obligatorischen Bestandteil des Arbeitsfeldes teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Zielsetzung Schlüsselqualifikationen zu vermitteln und über einen hohen Anteil an selbstreflexiblen Unterrichtseinheiten wesentliche fachliche Fähigkeiten für die pflegerisch-

pädagogische Basistätigkeit im therapeutischen Arbeitsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie herauszubilden. In Norddeutschland bieten wir diese Weiterbildung über das Institut QuQuK und ein Netzwerk von inzwischen zwölf kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und eine Hochschule seit sieben Jahren an und von den bisherigen 50 Absolventen dieser Weiterbildung sind inzwischen 15 in Tageskliniken beschäftigt. Daraus ist durchaus ein Trend abzuleiten, dass Personalentwicklung und Kompetenzgewinn die Motivation zur Tätigkeit im tagesklinischen Setting fördert. Die Tagesklinik benötigt professionelle Kompetenz und verfügt über Strukturen, diese auch verlässlich einzubinden.

### **Anregungen und Orientierungen für tagesklinische Konzepte**

Zu guter Letzt möchte ich Ihnen noch eine Auswahl weiterer Überlegungen sinnvoller Elemente des teilstationären Settings nahe bringen, die zwar nicht unmittelbar spezifischen pflegerisch-pädagogischen Aufgabenstellungen zuzuordnen sind, nach meiner Auffassung in der Tagesklinik aber immer gut geklärt sein müssen:

1. Die Tagesklinik ist teilstationär. So wie jeder Beschäftigte seine Lebenswelt täglich mit in die Arbeitswelt bringt, so bringt jedes Kind sein Lebensfeld jeden Tag in die Tagesklinik und lebt dort immer auch in einem Parallelraum, d. h. mit seinen emotionalen Bindungen, Wünschen, Zielsetzungen immer auch zu Hause. Der emotionale Bezug zum Kind ist immer nur eingeschränkter möglich als in der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Pädagogisch im Sinne von Pestalozzi und Fröbel sitzen die Mitarbeiter in der Tagesklinik in der zweiten Reihe und schon dieses Faktum macht, wie auch beim Lehrer oder Kita-Mitarbeiter, die Befähigung zum pädagogischen Programmangebot und das pädagogische Expertentum zur echten Herausforderung und Notwendigkeit. Auch in dieser Dimension ist mit kontinuierlicher, zuverlässiger Beziehungsarbeit Vieles zu erreichen. Wenn man einen Patienten vielleicht nach 10 Jahren wieder trifft und befragt, an wen er sich aus seiner Zeit in der Tagesklinik erinnert, wird nicht unbedingt dann in jedem Fall der Therapeut genannt werden und die müssen sich dadurch nicht gekränkt fühlen.
2. Die Kindertagesstätte oder der Hort sind keine schlechten Bezugspunkte und Benchmarkingpartner für die pädagogische Arbeit in

der Tagesklinik. Es gibt Berührungspunkte und gemeinsame Schnittmengen in der Methodik, Didaktik und Organisation und vielleicht hilft manchmal die Beschäftigung mit Strukturen, Abläufen und Settingelementen in solchen Institutionen durchaus weiter.

3. Eine Entscheidung zum Umgang mit den Eltern (hier ist nicht die spezifische Elternarbeit der Tagesklinik gemeint) ist sinnvoll. Wie soll mit Eltern umgegangen werden, die in die Tagesklinik zu Besuch oder zu Terminen kommen? Können Eltern wie im vollstationären Bereich sich in der Tagesklinik überall aufhalten, alle Räume mitnutzen oder gibt es ein eher getrenntes Milieu, wie das auch in den Kitas zu finden ist?
4. Es muss eine reflektierte Haltung zu „Tür-und-Angel“-Gesprächen geben. Lässt man unstrukturierte Gespräche zu oder nicht? Die Mitteilung „Seit gestern Abend hustet Kevin verstärkt“ ist ganz bestimmt notwendig und unvermeidlich; das Gespräch über den Konflikt oder problematischen Vorfall am Vorabend meines Erachtens nicht, sondern dafür ist ein geplanter abgegrenzter Termin zu vereinbaren. Der Pflege- und Erziehungsdienstmitarbeiter sollte sich von dem spontanen Gesprächsbedarf nicht verführen lassen.
5. Pädagogische Elternarbeit facettenreich mit Anteilen von Coaching, Vermittlung von Positiverlebnissen und Erziehungsberatung ist sinnvoll, wichtig und wertvoll, erfordert vom pflegerisch-pädagogischen Mitarbeiter jedoch ein außerordentlich hohes Maß an Kompetenz und kann erst nach Konsens über das Vorhandensein dieser Fähigkeiten zum Konzeptbestandteil werden, sonst wird es zum Etikettenschwindel.
6. Eine Tagesklinik benötigt keine Patientenzimmer, die räumlichen Verhältnisse sollten jedoch Rückzugsmöglichkeiten und Differenzierung in der Patientengruppe möglich machen.
7. Tagesklinik ist selektiv. Nach meinen Kenntnissen kann es bei der Aufnahmebarriere nicht nur um die geographische Distanz, das Ausmaß von Fremd- und Selbstgefährdung oder den Grad der geistigen Behinderung geben, sondern auch die Möglichkeit der Fortsetzung unbeeinflussbaren schädlichen Verhaltens am Lebensort sollte ein Ausschlusskriterium bei der Aufnahme zur Tagesklinik bilden. Ich glaube nicht, dass Verwahrlosung und Dissozialität er-

folgreich in der Tagesklinik beeinflusst werden kann. Dissoziales Verhalten ist ein schnell gelernter attraktiver Alternativlebensstil und erscheint jeden Morgen frisch eingeübt aufs Neue in der Tagesklinik.

Abschließend ist noch einmal zu betonen, dass die Entwicklung teilstationärer Behandlungsmöglichkeiten die Versorgung von psychisch und psychiatrisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen in unserem Land gravierend verbessert hat. Es ist ein spannendes, faszinierendes und bis heute expandierendes Arbeitsfeld entstanden, in dem schnell neue und kreative Behandlungsansätze und Instrumentarien erarbeitet worden sind, die mit ihrer Positivwirkung auch deutliche Veränderungsimpulse in das vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungssetting gegeben hat und weiter gibt. Neue Gruppenangebote, der ressourcenorientierte Blick auf Kind und Familie, die notwendige pragmatische und lösungsorientierte Vernetzung mit anderen Hilfesystemen konnte wegen des geringeren institutionellen Gefälles schneller und einfacher über die Strukturen teilstationärer Behandlung transportiert und etabliert werden.

Neben den vielen verbesserten und neu entwickelten Behandlungsmöglichkeiten schärft die teilstationäre Behandlung auch eher den Blick für das realistisch Machbare: Die Begrenztheit der Möglichkeiten zur Veränderung wird sichtbar und die Freude am bescheidenen Erfolg der erreichten besseren Lebensbewältigungsmöglichkeiten kann auch die notwendige professionelle Energie der kontinuierlichen Motivationserneuerung der Mitarbeiter liefern.

Es ist den kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken in unserem Land auch zukünftig viel Erfolg, ungebrochener Mut und die Neugierde, Neues auszuprobieren, Identifikation mit ihrer Versorgungsaufgabe und Empathie für Ihre Klientel zu wünschen. Geht der Ausbau der tagesklinischen Behandlung im Tempo der vergangenen Jahre weiter – und dafür spricht einiges – so ist bei der speziellen Bereitschaft der Tageskliniker voneinander zu lernen, zu erwarten, dass für die künftigen Bundesforen auch die größten Kongresszentren unseres Landes angemietet werden müssen.

### **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt den Tageskliniken unseres Weiterbildungsnetzwerkes QuQuK, die mir die Einblicke in ihre Arbeitsweise und damit die Grundlagen für diesen Beitrag geliefert haben.

**Literatur:**

*Kuchenbecker, A.* (Hg.) (2007) Pädagogisch-Pflegerische Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Unterostendorf: Ibicura Verlag

*Kunze, H., Kaltenbach, L.* (Hg.) (2005) Psychiatrie Personalverordnung. Berlin: Kohlhammer.

*Rotthaus, W.* (Hg.) (1989) Erziehung und Therapie in systemischer Sicht. Dortmund: Verlag Modernes Lernen

*Lempp, R., Veltin, A.* (Hg.) (1985) Kinder- und Jugendpsychiatrie – Eine Bestandsaufnahme. Köln: Klett-Verlag

**Adresse des Autors**

Achim Beutling

Diplompädagoge, Klinikpflegeleitung,

Leitung des Institutes für Qualifizierung und Qualitätssicherung

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Klinikum Bremen-Ost

Züricher Straße 40

28325 Bremen

Tel: 0421 – 408 1607

Fax: 0421- 408-2717

Email: [Achim.Beutling@klinikum-bremen-ost.de](mailto:Achim.Beutling@klinikum-bremen-ost.de)

## Die Bedeutung der Tagesklinik in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Krisen

*Bernhard Prankel, Sünje Tober, Jürgen Rohde*

### Krise und Chance: Hochhängen oder flach halten?

Die Entwicklung eines Kindes scheint uns über weite Perioden als beständiger Weg vieler kleiner Fortschritte in Erkenntnissen und Fähigkeiten. Immer wieder einmal nimmt sie aber eine unvermittelte und *entscheidende Wende* (griechisch: ‚Crisis‘). Dies ist nicht ungewöhnlich: Der Schulanfang, ein Umzug, der Ausbildungsbeginn und auch die Beendigung einer Freundschaft oder eine bestandene oder nicht bestandene Prüfung sind für den Reifungsprozess **richtungsweisende Vorkommnisse**. Spannungen sind an dieser Stelle nicht ungewöhnlich, aber mit der erfolgreichen Bewältigung nimmt die Regulationsfähigkeit zu.

**Akute kritische Ereignisse** dagegen (*critical life events*) attackieren den Entwicklungsraum des Betroffenen. Kriegserlebnisse, schwere Verletzungen, der Tod der Mutter, die Trennung der Eltern oder Gewalterfahrungen überfordern die *Ressourcen* (Fähigkeiten und Fertigkeiten), zerstören *Bindungen*, und bisweilen nimmt das *Bewusstsein* Schaden: So fühlt sich ein Kind bisweilen schuldig, obwohl es selbst das Opfer war.

Auch durch **chronisch riskante Lebensbedingungen** entstehen Störungen, die kritisch eskalieren können, etwa durch unzureichende Lebensverhältnisse, mangelnde Zuwendung oder die Isolation einer Familie.

Schließlich können **persönliche Krisen** auch aufkommen, wenn die eigenen Fähigkeiten oder Fertigkeiten ineffektiv sind: So kann durch Müdigkeit und einen schon geringen Alkoholspiegel eine Stimmung ‚kippen‘; infolgedessen misslingt eine alltägliche Aufgabe, und eine Meinungsverschiedenheit wird offensiver ausgetragen.

Zwischen diesen vier Bedingungen, die Krisen hervorrufen können, gibt es viele Übergänge. Zuweilen treffen auch mehrere derartige Vorkommnisse zeitlich aufeinander, und dies fordert die Betroffenen besonders.

Wann und wie ein Mensch davon *betroffen* ist, hängt nicht nur von den konkreten Umständen des Ereignisses, den vorhandenen individuellen Fähigkeiten und den Hilfen von außen ab. Er wird wesentlich vom individuellen Reifestand und der zugehörigen **Entwicklungsdynamik** bestimmt: Ein Kleinkind empfindet eine Misshandlung als schmerzende Verletzung, der es sich nicht entziehen kann. Ein älteres Kind sieht darin ein Modell, nach dem es künftig selbst Konflikte ‚lösen‘ wird. Und ein Jugendlicher verliert den Respekt vor seinen Eltern.

Wer in einer Krise Unterstützung erbitten und annehmen kann, ist schon ein großes Stück weiter. **Wirksame Hilfe** orientiert sich an den grundlegenden Entwicklungsstrukturen (Prankel 2005):

- *Verlässliche Bindung*: Vertrauenspersonen, die persönliche Sicherheit vermitteln, bieten eine Aussprache über Meinungen, Wünsche und Absichten, Gefühle und Handlungen an.
- *Wirksame Ressourcen*: Zutrauen kommt wieder auf, wenn konkrete Lösungswege ausprobiert und Fertigkeiten eingeübt werden können.
- *Bewusstsein und Verantwortlichkeit*: Sobald die Krise überwunden ist, sollten die Beteiligten über die eigene Beteiligung an der Entstehung nachdenken (z.B. Erkennen eigener Spannungen bzw. Konflikte), Fehler einräumen und für ein künftig sinnvollerer Miteinander sorgen.

## Krisen umgehen und mit Krisen umgehen

Kinder und Jugendliche in Krisen müssen auf ein qualifiziertes und differenziertes Behandlungsangebot treffen. Dieses muss rasch verfügbar sein, damit sich die Betroffenen und ihre Familien Frustration oder Umwege über den „grauen Therapiemarkt“<sup>1</sup> sparen können. Zudem müssen Orte, an denen viele auffällige Kinder und Jugendliche aufeinandertreffen (soziale Brennpunkte, Sonderschulen, Heime, Behindertenstätten), wirksamer versorgt werden, so dass sich auch dort Krisen verringern. Die neue Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Rotenburg (Wümme) versucht, mithilfe der folgenden Strukturen einen Beitrag dazu zu leisten, Krisen zu verhindern oder wirksam lösen zu helfen<sup>2</sup>:

<sup>1</sup> Der „graue Therapiemarkt“ schöpft Plazebo-Effekte ab, stellt Diagnosen (u. a. KISS-Syndrom, Zentrale Hörstörung, Hochbegabung) ohne ausreichende Differentialdiagnostik, bietet teure nicht krankenkassenfähige Leistungen an und mediziert voreilig.

<sup>2</sup> Die Klinik stellt allen Interessierten sämtliche hier erwähnten Materialien zur Verfügung.

Die Klinik *informiert die Bevölkerung* im Einzugsbereich der Klinik durch einen jährlichen Tag der Offenen Tür und Themenveranstaltungen (z.T. zusammen mit Krankenkassen). Eltern können das *Rotenburger Elternhandbuch „Entwicklungsstörungen und ihre Behandlung“* preiswert erwerben (Inhalt s. Tabelle 1). Eltern, die ihr Kind erstmals anmelden, bekommen ihren Termin schriftlich bestätigt, und sie erhalten zugleich einen Flyer der Klinik, der sie über die Arbeitsweise informiert und sie bittet, eine Reihe von Unterlagen mitzubringen, damit keine Zeit verloren geht. – Durch diese Öffentlichkeitsarbeit werden Kinder früher vorgestellt, so dass mehr akute Krisen im Frühstadium und mit einfachen Maßnahmen überwunden werden können.

*Versorgungspolitisch* wird im Kommunalen Psychiatriebeirat, in der Arbeitsgruppe „Kinder und Jugendliche“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes und im Jugendausschuss daran gearbeitet, die lokalen Behandlungsangebote zu verbessern und damit indirekt Krisen früher zu erfassen.

*Expertenfortbildung*: Das dreijährige *Rotenburger Fortbildungscurriculum* (Inhalt s. Tabelle 2 S.48) für Fachleute (Ärzte, Psychotherapeuten, Lehrer, Sozialarbeiter, Pflege- und Erziehungspersonal) besteht aus insgesamt 18 Ganztagesfortbildungen. Zu weiteren aktuellen Themen werden zusätzliche *überregionale Fachtage* veranstaltet. Zwei monatliche Supervisionsgruppen richten sich an die Heimleiter der Region. Durch diese Maßnahmen treffen die regionalen KollegInnen aus Jugendhilfe, Therapie und Bildung immer wieder aufeinander, lernen von einander, tauschen sich aus und arbeiten einander im Alltag viel besser zu. – Wo Verantwortungsbereiche sich zwangsläufig überschneiden (Therapie, Jugendhilfe, Bildung), muss mittels einer kooperativen Strategie aktiv daran gearbeitet werden, eine möglichst gute *gemeinsame Versorgung* voranzutreiben.

Die regionalen Jugendhilfeeinrichtungen einigten sich mit der Klinik auf eine weitgehend standardisierte Zusammenarbeit (*Rotenburger Kooperationsstandard*). Ein achtseitiges Formular stellt sicher, dass schon bei der Erstvorstellung von Heimkindern die vorhandene Information übersichtlich aufgearbeitet und weitergegeben wird. – Durch Kooperationsvereinbarungen mit Standards wird auch die aufsuchende Arbeit bei Heimen und Behinderteneinrichtungen der Region erheblich erleichtert; Krisen werden dadurch rascher erkannt und spezifischer behandelt.

*Einheitliches Behandlungskonzept*: Im *Rotenburger Entwicklungshandbuch* (die vierte Auflage erscheint im Mai 2008) wird ein modernes und evidenzbasiertes Entwicklungsmodell ausgeführt, nach welchem die gesamte Klinik einheitlich arbeitet. Die Vielfalt persönlicher Stile hat ihren Raum, während zugleich vermieden wird, dass Therapeuten und Pädagogen sich in ihren Behandlungsansätzen widersprechen und dadurch Patien-



ten kritisch irritieren. – Alle Wirksamkeitsstudien betonen, dass einheitliche und gut strukturierte Behandlungskonzepte die Behandlung verbessern und die Dauer eines stationären Aufenthaltes erheblich verkürzen.

*Spezialangebote* ergänzen das Behandlungsspektrum. Vielfach entstehen akute oder chronische Krisen aus besonderen Zusammenhängen, z.B. frühkindlicher Deprivation, tiefgreifender Entwicklungsstörung, Essstörung, Drogenabhängigkeit, Traumatisierung, chronischer körperlicher Erkrankung oder Sexualdelinquenz (die Patienten können Opfer oder auch Täter sein). In komplexen Rechtsfragen müssen zudem Gerichte oder Sozialämter unterstützt werden. Hierfür müssen das erforderliche Fachwissen und konkrete Behandlungsmodule bereitstehen.

*Maximale Sicherheit in der Krise:* Auch bei akut eigen- oder fremdgefährdenden Patienten wird einheitlich vorgegangen: Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter der Klinik hat ein Anti-Gewalt-Training (CFB-Kurs: „Kontrolle und physische Beherrschung“) absolviert. – Klare Abläufe, eindeutige Ansagen und ggf. auch erprobte Handgriffe geben den MitarbeiterInnen und infolgedessen auch den Patienten Schutz und Sicherheit.

*Multiprofessionalität statt Fließbandarbeit:* Zum Pflege- und Erziehungspersonal gehören in Rotenburg auch die Ergotherapeuten und Sozialpädagogen<sup>3</sup>, denn: Die Patienten sollen nicht den Profis zugeführt werden, sondern die Profis den Patienten. Weitere Vorteile: Die Mitarbeiter profitieren praktisch und auch konzeptuell von der unterschiedlichen Fachlichkeit ihrer KollegInnen, die Funktionsräume können von allen genutzt werden, durch ein größeres Team gelingt die Bezugspflege besser, Fachtherapeuten oder Sozialpädagogen müssen nicht endlose Zeiten in Besprechungen auf allen Stationen verbringen.

*Die ambulante Behandlung* umfasst Krisenintervention, Einzel- und Familientherapie sowie Gruppenangebote: „Schwer zu bremsen...“ für Eltern urch dick und dünn...“ für adipöse Kinder, „Kleine Kinder, kleine Sorgen?“ für Vorschulkinder mit Bindungsstörungen und ihre Eltern, „Multisystemische Therapie“ für essgestörte Jugendliche sowie „Mut proben“ für Kinder bzw. Jugendliche mit sozialen Ängsten. Für alle fünf Gruppen gibt es ein schriftlich ausgearbeitetes *Curriculum*. – Diese relativ offenen Behandlungsformen senken die Zugangsschwelle zur Psychiatrie und damit die Chronifizierung von Krisen.

---

<sup>3</sup> Auch die vier Stationsleitungen sind multiprofessionell besetzt: Heilpädagogin, Kinderkrankenschwester, Ergotherapeutin und Erzieher.

*Flexible vollstationäre Behandlung:* Die zwei Vollstationen für Jugendliche können flexibel genutzt werden: Bisweilen befinden sich vollstationäre, geschützt behandelte und tagesklinische Patienten zugleich auf Station. Alle Patienten beteiligen sich gemeinschaftlich an *themenspezifischen Gruppenprojekten* (für diese Querschnittsarbeit gibt es ebenfalls schriftlich ausgearbeitete Curricula). Darüber hinaus erarbeiten sich die Patienten zusammen mit ihren Bezugsbetreuern an Behandlungszielen orientierte *individuelle Stufenpläne* (Längsschnittarbeit). – Durch konkrete Gruppenthemen und individuelle Behandlungsziele arbeiten die Patienten und ihre Eltern aktiver und ausdauernd auf ihre Genesung hin.

Die beiden *tagesklinischen Stationen* arbeiten als ein wesentlicher Teil dieses differenzierten Versorgungskonzeptes nach denselben Behandlungskonzepten wie die Vollstationen. Das besondere Setting der Tagesklinik für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Krisen wird nach zwei Fallbeispielen noch ausgeführt.

## Zwei Fallbeispiele

**Der 12jährige Tom** wurde wegen akuter Selbst- und Fremdgefährdung vorgestellt. Er war mit dem Messer auf die Mutter losgegangen und auch in der Schule wegen Rücksichtslosigkeit und Angriffen suspendiert worden. Seit einigen Jahren waren Helfer involviert, zunächst eine Beratungsstelle, später eine Ergotherapeutin, der Schulsozialarbeiter, ein Erziehungsbeistand und eine niedergelassene Psychotherapeutin.

Als *Risikofaktoren* galten die Trennung der Eltern, sowie mehrere Umzüge, Schul- und Betreuungswechsel. Von seinen *Ressourcen* her konnte er auf gute Lerntechniken zurückgreifen, hatte viele Interessen, war charmant, hilfsbereit und fürsorglich gegenüber Jüngeren. Beide Eltern beteiligten sich engagiert an der Behandlung. *Reifungsdynamisch* war noch zu erkennen, dass Tom das Lieblingskind der Mutter war, und demgegenüber wurde Toms Bruder deutlich vom Vater vorgezogen. Da die Eltern anhaltend stritten, taten dies die Brüder ihnen nach.

Tom wurde vier Monate lang tagesklinisch behandelt. Er nahm u.a. an dem „Soziales Training“ teil, und auf seinem *individuellen Stufenplan* standen als Behandlungsziele v.a. die Handlungsregulation (v.a. adäquate Reflexion des Geschehenen und gute Handlungsplanung) sowie eine angemessenere Regulierung aufkommender Spannungen (Erkennen und Differenzieren von Affekten, aktiver Umgang mit eigenen Impulsen). Die Stufenpläne erstellte Tom zusammen mit den Betreuern und seiner Therapeutin. Ein Tagesplan, an dem er ebenfalls mitwirkte, strukturierte

seinen Alltag noch weiter. Seine Eigenaggression „verboten“ wir ihm (es war der Eindruck entstanden, dass er sich dies von einem anderen Patienten abgeschaut hatte). In der Elternarbeit wurde das Thema „Zuwendung“ operationalisiert und geübt (regelmäßige materielle Versorgung, mehr Aufmerksamkeit und Teilnahme an den Aufgaben und Interessen sowie den Gedanken und Gefühlen Toms). Die Eltern nahmen die recht negative Haltung ihrem Sohn gegenüber zum Ende der Behandlung etwas zurück. Sie begannen, detaillierter auch seine Fähigkeiten wahrzunehmen und ihm gegenüber anzuerkennen. – Nach der Entlassung wurden die Erziehungshilfe intensiviert und ambulante Behandlungstermine angeboten. Nach weiteren kritischen Eskalationen wurde Tom in Obhut genommen und macht derzeit in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung gute Fortschritte.

**Die vierjährige Nora** wurde aus einer etwas entfernteren Kinderklinik mit der Verdachtsdiagnose einer Essstörung angekündigt, die dortigen Mitarbeiter waren ratlos. Umgehend suchten wir die Klinik auf, und zu unserer eigenen Überraschung fanden wir die Diagnose bestätigt: Die kleine Patientin nahm offenbar schon seit mindestens 18 Monaten ausschließlich Säfte, Milch und Eis (!) zu sich. Ihr Gewicht lag über der 50. Perzentile. Im Spielzimmer der Klinik gab es einen Spielzeug-Kaufladen, wo sie engagiert Nahrungsmittel verkaufte und volle Mahlzeiten für ihr „Kind“ auch zubereitete, allerdings ohne sich selbst an den gespielten Mahlzeiten zu beteiligen. – Nora und ihre Mutter lebten bei Noras Großmutter mütterlicherseits; die Urgroßmutter war drei Monate vor der Erstvorstellung Noras verstorben, sie hatte ebenfalls dort gewohnt.

Als *Risiken* wurden die elterliche Trennung vor der Geburt von Nora sowie die deutliche Lernbehinderung von Noras Mutter erhoben. Nora selbst hatte erstaunliche *Ressourcen*, sie war sprachgewandt, empathisch im Spiel, sehr interessiert, und sie ging zuvorkommend auf andere zu. Ihre Mutter war sehr stimmungslabil, erregte sich leicht, war ängstlich-nervös, dabei naiv-unbekümmert, vordergründig engagiert, aber in der Umsetzung schwach (V.a. Williams-Beurens-Syndrom). Noras Großmutter sorgte offenbar zuhause für die notwendigen Strukturen. *Reifungsdynamisch* fanden wir eine gegenseitige Neutralisierung der beiden Erziehungspersonen.

Wir nahmen Nora vollstationär auf, und auf unser Drängen ließ sich auch die Mutter darauf ein, in einen unserer Elternübernachtungsräume einzuziehen. Nachts schlief Nora auf der Vollstation, wurde aber tagsüber in der Tagesklinik gemeinsam mit den jüngeren Kindern betreut. Die beiden Teams nahmen diesen ungewöhnlichen Fall als Herausforderung und verständigten sich rasch auf dieses „maßgeschneiderte“ Setting. Eine Bezugsbetreuerin kümmerte sich im 1:1-Kontakt darum, die Mutter bei den Mahl-

zeiten anzuleiten. Noras Großmutter, obgleich kompetenter als die Mutter, sollte zuhause wohnen, um sich ihrer hier besonders wichtigen Großmutter-Rolle zu besinnen; in den Familiengesprächen wurde sie ausführlich in die Betreuung von Mutter und Kind eingewiesen; ihr wurde indes nahe gelegt, die Versorgung primär der Mutter zu überlassen. – Nora bekam einen Stufenplan und begann schon wenige Tage nach ihrer Aufnahme feste Nahrung zu sich zu nehmen. Die Mutter lernte auf unserer Station kochen, überblickte nach vier Wochen die Aufgaben im Haushalt deutlich besser und gewann an Selbständigkeit. Nora wurde sodann aus der vollstationären Behandlung entlassen und besuchte zwei weitere Wochen nur noch die Tagesklinik. Sie wurde mit normalem Essverhalten entlassen. Das Jugendamt engagierte eine Sozialpädagogische Familienhelferin, und der Mutter wurde auf unsere Anregung hin eine rechtliche Betreuerin zur Seite gestellt.

### **Tagesklinik: Das richtige Setting für Kinder**

Besonders für junge Kinder ist die Tagesklinik besser geeignet als eine vollstationäre Behandlung, denn die jungen Patienten sind in allen wesentlichen Lebensbereichen von ihrem Elternhaus noch in besonderem Maße abhängig. „Hausgemachte“ (d.h. durch das Setting der Vollstation entstandene) Krisen können durch eine tagesklinische Behandlung verhindert werden. Darüber hinaus bietet dieses Setting eine Fülle weiterer Vorteile:

*Konstante Bezugspersonen:* In der Tagesklinik arbeiten die MitarbeiterInnen nicht in Schichten. Dies hilft Kindern und Eltern, rascher Kontakt zu den Betreuern aufzunehmen und zusammen zu arbeiten. Auch umgekehrt funktioniert das Bezugsbetreuersystem besser. – Ist ein Patient darüber orientiert, an wen er sich wenden kann, werden Krisen vermieden oder rascher und weniger aufwändig gelöst: Erfolge der Kinder werden wahrscheinlicher und treten rascher ein.

*Täglicher Transfer zwischen Familie und Tagesklinik:* Indem die jungen Patienten zwischen ihrer Familie und der Klinik pendeln, lernen beide Seiten einander besser kennen. Sie tauschen sich über aktuelle Stärken und Verbesserungspotentiale ihres Kindes sowie über konkrete Erziehungsmaßnahmen eher aus. Dadurch bekommen die Eltern das Gefühl, als „Experten für ihr Kind“ ernst genommen zu werden. – Konkurrenzen, Loyalitäts- und Stellvertreterkonflikte und daraus erwachsende kritische Behandlungsmomente können dadurch verringert werden.

*Geringe Stigmatisierung und bessere Reintegration:* Eine vollstationäre Behandlung wird – ob wir es zur Kenntnis nehmen wollen oder nicht – sehr häufig auch als ‚Strafe durch Ausschluss aus sozialen Bezügen‘ aufge-

fasst. Mitunter löst dies von sich aus Krisen in Form heftiger Wut, Kränkung oder Traurigkeit aus. Die Tagesklinik wirkt dagegen eher wie ein „Trainingscamp“: Es dient zum Abschiednehmen von nicht (mehr) angemessenen Gewohnheiten und Verhaltensweisen aller Beteiligten und zum Ausprobieren und Üben neu erworbener Fähigkeiten in der Klinik, zuhause und in der Heimatschule. – Infolge dieser Vorteile finden die betroffenen Kinder nach einer erfolgreichen Behandlung besser in ihre vertraute Umgebung zurück als vollstationäre Patienten.

*Gesündere Umgebung:* Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen einer vollstationären Behandlung sind die häufigere und raschere Regression bzw. Hospitalisierung sowie die Gefahr der „Ansteckung“ durch Symptome anderer Patienten (z.B. durch auffälliges Essverhalten, Ritzen, Rauchen, Entweichen, dissoziale Verhaltensweisen...). – Junge Patienten, welche die Normen noch nicht so sicher verinnerlicht haben, sind eher zur Nachahmung auch schlechter Vorbilder bereit.

*Bessere Gruppenbildung:* Die tagesklinische Belegung ist in der Regel gut zu planen. Dadurch können mehrere Patienten gemeinsam aufgenommen und entlassen werden. Durch ein gemeinsames Aufnahmefrühstück lernen sich die Kinder und Eltern untereinander rasch kennen; dies baut die unvermeidlichen Anfangsängste ab, so dass die Kinder viel leichter in die Patientengruppe und damit zu prosozialem Verhalten finden. Auch das Behandlungsende kann auf eine Weise ritualisiert werden, die den Kindern Respekt und Achtung vor dem Geleisteten zollt (Abschlussfeier, Vergabe von „Goldmedaillen“ und Urkunden).

*Mehr Elternverantwortung:* Die Familie ist während der tagesklinischen Behandlung weiterhin verantwortlich für die Erziehung, während die Betreuer und Therapeuten für die therapeutischen und heilpädagogischen Prozesse zuständig sind. Mithin sind die Eltern durch das ständige familiäre Co-Setting besser „im Boot“. Bereitwilliger akzeptieren sie Hausbesuche, bringen sich durch Ganztageshospitationen ein und besuchen die monatliche Elterngruppe.

## **Schlussplädoyer: Gleich viele tagesklinische wie vollstationäre Behandlungsplätze!**

Erfahrene Therapeuten wissen, dass die Zuweisung zu ambulanter, tagesklinischer, vollstationärer und geschützter Behandlung keineswegs nur von der patientenseitigen Indikation (Störungsbild und „Schwere“) abhängig ist, sondern in erheblichem Maße auch von der Qualifikation der Mitarbeiter, dem Team und dem Konzept der behandelnden Einrichtung (d.h. Bindung, Ressourcen und Verantwortung der Institution). Konzepte sollten sich dabei nicht nur an Entwicklungsmodellen, Therapieformen oder Finanzen orientieren, sondern zu einem wesentlichen Anteil auch den konkreten Bedarf berücksichtigen: 60% der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten sind jünger als 14 Jahre alt. Nur ein geringer Anteil dieser jüngeren Patienten (ca. 10%) muss de facto vollstationär behandelt werden; bei diesen sind die o.g. Nachteile unweigerlich in Kauf zu nehmen. Andererseits kann bei den 40% jugendlichen Patienten ein signifikanter Anteil ebenfalls tagesklinisch behandelt werden. D.h. bei etwa gleicher mittlerer Behandlungsdauer von Kindern und Jugendlichen lässt sich leicht nachvollziehen, dass für diejenigen Kinder und Jugendlichen, die sich uns wegen ihrer psychosozialen Störungen anvertrauen und ambulant nicht mehr ausreichend behandelt werden können, gleich viele tagesklinische wie stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung stehen müssen.

### **Literatur**

Prankel B.H. (2005) Strukturen der Entwicklung. Ein integratives Modell für Reifungsprozesse. *Familiendynamik* 30, 145-183

### **Adresse des Autors**

Dr. med. Dipl.-Psych. Bernhard Prankel  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH  
Verdenerstr. 200  
27356 Rotenburg (Wümme)  
Tel: 04261 – 776400  
Fax: 04261 – 776405  
Email: [prankel@diako-online.de](mailto:prankel@diako-online.de)  
Internet: [www.diako-online.de](http://www.diako-online.de)

---

Tabelle 1: Rotenburger Elternhandbuch: Inhalt

---

## **1. Erfolgreiche Erziehung: Zehn Tipps und Tricks für den Alltag**

Durchstarten! Die Hitliste für ein gutes familiäres Miteinander. • Wie lernen Kinder? • Regeln für unser tägliches Miteinander • Ernährung • Taschengeld • Kids vor der Kiste • Tipps für die Hausaufgaben • Ein spannend-entspanntes Wochenende! • Miteinander Reden • Zehn Schritte durch den Tag – oder: Wie ist mein Kind organisiert?

## **2. Familiäre Krisen**

Krise und Chance: Hochhängen oder flach halten? • Wenn Eltern streiten und sich trennen • Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder • Alkoholabhängigkeit bei Eltern

## **3. Störungen bei Kindern und Jugendlichen**

Drogenmissbrauch • Anpassungsstörungen • Dissoziative Störungen • Psychosen • Essstörungen • Zwangs- und Ticstörungen • Einnässen • Einkoten • Leistungsschwächen • Schulvermeidung • Störungen des Sozialverhaltens • Kinder die „schwer zu bremsen sind“ • Tiefgreifende Entwicklungsstörungen • Bindungsstörungen • Suizid und Suizidversuch

## **4. Hilfe aus der Schule**

Wie bereiten wir unser Kind auf die Schule vor? • Wer ist für schulische Förderung und Hilfe zuständig? • Wie ist das richtige Vorgehen? • Anträge formulieren • Gesetzliche Vorgaben

## **5. Hilfe vom Jugendamt**

Was heißt Sorgerecht? • Hilfe zur Erziehung • Eingliederungshilfe • Beteiligung, Mitwirkung und Fristen • Inobhutnahme

## **6. Hilfe von Therapeuten**

Wie entstehen Störungen? • Wie werden die Behandlungsziele bestimmt? • Welche Behandlungsmethoden wählen wir aus? • Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

---

 Tabelle 2: Das Rotenburger Fortbildungscurriculum: Inhalt
 

---

### **1. Strukturen der Entwicklung**

Risiken, Ressourcen, Reifungsdynamik • Pädagogik und Therapie: Die Methode dahinter • Diagnostik, Intervention

### **2. Essstörungen und Adipositas**

Magersucht (Anorexie) • Bulimie (Ess-Brechsucht) • Behandlung • Multisystemische Therapie • Adipositas • Prävention von Essstörungen

### **3. Psychose, Dissoziation und Zwangsstörung**

Der psychische Befund • Psychosen • Derealisation und Dissoziation • Zwangsstörungen

### **4. Leistung und Verhalten in der Schule**

Lernmethoden • Aufmerksamkeit • Schulvermeidung • Lese-Rechtschreibschwäche und Rechenschwäche • Testdiagnostik

### **5. Elternarbeit**

Elterntrainings • Rotenburger Eltern-Kind-Gruppe „Kleine Kinder, kleine Sorgen?“ • Beobachtungstraining • Videoarbeit

### **6. Rechtsgrundlagen von Pädagogik und Therapie I**

Sorgerecht • Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke • Erziehungs- und Eingliederungshilfe

### **7. Rechtsgrundlagen von Pädagogik und Therapie II**

Begutachtung • Familienrecht • Strafrecht • Schuldfähigkeit • Unterbringung • Betreuungsrecht • Glaubwürdigkeit

### **8. Frühe und tiefgreifende Bindungs- und Entwicklungsstörungen**

Bindung • Bindungsstörungen • Tiefgreifende Entwicklungsstörungen • Bindungstypen

### **9. Beziehungen unter Gleichaltrigen; Pädagogik und Therapie in Gruppen**

Neue Forschungsergebnisse • Rotenburger ambulante und stationäre Gruppenbehandlung

### **10. Sozioemotionale Störungen, Suizidalität**

Schulvermeidung • Mutismus • Angststörungen • Suizid und Suizidversuch • Ambulante Gruppentherapie „Mut proben“

### **11. Anfallserkrankungen**

Was ist ein Anfall? • Vorkommen • Ursachen • Auswirkungen • Prognose • Einteilung • Diagnostik • Differenzialdiagnostik • Pharmakotherapie • EEG

### **12. Rationale und rationelle Arbeitsorganisation**

Arbeitsbedingungen • Leitbildarbeit • AO-Strukturen • AO-Prozesse • Material für rationelle AO • Qualitätssicherung • Projektarbeit



### **13. Schwer zu bremsen sind: Impulsive Kinder mit Konzentrationschwächen**

Aufmerksamkeit • Lernformen • Störungen • Behandlung (Training, Behandlungsprogramme, Pharmakologie)

### **14. Kritische Lebensereignisse und Traumata**

Was ist ein Trauma? • Wie entsteht eine reaktive Störung? • Symptome • Störungen • Diagnostik • Behandlung

### **15. Entwicklungsverzögerung und geistige Behinderung**

Diagnostik • Die Familie geistig Behinderter • Syndrome • Rechtliche Aspekte • Behandlung • Psychopharmaka

### **16. Substanzabhängigkeit**

Vorkommen • Diagnostik • Behandlung • Alkoholabhängige Eltern • Prävention • Wirkweise der Substanzen • Rechtliche Bestimmungen

### **17. Psychopharmaka**

Grundsätze • Verhaltensstörungen und Aggressivität • Zwänge und Tics • Psychosen • Depressive und Angststörungen • Stimulanzien • Weitere Indikationen

### **18. Zwischen Auftrag und Setting: Entwicklungsarbeit mit der Familie**

Auftragsklärung • Vom Auftrag zum Setting • Setting als Bedingung und als Intervention

## Elternintegrative Arbeit in der Tagesklinik

*Georg Franke und Thomas Dirksen*

Ungeachtet der unterschiedlichen Konzeptionen oder personellen Ausstattungen in den verschiedenen kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken in Deutschland besteht doch weitgehend Einigkeit darin, dass insbesondere Tageskliniken die Mitarbeit der (biologischen und/oder soziologischen) Eltern bzw. des Familiensystems wenn nicht voraussetzen, dann doch als wesentlichen Behandlungsbaustein ansehen, damit die Behandlungen bzw. Aufenthalte der jeweiligen Kinder und Jugendlichen erfolgreich verlaufen können.

Diese Überzeugung hat auch Eingang in die Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter gefunden (siehe beispielsweise Leitlinien zu F 91 – Störung des Sozialverhaltens u.a.).

So gibt es also einen großen Konsens darüber, *dass* mit den Eltern der betreuten Kinder und Jugendlichen gearbeitet werden soll. Es gibt jedoch kein einheitliches Konzept, kann es auch nicht geben, *wie* es strukturell (Häufigkeit, Art und Weise etc.) und inhaltlich (Gespräche, Konfrontationen, Videoarbeit, Interaktionsangebote etc.) gestaltet werden soll. Dies ist weitgehend von den therapeutisch-pädagogischen Konzepten, dem Willen und der Bereitschaft, sich mit Eltern zusammen und auseinander zu setzen und anderen Faktoren wie dem Alter der betreuten Kinder oder Wohnortnähe der Eltern zur Tagesklinik abhängig und höchst individuell ausgestaltet. Ergänzend bestehen mittlerweile aufgelegte zahlreiche modulare Programme zur Psychoedukation der Generation der Beziehungs- und Erziehungsunsicheren (Triple P, PIP u.a.).

### **„Vor dem Inhalt: die Verpackung“ (Voraussetzungen)**

Elternarbeit erfordert einen ausreichenden Personalschlüssel. Grundlage dafür muss die PsychPV sein und bleiben, um diese anspruchsvolle Tätigkeit mit hinreichend qualifiziertem Personal, das auch in ausreichender Intensität für Elternarbeit zur Verfügung steht, zu gestalten. Personal kostet

Geld, ohne ausreichende finanzielle Grundlagen ist eine moderne fachgerechte kinder- und jugendpsychiatrische tagesklinische Arbeit nicht möglich. Hier gibt es, wie die aktuellen Finanzierungsgrundlagen der kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken in Deutschland zeigen (siehe auch Beitrag von Hartmut Thieme in diesem Heft) noch viel Verbesserungsbedarf.

Keine Elternarbeit *ohne* Eltern – jede noch so gut entwickelte oder ausgestattete Elternarbeit muss auch erst einmal ihre Abnehmer finden. Somit ist ein wesentlicher Bestandteil gelingender Elternarbeit eine gründliche und auf Respekt und Vertrauen aufbauende Vorbereitung mit der Familie, um deren Bereitschaft zur Mitarbeit nicht nur anfangs, sondern auch für die Dauer des Aufenthaltes zu gewinnen und zu erhalten. Da ein nicht unerheblicher Teil der die tagesklinische Behandlung in Anspruch nehmenden Familien vielfachen Belastungsfaktoren ausgesetzt ist, zum Teil nur einen verfügbaren Elternteil oder schwankende Veränderungsmotivationen aufweist, ist dies als ein erfolgskritischer Faktor einer gelingenden Elternarbeit anzusehen.

Des Weiteren muss im Vorfeld geprüft werden, inwiefern die Symptomatik bzw. das Störungsbild eine elterliche Präsenz, eine sinnvoll erscheinende Elternarbeit impliziert; manchmal kann dies gerade nicht der Fall sein, z.B. bei Autonomiebestrebungen von Jugendlichen als altersentsprechende Entwicklungsaufgabe, die möglicherweise von überprotektiven Beziehungs- und Bindungsangeboten der Eltern beeinträchtigt werden. – Hier könnte manchmal Elternarbeit in einem „weniger ist mehr“ liegen.

Es lohnt sich auch immer wieder, darüber nachzudenken, inwiefern die Sozialisation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Tagesklinik auch die Erwartungen und die Inhalte der Elternarbeit prägt, da unsere Klienten das gesamte Spektrum der gesellschaftlichen Schichten repräsentieren. Von daher sind die Angebote der Familien- und Elternarbeit auch auf diese Unterschiede hin zu konzipieren und auszugestalten.

Schließlich ist auch zu fragen, inwiefern Angebote unserer Generation trotz aller Beteuerungen, die Bedürfnisse der heutigen Kinder und Jugendlichen zu verstehen und berücksichtigen bzw. angemessen unterstützen zu wollen, noch in der Lage sind, Kindheit und Jugend im Jahr 2008 bei beschleunigten Epiprozessen tatsächlich angemessen wahrzunehmen und zu fördern. Vor diesem Hintergrund ist auch eine Familien- und Elternarbeit kritisch zu beleuchten, die möglicherweise überkommene Familienstrukturen und Vorstellungen darüber zu Grunde legt.

## Warum überhaupt Elternarbeit mit den Eltern?

Nicht erst seit dem Salutogenese-Konzept von *Antonovsky* ist bekannt, dass Familie nicht nur pathogene Aspekte beinhaltet, sondern auch Ressourcen und Resilienz-Vermittlung. Diese sind aufzuspüren und zu unterstützen. Familiäre Ressourcen finden auch in der OPD-KJ bei der Achse-„Beziehung“ als wichtiger positiver bzw. protektiver Faktor ihren Niederschlag.

Die populärwissenschaftlich aufbereiteten Erkenntnisse der Neurobiologie lehren, dass Veränderungen ungünstiger Faktoren und Verbesserungen ungünstiger Beziehungserfahrungen aufgrund der Plastizität des Gehirns als wichtigstem Sozialorgan bis ins hohe Jugendalter möglich sind und daher auch negative Beziehungserfahrungen korrigierende und verbessernde Arbeit mit und Einflussnahme auf Eltern entwicklungsunterstützend für die Kinder und Jugendlichen sein kann.

Schließlich ist es über die personale Integration von Eltern in die Arbeitsweise der Tagesklinik auch möglich, die Väter als teilweise „unbekannte Wesen“ häufiger einzubeziehen, als pessimistischen Annahmen zur Folge vermutet wurde.

Über die familiären Ressourcen von Familien bzw. familiäre Risikofaktoren für die Entwicklung von Verhaltensstörungen kann unter anderem ausführlich in der OPD KJ (2. Auflage 2007) bei der Achse Behandlungsvoraussetzungen bzw. in den einschlägigen Lehrbüchern der Kinder- und Jugendpsychiatrie (beispielsweise Herpertz-Dahlmann et al., 2008) nachgelesen werden.

## Elternintegrative Arbeit in der Tagesklinik Gelsenkirchen

Die Tagesklinik in Gelsenkirchen ist integrierter Bestandteil einer Kinderklinik und nicht mit einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung verbunden. Einer Statistik aus dem Jahr 2005 zur Folge sind Störungen des Sozialverhaltens (in Kombination mit anderen Zusatzdiagnosen) das häufigste Störungsbild neben fraglichem oder tatsächlichem AD(H)S, emotionalen Störungen, Beziehungs- und Interaktionsstörungen sowie anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern. Das Diagnosespektrum erweist sich als vergleichbar mit anderen Einrichtungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung.

**Bergmannsheil und Kinderklinik gGmbH**

**Betriebsteil KINDERKLINIK**

Adenauerallee 30, 45894 Gelsenkirchen

Telefon 0209/369-1, Telefax 0209/369-0

Ärztlicher Direktor

Dr. med. G. Lautner

## **Tagesklinik**

**für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters**

Telefon 0209/369-364, Fax 0209/369-356

### **Aufklärung und Einverständniserklärung über elternintegrativen Therapieansatz am Aufnahmetag**

Ich/Wir bin/sind über die Bausteine des elternintegrativen Therapieansatzes der kinderpsychiatrischen Station der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters umfassend aufgeklärt worden.

Ich/Wir hatte/n wurden darüber informiert, dass die aktive Teilnahme an diesen Bausteinen Voraussetzung ist, einen Therapieplatz für unser Kind zu erhalten und zu behalten.

Zu diesen Bausteinen gehören:

- einmal wöchentlich Teilnahme an der Familientherapie
- ein- bis zweimal wöchentlich Hospitation (aktiver Besuch) auf der Station, für je 3 bis 4 Std., für beide Elternteile
- einmal wöchentlich Teilnahme an der Eltern-Kind-Interaktionsgruppe oder an der Eltern-Gruppe
- 14-tägig Videoanalysetermin

Ich/Wir hatte/n Gelegenheit, mit einem Mitarbeiter/einer Mitarbeiterin in einem persönlichen Gespräch Fragen, die die oben genannte Struktur betreffen, zu erörtern. Der nichtanwesende, sorgeberechtigte Elternteil wurde von mir über das Aufklärungsgespräch informiert und ist mit den Teilnahmebedingungen einverstanden.

Folgende Nebenabsprachen wurden vereinbart:

-----  
-----  
-----  
-----

Gelsenkirchen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Volljährige/r Patient/in  
Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Ärztin/Arzt, Mitarbeiter/in,  
Psychotherapeut/in

Abb.1 Vordruck Elternpartizipation

## **Grundannahmen und Überzeugungen**

Eltern sind die ersten Beziehungs- und Erziehungspersonen. Als solche werden sie auch, sofern sorgeberechtigt, von uns von Anbeginn in die Behandlung mit einbezogen (siehe Vordruck Elternpartizipation in Abbildung 1). Viele der uns berichteten Probleme bedingen spezifische Kommunikations- und Umgangsweisen in der Familie, so dass Veränderungen auf der Problemseite notwendigerweise auch Veränderungen auf der Beziehungsebene erfordern. Daher ist eine Beteiligung der Eltern und gegebenenfalls weiterer Angehöriger in den allermeisten Fällen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unerlässlich.

Wir erleben auch wie viele andere mehr oder weniger medial sich verbreitende Experten zunehmende Beziehungs- und Erziehungsverunsicherung bei Eltern, aber auch Kindern aus verschiedenen Gründen, und sind überzeugt, dass mit den Mitteln einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik auch Eltern mehr Sicherheit im Umgang mit sich und ihren Gefühlen und somit in der Beziehungsgestaltung ihrer Kinder vermittelt werden kann.

Da jede Familie, jedes Familienmitglied trotz ähnlicher Verhaltensweisen höchst individuelle Erfahrungen und Persönlichkeitsmerkmale gemacht bzw. entwickelt hat, versuchen wir auch individuell und nicht schablonenhaft bzw. im quantitativ restringierten Gruppentraining Familien- und Elternarbeit zu konzipieren.

## **Konzept der Tagesklinik Gelsenkirchen**

Kinder werden in unserer Tagesklinik nach einem integrativen Therapiekonzept behandelt, das neben tiefenpsychologisch fundierter Einzeltherapie und einer heilpädagogischen Behandlung die Teilnahme am Kreativitätstraining, lebenspraktischem Training, an den interaktiven Stationsgruppen und den übrigen Angeboten im Rahmen der Tagesstruktur unserer Tagesklinik umfasst. Darüber hinaus werden Kinder durch Lehrer/innen unserer Krankenhausschule beschult (s. auch Beitrag von Walburga Brenk in diesem Heft).

## **Konzept Gruppe 1 (Vorschul- und Grundschul Kinder)**

Konzeptionell werden folgende Bausteine für Eltern angeboten:

- Eltern-Kind-Interaktionstraining/-diagnostik (einmal pro Woche)
- Elterngruppe (Selbsterfahrung) (einmal pro Woche)
- Hospitationen von Eltern, auch Erzieherinnen und Erziehern aus Heimeinrichtungen oder z.B. sozialpädagogischen Familienhelfern, wie auch anderen beteiligten Bindungspersonen wie z.B. Großeltern (einmal pro Woche)
- Einmal wöchentlich Familientherapie
- Beratungsgespräche für beteiligte Institutionen

Einmal pro Woche kommen zu der Visite alle beteiligten Rollenträger zusammen, um die Probleme der Kinder und die Schwierigkeiten der Eltern zu erfassen. Es werden Ressourcen der Kinder sowie der Familien erfasst, therapeutische Nah- und Fernziele festgelegt (immer in Absprache mit den primären Bindungspersonen) sowie Diagnostika festgelegt (Testpsychologie, EKG, EEG, MRT etc.). Wöchentlich werden die Maßnahmen, die zu ergreifen sind, diskutiert, aber auch deren Umsetzung überprüft. Hierbei wird Wert gelegt auf eine enge Verzahnung zwischen allen therapeutischen Bausteinen und dem videogestützten Coachen bei Interaktionsproblemen der Bezugspersonen, um durch Imitation, aber auch Anleitung zu lernen, konkrete Ziele mit den Kindern selbstwirksamkeitsfördernd einzuüben.

Dabei wird eine Diagnostik nach ICD-10 zugrunde gelegt, erst danach die Kriterien nach OPD den Rahmen der Familie berücksichtigend psychotherapeutisch umgesetzt. Insbesondere wird Wert darauf gelegt, die psychische Struktur der Eltern zu den Entwicklungsvariablen der Kinder in Beziehung zu setzen, durch Dyadendiagnostik, Übertragungsmuster, Konfliktanalyse anschließend im Stationsalltag Um- und Neuerlernen im „verdichteten“ Erfahrungsraum zu begleiten. Dabei wird sowohl die Prozess- als auch die Ergebnisqualität einer stetigen Verbesserung zugeführt. Supervision für das gesamte Team findet einmal im Monat statt. Zugrunde gelegt werden für die in einem üblichen Behandlungsrahmen von 8 bis 12 Wochen erreichbaren Ziele (gemäß OPD).

## **Konzept Gruppe 2 (Vorpubertät und Jugendliche, ab dem Alter von 11 bis 12 Jahren)**

Konzeptionell werden folgende Bausteine für Eltern angeboten:

- Elterngruppe (Selbsterfahrung) (einmal wöchentlich, 3 Termine à 90 Minuten)
- Hospitation von Eltern, gegebenenfalls Erzieherinnen und Erziehern aus Heimeinrichtungen oder anderen beteiligten Bindungspersonen wie Großeltern (ca. einmal wöchentlich für 2 bis 3 Stunden)
- Einmal wöchentlich Familientherapie
- Kunsttherapie für Eltern und Kinder (einmal oder mehrmals im Rahmen des Aufenthaltes)
- Gegebenenfalls Reflecting Team
- Gegebenenfalls Hausbesuche

Die Elterngruppe findet dreimal im Verlauf der Behandlung der Kinder an einem bestimmten Wochentag für einen Zeitraum von 1½ Stunden statt. Eingeladen werden jeweils die Eltern der behandelten Kinder und Jugendlichen. Die Gruppe wird von zwei Mitarbeitern aus dem Therapeuten- und Pflege- und Erziehungsdienst geleitet und dient der Selbsterfahrung der Eltern im Umgang mit den Kindern, aber auch Austausch der Eltern untereinander. Den Eltern sollen gegebenenfalls Materialien an die Hand gegeben werden, um sich gut informiert zu fühlen und Hemmschwellen abzubauen, an der Elterngruppe teilzunehmen. Über den Verlauf der Elterngruppen gibt es jeweils ein Feedback der Gruppenleiter an die Bezugstherapeuten und Betreuer der jeweiligen Kinder.

Die Hospitationstermine werden nach Absprache und Indikation als zwei- bis dreistündige Präsenzzeiten der Eltern oder Hauptbezugspersonen in der Tagesklinik durchgeführt (siehe Abbildung 2). Hier können verbesserte Beziehungsgestaltung unter Anleitung des Pflege- und Erziehungsdienstes, Videointeraktionsdiagnostik und –therapie, Coachen bei Interaktionsproblemen der Bezugspersonen, Erkennen und Ändern konflikthafter Kommunikationsmuster sowie konkrete Anleitungen umgesetzt werden. Die Hospitationstermine werden spezifisch von Bezugstherapeut/in und Betreuer/in umgesetzt.



# Tagesklinik

## für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Ärztlicher Leiter: Dr. Th. Dirksen

Telefon: 0209/369-364 Telefax: 0209/369-356

### Leitfaden zur Elternhospitation

Liebe Eltern,

zu unserem Behandlungskonzept gehört eine enge Zusammenarbeit mit Ihnen. Sie sind die wichtigsten Bezugspersonen für ihr Kind.

Die Hospitationstermine geben Ihnen Gelegenheit, gemeinsam mit Ihrem Kind den Tagesablauf in der Tagesklinik zu erfahren und unsere Arbeitsweise kennenzulernen.

Die wöchentlichen Hospitationstermine werden mit Therapeuten/in und Bezugsbetreuer/in vereinbart. In der Regel findet die Hospitation in der Zeit von 10.30 Uhr bis 13.30 Uhr statt. Zum gemeinsamen Mittagessen sind Sie herzlich eingeladen.

Wir möchten, dass Sie sich während der Hospitationstermine mit Ihrem Kind beschäftigen. Zur Orientierung geben wir Ihnen hier einen kurzen Überblick über den möglichen Ablauf.

Bei Fragen oder Kritik sprechen Sie uns bitte direkt an!

Das Team der Tagesklinik

#### 1. Hospitationstermin

- Begrüßung durch Bezugsbetreuer/in
- Lassen Sie sich von Ihrem Kind die Station bzw. die Abläufe des Alltags und die einzelnen Termine oder Aktivitäten in Ruhe erläutern.
- Spielen Sie gemeinsam mit Ihrem Kind oder beziehen Sie die anderen Kinder mit ein (z.B. Gesellschaftsspiele).
- Begleiten Sie ihr Kind beim gemeinsamen Mittagessen.
- Übernehmen Sie, wie Sie es gewohnt sind, die Hausaufgabenaufsicht für Ihr Kind.
- Wenn Sie mögen, gehen Sie noch mit in die Entspannungszeit.
- Abschließend führen Bezugsbetreuer/in und zuständiger Therapeut/in ein kurzes Gespräch über Ihre Erfahrungen bei der Hospitation und stehen Ihnen für Fragen zur Verfügung.

Fragen/Notizen:

## 2. Hospitationstermin

- Begrüßung durch Bezugsbetreuer/in.  
Möglichkeit zum Austausch oder Klären zwischenzeitlich aufgetretener Fragestellungen.
- Vorbereitung und Durchführung einer videogestützten gemeinsamen Aufgabe oder Spielsituation (sogenannte Interaktion) mit Ihrem Kind.
- Anschauung und gegebenenfalls Auswertung mit Bezugsbetreuer/in und Therapeut/in (unter Schweigepflichtbedingungen).
- Wenn es die Zeit zulässt, nehmen Sie am Mittagessen und den weiteren Aktivitäten, wie beim ersten Hospitationstermin, teil.

Fragen und Notizen:

Die weiteren Hospitationstermine werden individuell vereinbart und werden Ihnen nun sicher zum selbstverständlichen Bestandteil der Behandlung Ihres Kindes in der Tagesklinik.

Abb. 2 Leitfaden zur Elternhospitation

Die kunsttherapeutischen Angebote für die gesamte Familie werden von einer ausgebildeten Kunsttherapeutin nach Absprache mit Therapeuten und Bezugsbetreuer angeboten, um einerseits kreative gemeinsame Gestaltungsräume zu fördern, aber auch um bei sprachlichen Limitationen beim Ausdruck von bewussten/unbewussten Ressourcen und Konflikten mittels kreativer Darstellungstechniken größere Ausdrucks- und Verständnismöglichkeiten anzubieten (Farbe, Ton, Gips, Holz u.a.).

Schließlich werden sogenannte Reflecting Teams im Beisein der Eltern mit der Möglichkeit eines anschließenden Gesprächs über die besprochenen Inhalte mit den Bezugstherapeuten und –betreuer sowie gegebenenfalls Hausbesuche bei Schwierigkeiten der Eltern, an den vereinbarten Terminen teilzunehmen, angeboten, um das Interesse an einer gemeinsamen kontinuierlichen Zusammenarbeit zu signalisieren.

Insgesamt wird die hier dargestellte Elternarbeit nicht streng nach den Elementen pädagogischer und therapeutischer Arbeit getrennt, sondern hier greifen die verschiedenen Berufsgruppenarbeitsfelder ineinander.

Trotz der zum Teil mehrere Stunden erfordernden Präsenz pro Woche sind die allermeisten Eltern (Mütter *und* Väter) in der Lage, diese anspruchsvollen Erwartungen an ihre Beteiligung zu erfüllen.

Dies erfordert allerdings immer wieder ein hohes Maß von Austausch im Team, Absprachensicherheit, mindestens einmal monatliche Teamsupervi-

sionen sowie Fehlerfreundlichkeit und auch Wechsel von Bezugsrahmen, wenn die anstrengende Beziehungsarbeit den ein oder anderen therapeutischen oder pädagogischen Mitarbeiter einmal zu erdrücken droht. Mehr als die Grundkonzeption der Elternarbeit und ihre Kernelemente zu skizzieren, kann ein Überblickartikel nicht leisten. Bei Interesse besteht die Möglichkeit, sich vor Ort ein Bild von der Arbeit zu machen.

### **Literatur**

*Arbeitskreis OPD-KJ; Bürgin, D., Resch, F., Schulte-Markwort, M.* (Hg.) (2007) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual. 2., überarb. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag

*Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A.* (Hg.) (2008) Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. 2., überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer

### **Adresse des Autors:**

Dr. med. Thomas Dirksen

Ärztlicher Leiter

der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie

Kinder- und Jugendklinik Gelsenkirchen

Adenauerallee 30

45894 Gelsenkirchen

Tel.: 02 09/369-364

Fax: 02 09/369-356

Email: [thomas.dirksen@bergmannsheil-buer.de](mailto:thomas.dirksen@bergmannsheil-buer.de)

## **Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Hausbesuche fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien**

*Jochen Gehrman, Gamal Abedi, Markus Schwarz,  
Jan Finbar Wolf, Elke Boida, Thomas Rellum,  
Uta Fies, Rita Schwahn und Maike Pellarin*

### **Zusammenfassung**

Während einer tagesklinischen Behandlung verbleibt das Kind bzw. der Jugendliche in seinem gewohnten familiären, schulischen und persönlichen Kontext. Reguläre Hausbesuche durch den Bezugsbetreuer fördern verlässliche Bindungen und integrieren so die Familie rascher in den Behandlungsprozess. Sie sind ressourcenorientiert und bieten der Familie wertschätzend die Möglichkeit eines Austauschs im sicheren Terrain ihres Zuhauses, in dem die Familie der Gastgeber und die Bezugsperson der Gast ist. Das therapeutische Team erlebt die Familie authentischer und gewinnt so 'live' Verständnis für die Lebens- und Wohnsituation der Familie und Einblicke in die Familiendynamik. Diese Chancen wiegen den nicht zu unterschätzenden logistischen und personellen Aufwand regelmäßiger Hausbesuche auf. Hausbesuche könnten sich durchaus auch zu einem 'Goldstandard' einer familienorientierten tagesklinischen Arbeit entwickeln.

### **Einleitung**

Berichten wir über die regulären Hausbesuche in unserer Tagesklinik, so ernten wir unterschiedliche Resonanzen, die von Erstaunen, Neugierde, anerkennendem Interesse, Irritation („wie schafft ihr das personell?“) bis hin zu Skepsis („wollen die Familien das überhaupt?“ – „geht das nicht ein wenig zu weit?“) reichen. Andererseits ist unstrittig – wenn auch über das reguläre Gesundheitssystem *de facto* meist nicht explizit finanziert – dass 'home treatment', d.h. eine enge Einbeziehung der Familie, effektiv und auch nachhaltig ist (Schmidt et al., 2006). Im ambulanten Rahmen ist insbesondere die Effektivität aufsuchender Behandlung für Kinder bzw. Ju-

gendliche mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen gezeigt worden (Göpel et al., 1996). So umfasste auch die Mannheimer Risikokinderstudie regelmäßig Hausbesuche. Über Hausbesuche als verlässliche Behandlungsinstrumente gibt es im Bereich der ambulanten bzw. tagesklinischen Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie Erfahrungsberichte (Söhnchen, 2000; Stoffels und Kruse, 1996; Stoffels, 1988). Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Hausbesuche selbstverständlich seit langem durchgeführt; jedoch wird nach unserer Recherche vergleichsweise selten darüber berichtet.

Hausbesuche sind eine Herausforderung. Auf den Schutz, die Orientierung und auch eindeutige Rollenzuweisung der (Tages)klinik zu verzichten, bedeutet gerade auch für noch wenig Praxis erfahrene MitarbeiterInnen eine nicht zu unterschätzende Entwicklungsaufgabe, zumal der Ablauf von Hausbesuchen oft schwer plan- bzw. vorhersehbar ist. Der professionelle Besucher genießt ein Gastrecht, das ihm Schutz und Aufmerksamkeit zubilligt, ihn aber auch verpflichtet, sich nicht aufzudrängen, sondern behutsam und feinfühlig vorzugehen (Söhnchen, 2000). Umgekehrt gewinnt die Familie als Gastgeber mehr Sicherheit und Unbefangenheit, weil sie auf ihrem vertrauten, persönlichen Terrain agiert. Die Familie begegnet dem professionellen Besucher sicherer in ihren eigenen vier Wänden, d.h. auf ihrem vertrauten Terrain, und kann so – auch auf der Beziehungsebene – authentischer erlebt werden.

### **Grundprinzipien der Behandlung: Bindung, Ressourcen, Verantwortung**

Der Aufbau verlässlicher Bindung ist ein therapeutisches Grundprinzip (Stern, 1993; Prankel, 2005). Unser tagesklinisches Behandlungskonzept betont die Grundprinzipien „Bindung, Ressourcen und Verantwortung“ des Rotenburger Entwicklungsmodells (Prankel & Gehrman, 2004; Prankel, 2005). Tagesklinisch arbeiten wir auf zwei diagnosegemischten, altersdifferenzierten (4-12 und 12 bis 17 1/2 Jahre) Stationen weitgehend mit konstanten Behandlungsgruppen, d.h. die Kinder bzw. Jugendlichen werden geplant in homogenen Kleingruppen aufgenommen und auch gemeinsam entlassen (Gehrman et al., 2006). Dieser Ansatz zielt darauf ab, den Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern Sicherheit und Geborgenheit im Rahmen einer kontinuierlichen Behandlungsgruppe zu geben und häufige Wechsel der Bezugssysteme bzw. –personen während der Behandlung möglichst zu minimieren. Fünf bis sechs Kinder bzw. Jugendliche (d.h. jeweils zwei Gruppen pro Station) werden über acht bis zwölf Wochen in ei-

ner festen Gruppe tagesklinisch behandelt. Ein Bezugspflegesystem fördert die Bindung der Familie an das therapeutische Team. Die Stellenbesetzung orientiert sich grundsätzlich an den Vorgaben der Psychiatrie Personalverordnung (Kruse und Kallenbach, 1996), (d.h. aktuell *pro* Station mit 4,0 Stellen im Pflege- und Erziehungsdienst, 2,0 Stellen Arzt bzw. Psychologe, 0,5 Stelle Ergotherapeutin und noch weitere Stellenanteile für Sozialarbeit, Musik-, Bewegungs- bzw. Kunsttherapie, ErzieherInnen im Anerkennungsjahr und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutenInnen im klinischen Jahr), bei einer Auslastung von durchschnittlich 110%, d.h. 11 bis manchmal sogar 12 PatientenInnen pro Station. Weitere Unterstützung erfahren wir regelmäßig durch den Einsatz von PraktikantInnen, die bis zu sechs Monaten bei uns beschäftigt sind. Wir behandeln tagesklinisch Kinder und Jugendlichen mit einem breiten Spektrum psychischer Auffälligkeiten, d.h. letztendlich alle relevanten Störungsbilder mit Ausnahme von akut psychotischen Jugendlichen, Jugendlichen mit akuter Eigen- und Fremdgefährdung, schwerer geistiger Behinderung oder schwer kontrollierbarer Suchterkrankung. Der Anteil psychisch kranker Eltern ist hoch: etwa ein Drittel der Eltern ist – anhand der vorläufigen Ergebnisse einer dreimonatigen Stichprobenerhebung (im Rahmen eines Modellprojektes des Landes Rheinland-Pfalz unter der Ägide von Herrn Bernhard Scholten, Frau Dr. Julia Kuschnereit und Frau Claudia Porr (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen) und des Instituts für sozialmedizinische Forschung in Mainz (Frau Elisabeth Schmutz) psychisch krank, wobei uns die `offizielle` psychiatrische Diagnose nur bei etwa 40% der Eltern bekannt ist. Auch hier fördern Hausbesuche die Bindung an hochgradig skeptische bis misstrauisch-eher abwehrende Eltern, unterstützen die Compliance hoch ambivalenter Eltern.

Tagesklinik bedeutet stets, die Familie möglichst eng in die Behandlung mit einzubeziehen und das Kind bzw. den Jugendlichen in seinem gewohnten familiären, schulischen und persönlichen Kontext zu behandeln (Finsen, 2003; Eikermann und Reker, 2004; Scholz et al., 2002). Hausbesuche durch den Bezugsbetreuer in der Regel innerhalb der ersten beiden Behandlungswochen sind ein integraler Bestandteil unseres Konzeptes. Sie helfen, die familiären Rahmenbedingungen einschließlich der Familiendynamik und Wohnsituation besser zu verstehen. Hausbesuche bieten der Familie auch wertschätzend die Möglichkeit eines Austauschs im sicheren Terrain ihres Zuhauses, in dem *wir* dann *die Gäste* sind. Sind Kinder bzw. Jugendliche außerhäuslich untergebracht, können Hausbesuche alternativ auch in einer Wohngruppe bzw. in der Pflegefamilie stattfinden.

## ‘Philosophie’ von Hausbesuchen

Die Praxis von Hausbesuchen innerhalb der psychiatrischen Versorgung lässt sich früh belegen. So wurde sie 1884 im rasch expandierenden, industrialisierten Berlin des 19. Jahrhunderts als Familienpflege etabliert. *Quasi* als Vorläufer der heutigen sozialpsychiatrischen Arbeit wurde nach dem 1. Weltkrieg die sog. ‘offene Irrenfürsorge’ als aufsuchende psychiatrische Hilfe konzipiert. *Gustav Kolb* (1870 bis 1938) führte dann die psychiatrische *Familienpflege* ein und baute in Erlangen ein System der offenen, gemeindenahen psychiatrischen ‘Fürsorge’ auf (Böcker, 1985). Dazu gehörte die berufliche und soziale Wiedereingliederung der aus den Anstalten entlassenen Patienten mittels aufsuchender Hilfen. *Kolb* formulierte als Anforderung an einen psychiatrischen Hausbesuch u.a., dass (1.) sichergestellt sein sollte, dass sie nicht dem Ruf und Zustand des Patienten schaden, (2.) der „Hausbesucher“ bereit sein sollte, in kleinen Schritten behutsam vorzugehen und (3.) er als Arzt und Berater, *nicht* aber als Beamter bzw. Kontrolleur, auftreten sollte. Dies illustriert das Spannungsfeld zwischen wertschätzend-fördernder Arbeit im Lebensumfeld der Betroffenen und kustodialen Schutz, zeigt aber auch den Interventionsbedarf bei einer Gefährdung des Wohls der Klienten. Auch in der *Marlborough-Familien-Tagesklinik* in London, die als ein bedeutsames Modell für weitere ambulante und teilstationäre Entwicklungen dient, werden die Familien eng durch Hospitationen und eben auch Hausbesuche in die Behandlung einbezogen (Asen, 1992). Die Kinder und Jugendlichen sollten so in ihrem sozialen Umfeld integriert bleiben. Eine aufsuchende, multisystemische Therapie hat sich insbesondere für die Behandlung von Familien mit kumulierten psychosozialen Risiken als effektiv, wenn auch ressourcenaufwendig erwiesen (Henggeler et al., 1999, 2003). In einem ‘continuum of care’, d.h. mit ambulanten, teil- und vollstationären Behandlungsangeboten, können Hausbesuche ferner die poststationäre Behandlung effektiv unterstützen, stationäre Wiederaufnahmen bzw. stationäre Kriseninterventionen vermeiden und dadurch möglichen regressiven bzw. Hospitalisierungstendenzen entgegenwirken (Bickmann et al., 1996; Winsberg et al., 1980). Aufsuchende Hilfen beziehen sich dabei auf den Lebensschwerpunkt des Kindes bzw. Jugendlichen, d.h. auf die Familie (ggf. auch unter Einbeziehung des Haushalts eines getrennt lebenden Elternteils) bzw. eine teil- oder vollstationäre Jugendhilfeeinrichtung (Swenson & Henggeler, 2005).

Im ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich sind regelmäßige Hausbesuche etabliert, so im Bereich von Praxen, sozialpädiatrischen

Zentren, Fachtherapiepraxen, sozialpsychiatrischen Diensten, Beratungs- (auch Suchtberatungs)stellen und Institutsambulanzen. Im teil- oder vollstationären Bereich sind sie aber eher noch die Ausnahme als die Regel. In (Familien)tageskliniken sind sie meist etabliert. Mit dem Aufbau der Tagesklinik in Ludwigshafen haben wir die letztendlich aus der Klinik in Rotenburg (Wümme) (Chefarzt Dr. med. Dipl.-Psych. Bernhard Prankel) bewährte Praxis regulärer Hausbesuche im tagesklinischen Bereich von Anfang an erfolgreich fortgesetzt.

### **Ablauforganisation der Hausbesuche**

Artikel 13 des Grundgesetzes lautet: „die Wohnung ist unverletzlich.“ Diesen Schutzraum zu betreten, erfolgt naturgemäß in einem Spannungsfeld zwischen aufsuchender, ressourcen-orientierter Unterstützung und immanent drohender Grenzüberschreitung, letztendlich genauso so, wie auch z.B. eine Injektion eine geduldete, hoffentlich segensreiche, ggf. sogar lebensrettende `Körperverletzung` darstellt (Söhnchen, 2000). Die Grundhaltung bei einem Hausbesuch ist eine wertschätzende und den persönlichen Lebensstil respektierende Haltung. Die Besuchsperson sollte sich zunächst zurückhalten und dabei vermeiden, ihre eigenen Ansprüche an Hygiene und Wohnqualität ungeprüft zu übertragen.

Bereits in der *Ambulanz* und in jedem Fall während des Überleitungsgeprächs (d.h. von der Ambulanz in die Tagesklinik) thematisiert der *Case-manager* inhaltlich den Hausbesuch mit der Familie. Als Grundhaltung gilt, dass die *Familie* die Bezugsperson einlädt. Die Eltern bestimmen, ob und wie sie diese Möglichkeit wahrnehmen. *Die Familie ist der Gastgeber und die Bezugsperson der Gast.* Der Hausbesuch dient dazu, die Familie besser einzubeziehen, möglichst viele Familienmitglieder besser kennen zu lernen.

Der Hausbesuch ist selbstverständlich freiwillig. Die tagesklinische Behandlung erfolgt grundsätzlich unabhängig davon, ob die Familie unser Angebot akzeptiert oder nicht. Diese offene Grundhaltung erleichtert es vielen Eltern, uns ohne größere Vorbehalte in ihr Heim einzuladen. Es ist uns ein wichtiges Anliegen, das Kind bzw. den Jugendlichen und seine Familie in seinem Lebensumfeld kennen zu lernen. In den ersten Behandlungstagen, häufig am Ende des Aufnahmerituals in der Tagesklinikbehandlungsgruppe, vereinbart die Bezugsperson den Hausbesuch mit der Familie. Im Alltag gestaltet sich die Vorbereitung eines Hausbesuches wenig kritisch, erfordert aber Feinfühligkeit. Wir bemühen uns, evtl. Bedenken, Vorbehalte oder Hemmungen, die sich in der Regel auf Ängste vor



Kontrolle und Überwachung beziehen („Wir haben nichts zu verbergen?“ „Wollen Sie schauen, ob es bei uns sauber ist?“) dadurch zu zerstreuen, dass wir betonen, dass es gerade *nicht* darum geht, zum Beispiel eine Art von `Putzkontrolle` auszuüben, sondern dass wir der Familie, die mit ihrem Kind in unserer Tagesklinik täglich zu Gast ist, einen freundlichen Gegenbesuch in ihrem Heim anbieten. Wir betonen den wertschätzenden Aspekt, verhehlen aber auch nicht unser Interesse, die Lebenswirklichkeit, das Wohnumfeld und auch möglichst alle Familienmitglieder vor Ort kennen zu lernen. Die Familien sollte motiviert werden, ohne sich gedrängt zu fühlen. Auffallend ist, dass gerade jüngere Kinder durchaus auch stolz darauf sind, uns ihr Zuhause zu zeigen. Wenn die Familie dies aber *partout* nicht wünscht, akzeptieren wir diesen Wunsch, was in den letzten zwei Jahren letztendlich erst in wenigen Einzelfällen geschehen ist. Der Hausbesuch findet in der Regel innerhalb der ersten drei Behandlungswochen statt. Er sollte nicht wesentlich später stattfinden, da er ein wichtiges Instrument für eine frühe Behandlungs(weiter)planung darstellt. Die Hausbesuche finden in der Regel nachmittags statt. Beide Elternteile und möglichst auch die Geschwister sind anwesend. Der Bezugsbetreuer fährt in der Regel am späten Nachmittag mit dem Kind bzw. Jugendlichen nach Hause. Die Mitfahrt im eigenen PKW ist über die Haftpflichtversicherung des Krankenhauses abgesichert. Unser Einzugsgebiet innerhalb der Tagesklinik hat einen Radius etwa bis zu 40 km. Da die meisten Familien aus der Stadt Ludwigshafen, der Stadt Frankenthal, der Stadt Speyer und dem Rhein-Pfalz-Kreis kommen, d.h. aus einem Umkreis von bis zu 20 km, sind die Anfahrtswege noch relativ kurz.

Zu Beginn ist ein `Joining` wichtig, d.h. Bezugsperson und Familie setzen sich - in der Regel im Wohnzimmer - zusammen, kommen – meist bei einem angebotenen Getränk (manche Familien, gerade z.B. türkische Familien geben ihrer Gastfreundschaft unaufgefordert durch ein kleines Gastmahl Ausdruck) – so ins Gespräch. Die Bezugsperson erhebt dann anhand von Fragechecklisten und eigenen individuellen Beobachtungen während des Hausbesuchs eine Erziehungsanamnese. Dies erfolgt ressourcenorientiert zu den Themen: Beschäftigung, Sprechen, Kontaktgestaltung, Integration in die Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe, Eigenmotivation, Wissen, Neugierde, Lerntechniken, Hausaufgaben, Freizeitinteressen, psychosexuelle Entwicklung, Rollen als Junge oder Mädchen, Atmung, Schlafen, Sauberkeitsentwicklung, Bewegung. Die anamnestischen Daten und die während der Behandlung erhobenen Befunde bzw. Beobachtungen fließen unmittelbar in den Ressourcenstatus entsprechend dem Rotenburger Behandlungsschema ein (Prankel & Gehrman, 2004; Prankel, 2005). Die Bezugsperson lernt darüber hinaus die Wohnverhältnisse und das kon-

krete Lebensumfeld des Kindes bzw. Jugendlichen kennen. Das Kind bzw. der Jugendliche lädt die Bezugsperson am Ende meist auch in sein Zimmer ein, zeigt Spielzeuge, Arbeitsplatz, ggf. auch Haustiere. Der Hausbesuch dauert in der Regel anderthalb bis zwei Stunden. In der folgenden Intervention in der Tagesklinik wird der Hausbesuch ausgewertet, die persönlichen Eindrücke besprochen und mögliche Konsequenzen für die Behandlungsplanung bzw. –ziele gemeinsam im therapeutischen Team gezogen.

### **Besondere Herausforderungen: anonymisierte Beispiele aus dem Alltag von Hausbesuchen in der Tagesklinik**

Nicht immer gestalten sich Hausbesuche geplant und in Ruhe, sondern mitunter verlaufen sie `stürmisch`, erfolgen als Kriseninterventionen und haben unmittelbare Handlungskonsequenzen. Neben mitunter unübersehbaren Risiken liegt der Blick bei den Hausbesuchen aber stets auf den *Ressourcen* der Familien. Die u.g. anonymisierten Fallbeispiele mögen unsere Erfahrungen illustrieren, dass Hausbesuche einen authentischen Zugang zu den Lebenswelten der behandelten Kinder, Jugendlichen und ihren Eltern ermöglichen, was dann handlungsweisend sein kann, Entwicklungsaufgaben der Eltern bzw. Kinder präzisiert.

#### *Überforderte Eltern*

Der achtjährige Knabe wurde ambulant vorgestellt, weil er nicht still sitzen könne, im Unterricht `blockiere`, häufig dazwischen rede, seine Hausaufgaben nicht schaffe, plötzlich anfange im Unterricht Lieder zu singen. Ältere Kinder würden ihn als „Dummkopf“ hänseln; in seiner Klasse sei er in einer Außenseiterrolle. Seit seiner Einschulung nässe er nachts wieder ein. Er beschimpfe sich mitunter selber als „Dummkopf.“ Ferner handelte es sich um eine Lernbehinderung (Gesamt-IQ von 83 im HAWIK-III, Verbalteil von 88 und Handlungsteil von 81). Das Kind lebt mit beiden Eltern und zwei gesunden Brüdern (allerdings mit motorischen bzw. sprachlichen Entwicklungsverzögerungen) in einem Haushalt. Die Mutter sei als Bankkauffrau in Teilzeit berufstätig, leide unter Depressionen und Bluthochdruck. Der Vater, gelernter KFZ-Mechaniker, sei Hausmann und arbeite an drei Wochentagen als Aushilfe in einem Getränkehandel. Noch während der prästationären Phase wirkten die Eltern bemüht, aber überfordert. Das Kind fiel auf Station als hygienisch eher ungepflegt auf (Körpergeruch, Schmutzränder unter den Nägeln, seltener Kleidungswechsel, etc.). Der Vater reagierte bei der Vereinbarung des Hausbesuchs hektisch und

„geschockt.“ Beim Hausbesuch stellten sich hygienisch desolate Verhältnisse dar; die Überforderung der Eltern mit der Haushaltsführung wurde unübersehbar.

Die Wohnung wirkte insgesamt unaufgeräumt und ungepflegt: überall lagen Sachen verstreut, der Boden schien schon sehr lange Zeit nicht mehr gereinigt worden zu sein. Die Geschwisterkinder liefen barfußig umher.

Im Gespräch mit den Eltern mischte sich auffallend häufig die jüngere Schwester ein, fiel den Eltern laufend ins Wort. Die Eltern erschienen kaum in der Lage, sich ihr gegenüber wirklich durchsetzen zu wollen oder auch zu können. Auf Nachfrage äußerte der Vater, er wolle das Vertrauen der Kinder nicht zerstören, er und seine Frau wollten für die Kinder nicht nur Eltern sondern in erster Linie ihre „besten Freunde“ sein. Laut den Eltern würden alle drei Kindern nach vorangegangenen Konfliktsituationen nachts einnässen. Die Kinder seien für ihre Körperpflege weitgehend alleine verantwortlich. Im Flur bzw. im Treppenhaus fiel ein Schmutzwäscheberg auf, der die Größe eines Kleinwagens hatte. Der Boden war ebenfalls stark verschmutzt. Das Kinderzimmer war eng und spärlich möbliert. Es wurde durch einen älteren Heizofen beheizt. Das Bett hatte keine Bettwäsche, nur die Matratze des Bettes, welche mit Einnässflecken verschmutzt war. Im Zimmer roch es nach Urin. Als sich die Bezugsperson im Badezimmer die Hände waschen wollte, wirkte das Badezimmer ebenfalls unaufgeräumt und schmutzig. Beide Eltern wirkten mit ihrer Haushaltsführung und der Erziehung der drei Kinder überfordert.

Wir empfahlen den Sorgeberechtigten, einen Antrag auf Hilfe zur Erziehung zu stellen. Zeitnah nach Entlassung wurde eine sozialpädagogische Familienhilfe implementiert. Nach einer sonderpädagogischen Begutachtung wechselte das Kind ferner auf eine Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Lernen und hat dort wesentlich mehr Erfolgserlebnisse. Der bisherige Verlauf gestaltet sich positiv. Die Jugendhilfeempfehlungen wurden zeitnah umgesetzt.

### *Ängste aus dem Internet*

Der achtjährige Knabe wurde wegen Trennungsängstlichkeit und Schulvermeidung in der 2. Grundschulklasse vorgestellt. Nur in Begleitung besuche er widerwillig noch die Schule. Nachmittags verlasse er ungerne das Haus und klammere sich aus Sorge, ihr könne etwas zustoßen, an seine Mutter. Auch habe er multiple Ängste entwickelt, so vor verschlossenen Türen, zu unbekanntenen Personen („fremden Männern“) ins Auto zu steigen, entführt zu werden oder dass seinen Eltern etwas zustoßen könnte. Er

lebe in einem Haushalt mit seinen Eltern und seinem geistig behinderten Halbbruder. Die Eltern betrieben selbständig ein Einzelhandelsgeschäft.

Als das Kind im Anschluss an das Erziehungsanamnesegespräch mit seinen Eltern seinem Bezugsbetreuer das Haus zeigt, erzählte er, dass er im Zimmer einen Computer habe, auf dem er auch Musik mache. Aus Interesse an dieser Technik bat der Bezugsbetreuer ihm nicht nur den Computer zu zeigen, sondern diesen auch anzuschalten und die Musik vorzuspielen. Kaum war der Computer hochgefahren, öffnete sich das Fenster eines Online-Chats, in dem mehrere Chat-Buddys als online gekennzeichnet waren. Die Mutter wusste weder, was ein Chat ist; noch wer diese Chatfreunde waren.

Wir besprachen mit den Eltern die Notwendigkeit, den Medienkonsum ihres Sohnes nicht nur auf maximal eine Stunde am Tag zu begrenzen, sondern auch genau auf die Inhalte zu achten. Das Kind hat keinen Internetzugang mehr. Im weiteren tagesklinischen Verlauf reagierte das Kind sozial sicherer, zeigte deutlich weniger trennungsängstliche bzw. phobisch-vermeidende Reaktionen und besucht die Heimatschule inzwischen regelmäßig. Die Eltern gewannen an Erziehungskompetenz, sind an eine Selbsthilfegruppe angebunden.

### *Wenn der Strom abgeschaltet wird ...*

Das elfjährige Mädchen habe zuletzt fast durchgängig in der Schule gefehlt (beginnend in der 2. Grundschulklasse; die 4. Klasse habe sie praktisch nicht besucht), bleibe lieber zu Hause, auch aus Sorge um die Gesundheit ihres Vaters. Sie leide unter diversen Ängsten, so vor Dunkelheit, rufe nachts im Schlaf nach ihrer verstorbenen Mutter. Die gesamte Familie sei sozial isoliert. Das Kind lebe in einem Haushalt mit ihrem alkoholkranken, gehbehinderten und körperlich gebrechlichen Vater und drei älteren Geschwistern (beide Brüder seien arbeitslos und die Schwester arbeite in einer Gaststätte). Die Mutter sei 2001 an einer Karzinomerkrankung verstorben. Seit einigen Monaten sei – auch als schulische Integrationshilfe gedacht – eine sozialpädagogische Familienhilfe implementiert.

Bei einem Hausbesuch innerhalb der ersten Behandlungswoche im Winter fand der Bezugsbetreuer eine zwar aufgeräumte, aber nicht beleuchtete und nicht beheizte Etagenwohnung vor. Laut Vater seien Strom und Wasser abgeschaltet, da er mit etwa 1700,-€ bei den Stadtwerken in Zahlungsrückstand sei. Das Gespräch fand dann in der mit einer Kerze spärlich beleuchteten Küche statt. Warmes Wasser war nicht vorhanden. Die Heizung funktionierte nicht. Der Vater sei außer Stande, seine Zahlungsrückstände zu begleichen, so dass nicht absehbar sei, wann der Haushalt wieder Strom

und Wasser beziehen könne und geheizt werden könne. Um noch warme Mahlzeiten kochen zu können, benutze die Familie einen Gaskocher. Inwieweit die Benutzung eines solchen Gaskochers seitens der Wohnungsgesellschaft in dem Mehrfamilienhaus gestattet war, blieb fraglich.

Das Mädchen wurde einvernehmlich außerhäuslich in einem Kinder- und Jugendwohnheim untergebracht, wo es aktuell noch wohnt. Es besucht regelmäßig eine Hauptschule mittlerweile mit der Option auf Erlangung eines Realschulabschlusses. Der Vater konnte zu einer stationären Entgiftung und anschließenden Langzeittherapie motiviert werden, ist seit mehreren Monaten abstinent und besucht regelmäßig seine Tochter bzw. diese auch ihn.

### *Zwei Türschilder*

Das zehnjährige Mädchen wurde erstmalig ambulant durch ihre Mutter vorgestellt. Schon als Kleinkind sei sie sehr unruhig gewesen, esse wenig und sei chronisch untergewichtig (ohne dass eine körperliche Ursache auch bei Untersuchungen zuletzt stationär 2005 in einer Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie habe festgestellt werden können) (die Eltern hätten diese stationäre Behandlung auch vorzeitig wegen „mangelnden Erfolgs“ beendet). Sie vergesse viel, sei „schlecht organisiert“, habe einen „chaotischen“ Arbeitsstil und Schwierigkeiten, sich in der Schule und bei den Hausaufgaben zu konzentrieren. Nachdem die Medikamente abgesetzt worden seien, seien ihre Schulleistungen deutlich abgesackt. Das Mädchen erzähle oft die Unwahrheit, reagiere oppositionell, schreie rasch und versuche, Erwachsene gegeneinander auszuspielen. Sie wolle gerne „im Mittelpunkt“ stehen, leide unter starken Stimmungsschwankungen. Die Eltern hätten sich getrennt. Das Mädchen lebte anfänglich in einem Haushalt mit ihrer berufstätigen Mutter, ihrem ebenfalls berufstätigem Stiefvater und ihrem fünfjährigen Halbbruder (Frühgeburt der 27. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von 500 g). Zu ihrem wiederverheirateten leiblichen Vater hatte sie unregelmäßig an Wochenenden Besuchskontakte. Die Mutter legte den Schwerpunkt ihrer Behandlungsanfrage auf die Überprüfung einer Stimulanzienmedikation, woraufhin wir eine Doppel-Blind-Methylphenidat/Placebo-Erprobung vorschlugen. Um die zugrunde liegende Familiendynamik besser zu erfassen, führte bereits der ambulante Casemanager nach wenigen ambulanten Terminen einen Hausbesuch bei der Familie durch.

Auffällig war schon zu Beginn, dass der Name des Kindes auf dem Türklingelschild nicht direkt bei den anderen Namen der Familie stand. So waren die Namen der übrigen Familienmitglieder direkt untereinander ge-

schrieben und erst mit auffälligem Abstand war der Name des Kindes zu lesen. Die Familie wohnte in einem Reihenhaushaus mit großem Garten. Während des ganzen Gesprächs wurde über die aussichtlosen Versuche der Mutter, das Kind „in den Griff zu bekommen“ gesprochen. Sie würde die Familie völlig „auf trapp“ halten und man müsse sich ständig um sie Gedanken machen, dass sie nicht wieder etwas anstellen würde. Die Mutter könne nicht einmal ihren Geldbeutel in ihrer Tasche unbeaufsichtigt lassen, da sich ihre Tochter schon des öfteren eigenmächtig daraus bedient habe. Sie wissen nicht mehr, was sie noch (erzieherisch) ‚ausprobieren‘ sollten. Der ständige Ärger mit ihrer Tochter zerre an den Nerven der ganzen Familie. Das Mädchen war bei dem gesamten Gespräch anwesend und wirkte bei den Äußerungen der Mutter und des Stiefvaters sehr bedrückt. Sie verhielt sich während des Hausbesuches weitgehend sozial angemessen, eher vorsichtig und zurückhaltend. Der jüngere Halbbruder saß die ganze Zeit auf dem Schoß seines Vaters. Das Mädchen wirkte in dieser Runde alleine und versuchte ein paar Mal den Äußerungen der Eltern zu widersprechen und fing an zu diskutieren. Wir gewannen den Eindruck, dass sich das Mädchen in einer Sündenbockrolle innerhalb der Familie befand. Zu einer angebotenen tagesklinischen Behandlung konnte sich die Familie zunächst nicht entschließen.

Nach einer Trennung der Mutter von ihrem Partner (d.h. dem Stiefvater) brach auch ambulant für einige Monate unser Kontakt zu der Familie ab. Später meldete sich die Mutter wegen eskalierender häuslicher Konflikte wieder und das Mädchen wurde tagesklinisch aufgenommen. Im tagesklinischen Verlauf wurde die isolierte (Sündenbock-)Rolle des Mädchens deutlich. Das Mädchen gewann aber vorübergehend an emotionaler Stabilität. Die Mutter konnte nicht dazu bewegt werden, ihre gegenüber dem Kind ablehnende Haltung wesentlich abzubauen. Externe komplementäre Hilfsangebote, so der einer sozialpädagogischen Familienhilfe, lehnte sie ab. Die weitere psychische und soziale Entwicklung des Kindes hat sich nicht verschlimmert, aber auch nicht wesentlich verbessert. Die ambulanten Kontakte nimmt die Familie eher sporadisch wahr.

*„Phom/Chan ju ban phom/chan ben dschau nai“  
(Thailändisch, bedeutet sinngemäß „in meinem Haus bin ich der Boss“)*

Der elfjährige thailändische Junge wurde von seiner thailändischen Mutter und seinem deutschen Stiefvater vorgestellt, weil er sich in der Schule völlig unangemessen anderen Kindern und Lehrern gegenüber verhalte: Er „ecke“ schnell an, verhalte sich impulsiv und unbeherrscht, wodurch es dann rasch zu Streitereien komme. Er befolge oft die schulischen Regeln nicht,

vergreife sich im Ton gegenüber den Lehrern, ohne dass dabei eine bösar-tige Absicht erkennbar sei. Mittlerweile habe er gar keine Lust mehr auf Schule, laut eigenen Angaben werde er wegen seines Aussehens und seiner thailändischen Herkunft oft gehänselt (z.B. "Pavian"), könne sich hierbei nicht angemessen wehren. Anfangs sei er beliebt gewesen bei den Mit-schülern, mittlerweile habe er sich selbst alles „verbaut“: Er habe in der letzten Zeit auch schon Strafarbeiten verschwiegen, habe einmal die Unter-schrift seiner Mutter gefälscht. Er könne sich schlecht im Unterricht kon-zentrieren. Die Heftführung sei "katastrophal", auch zuhause müsse man ihm alles hundertfach sagen. Die ersten fünf Lebensjahre sei er bei seinen leiblichen Eltern in Thailand aufgewachsen, die sich getrennt hätten, als er drei Jahre alt gewesen sei. Die nächsten beiden Jahre sei er häufig auch durch Verwandte seiner Mutter betreut worden. 2001 sei er mit seiner Mut-ter zu deren neuem Ehemann nach Deutschland übersiedelt.

In der Tagesklinik wurden die zahlreichen individuellen Ressourcen des Kindes rasch deutlich. Die Mutter erlebten wir in der Tagesklinik zunächst durchweg als nicht nur extrem zurückhaltend, sondern auch gegenüber dem Kind erzieherisch schwach. Beim Hausbesuch trat sie hingegen als ei-ne sichere, gewandte Gastgeberin auf, die offen Kontakt aufnahm und das Kind erzieherisch sicher steuerte. Infolge konnte sie auch in der Tageskli-nik verlässlich und engagiert auch in den Elterngruppen mitarbeiten. Wir unterstützten sie darin, Kontakt zu einem deutsch-thailändischen Verein aufzunehmen. Die schulische Situation hat sich inzwischen deutlich ent-spannt.

### *Krisenintervention nach einer (stationären) psychiatrischen Behandlung einer Mutter*

Der zwölfjährige Junge wurde tagesklinisch wegen einer depressiven Symptomatik mit sozialem Rückzug seit einem Umzug im letzten Jahr, Weinerlichkeit, Antriebsschwäche, Appetitmangel und Schlafstörungen zu einer Krisenintervention aufgenommen. Er gehe am Nachmittag kaum noch nach draußen und verabrede sich selten mit Gleichaltrigen. Der Junge sei schon immer still und introvertiert gewesen; in den letzten Monaten teile er sich aber kaum noch mit und reagiere auf Nachfragen verschlossen und weinerlich. Er sei antriebsschwach, leide an Appetitmangel und Ein-schlafstörungen. Ein ambulant kurzfristig verordnetes Antidepressivum (25mg Sertralin) setzte der einweisende Erwachsenenpsychiater auf unsere Empfehlung hin ab. Bei Aufnahme lebte er mit seiner Mutter, seinem Stiefvater und seinem älteren Bruder in einem Haushalt. Zum getrennt le-

benden Vater hatte er nur unregelmäßig Kontakt. Im Verlauf besserte sich die Stimmung des Patienten rasch; er integrierte sich gut in den Stationsalltag und zahlreiche individuelle Ressourcen wurden erkennbar. Unvermittelt erfuhren wir dann, dass sich die Mutter – offenkundig als Reaktion auf den Auszug ihres Partners - stationär in psychiatrische Behandlung begeben habe. Der Patient blieb für einige Tage mit seinem älteren Bruder alleine zu Hause. Wir hielten Rücksprache mit der Mutter, der Sozialarbeiterin der Klinik und schalteten aus Sorge um das Kindeswohl das Jugendamt ein. Als die Mutter sich gegen ärztlichen Rat unvermittelt entlassen ließ, verunsicherte dies den Patienten, seinen Bruder und zugleich uns. Daraufhin entschlossen sich der Stationspsychologe und die Stationsärztin den Patienten nach Hause zu begleiten und verbanden dies mit einem Krisenhausbesuch. Die Mutter empfing die Therapeuten im Beisein ihres ältesten Sohns und einer Bekannten der Mutter. Der Stiefvater war nicht anwesend und keiner der Anwesenden wusste über seinen Aufenthaltsort Bescheid. Offenkundig war er vor wenigen Tagen ausgezogen, was möglicherweise zu der depressiven Dekompensation und freiwilligen Klinikaufnahme der Mutter geführt hatte. Der Junge freute sich, seine Mutter wieder zusehen, nahm auch teilweise am Gespräch teil. Die in der Familie unscharfen Generationsgrenzen zwischen Eltern/Erwachsenen und Kindern waren deutlich erkennbar: die Mutter behandelte ihren Sohn annähernd wie einen erwachsenen Partner, versuchte ihn in ihre Ambivalenzen weiter einzubinden und verunsicherte ihn dadurch. Der Schwerpunkt des Hausbesuches lag neben dem Ausschluss einer akuten Kindeswohlgefährdung auf der Erörterung der kurz- und mittelfristigen Zukunftsperspektiven der Mutter nach der Trennung vom Stiefvater. Ihre Bedenken, das Jugendamt könne ihr das Sorgerecht für ihren Sohn entziehen, wurden aufgegriffen und relativiert. Sie konnte zu einer Zusammenarbeit mit dem Jugendamt motiviert werden. Alle Beteiligten waren nach dem Krisen(haus)besuch deutlich entlastet.

*Manchmal kommt ein Hausbesuch erst bei einem zweiten Anlauf zustande...*

Der bei der Erstvorstellung noch fünfjährige Knabe wurde wegen expansivem, regelverletzendem, auch aggressivem Verhalten im Kindergarten (u.a. Schlagen, Beißen, Kratzen) vorgestellt und tagesklinisch behandelt. Die Symptomatik besserte sich. Eine ambulante Jugendhilfeunterstützung wurde implementiert. Unsere Empfehlung einer heilpädagogischen Tagesgruppe wurde zunächst nicht umgesetzt. Nicht unerwartet eskalierte trotz intensiver Begleitung die Einschulung dergestalt, dass eine Ausschulung drohte und insgesamt drohte, die Schullaufbahn des Kindes in Bahnen ge-



lenkt zu werden, die nicht seiner Begabung entsprechen. Auch im Rahmen einer Krisenintervention wurde das Kind daraufhin ein zweites Mal tagesklinisch behandelt.

Die Eltern hatten noch beim ersten tagesklinischen Aufenthalt den Hausbesuch abgelehnt. Während des zweiten tagesklinischen Aufenthaltes luden sie uns zu einem Hausbesuch ein. Ihre erste `Absage` begründeten sie damit, dass es ihre Wohnung damals nach einem Hausbrand in einem stark renovierungsbedürftigen Zustand gewesen sei und sie sich geschämt hätten.

*... und manchmal möchte das Kind, aber nicht die Eltern einen Hausbesuch*

Der elfjährige Junge wurde ambulant durch seine Mutter und die Erzieher einer Förderschule für sozial-emotionales Lernen mit Ganztagsbetreuung wegen starker Stimmungsschwankungen, impulsiv-aggressivem Verhalten und häufiger Verweigerungshaltung vorgestellt. Ambulant war bereits fachärztlich eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens vordiagnostiziert. Die alleinerziehende Mutter habe jedoch stets eine Behandlung und auch eine medikamentöse Unterstützung vehement abgelehnt, weil sie nicht wolle, dass ihr Sohn „abgedopt“ werde. Im ambulanten Bereich gelang es die Mutter dazu zu motivieren, einer dann mit positivem Verlauf einschleichend aufdosierten Methylphenidatmedikation zuzustimmen. Um den Jungen umfassender in seinen sozial-emotionalen Kompetenzen zu fördern, wurde er nach einem Schnuppertag tagesklinisch behandelt. Der Junge lebt in einem Haushalt mit seiner Mutter und seinem älteren Bruder, der eine Hauptschule besuche. Sein getrennt lebender Vater sei alkoholkrank, habe längere Zeit „auf der Straße gelebt“, sei gewaltbereit. Zu ihm habe er nur sporadisch Kontakt, allerdings idealisiere er seinen Vater und dessen Gewalttätigkeiten. Die Mutter stamme aus „einer sehr armen“ Familie; auch gegenwärtig seien die finanziellen Verhältnisse beengt. Am Aufnahmetag zeigte die Mutter starke Trennungsängste, die sich auf ihren Sohn dergestalt übertrugen, dass er sofort nach Hause drängte. Nach wenigen Tagen entwickelte der Junge zunehmend Realitätsbezug, integrierte sich gut in die tagesklinische Gruppe und arbeitete engagiert mit. Seine Mutter blieb jedoch lange noch sehr zurückhaltend im Kontakt, wirkte auffallend misstrauisch. Einen Hausbesuch lehnte sie – ganz im Gegensatz zu ihrem Sohn („wir haben doch nichts zu verstecken; Sie können gerne kommen“) – durchgängig mit der pauschalen Aussage („bei mir kommt kein

Fremder ins Haus“) ab. Die Bezugserzieherin aus der Tagesgruppe berichtete uns dann, dass die Mutter auch dort einen Hausbesuch abgelehnt habe. Sie vermutete, die Mutter schäme sich ob ihrer einfachen Wohnverhältnisse.

Der weitere Verlauf war weitgehend positiv: der Junge stabilisierte sich emotional, integrierte sich in Gruppe und lernte allmählich, seine Wünsche und Bedürfnisse angemessener durchzusetzen. Da er in Konfliktsituationen aber durchaus noch heftiger impulsiv und aggressiv reagierte, empfahlen wir eine Komedikation (zu Methylphenidat) niedrigdosiert mit Risperidon, was die Mutter akzeptierte.

### Fazit aus der Praxis

*Bindung* ist eine wesentliche Grundlage auch der tagesklinischen Behandlung. Hausbesuche innerhalb der Tagesklinik fördern die Entwicklung sicherer Bindungen und bieten zahlreiche Entwicklungschancen sowohl für das therapeutische Team als auch für die Familie. Die Familien gewinnen dadurch mehr Sicherheit, erleben sich aktiver als handelnde Individuen in ihrem eigenen Lebensumfeld und können sich so rascher in den Behandlungsprozess integrieren. Der Hausbesuch erlaubt es, *Risiken, Ressourcen und Entwicklungsaufgaben* mehr noch im Lebenszusammenhang zu sehen und einen allzu medizinisch-psychiatrischen Blick zu vermeiden. Andererseits hilft er mitunter auch dabei, notwendige psychiatrische, psychotherapeutische bzw. sozialtherapeutische Hilfen auch dorthin zu tragen, wo sie sonst eher selten oder nicht ankommen.

Das therapeutische Team erlebt die Familie authentischer und gewinnt so rascher Verständnis für die Lebens- und Wohnsituation der Familie und Einblicke in die Familiendynamik. Die MitarbeiterInnen des Pflege- und Erziehungsdienstes erleben die Eltern häufig wesentlich unbefangener und im Kontakt offener als auf der Station. Die Eltern würden den Hausbesuch dazu nutzen, offener zu berichten. Umgekehrt würden die MitarbeiterInnen des Pflege- und Erziehungsdienstes die Familie authentisch erleben („wir sehen vieles, was sonst nur berichtet wird“), die Symptomatik `live` erleben („wir wissen dann, worüber berichtet wird“) und auch Symptomatiken erfassen, die primär innerhalb der Familie, weniger oder nicht innerhalb der Tagesklinik erkennbar seien („wir lernen Neues“). Dadurch verstärken sich wiederum therapeutische Bindungen und es wächst ein unmittelbares Verständnis für die *Ressourcen*, aber auch Herausforderungen innerhalb der Familie. Letztendlich lassen sich auch diagnostisch, so für die psychosozialen Lebensumstände (Achse V der multiaxialen Diagnostik) authenti-

sche Informationen gewinnen, die früh in der weiteren Behandlungsplanung berücksichtigt werden können. Insbesondere im Umgang mit Hochrisikofamilien, z.B. psychisch kranken Eltern (Mattejat, 2001) oder sehr jungen Müttern (Ziegenhain et al., 2004) erweisen sich Hausbesuche, mitunter auch zur Krisenintervention, als überaus hilfreich (Gehrmann, 2007). Diagnostisch hilfreich sind Hausbesuche auch, um den (erweiterten) Medienkonsum des IndexpatientenInnen sowie der Familienangehörigen realistisch einzuschätzen (Van Egmond-Fröhlich et al., 2007). Auch noch wenig berufserfahrene MitarbeiterInnen aller Professionen gewinnen durch diese aufsuchende Arbeit, die jedoch Flexibilität und Improvisation voraussetzt, rasch an professioneller Sicherheit und schöpfen daraus beruflich Selbstzuversicht. Bei akut eskalierenden Krisen sind (Krisen)hausbesuche ein Goldstandard, um ggf. Kinder und Jugendliche bzw. ihre Angehörige angemessen zu schützen. Im Einzelfall bleiben sie daher eine Gratwanderung zwischen respektvoller Zurückhaltung, einem verbesserten Verständnis, sinnvoller Unterstützung und bei Bedarf notwendiger Intervention. Hervorzuheben ist dabei, dass nicht nur Risikofaktoren, sondern vor allem auch *Ressourcen der Familien* bei den Hausbesuchen zu Tage treten. Eine reguläre Stellenbesetzung nach PsychPV sowie eine nicht unerhebliche zeitliche Flexibilität der Bezugspflegepersonen bzw. TherapeutenInnen sind personelle Voraussetzungen, um Hausbesuche als integralen Bestandteil einer tagesklinischen Behandlung im Alltag zu implementieren. Ein räumlich überschaubares Einzugsgebiet (in unserem Fall ein Kerneinzugsgebiet mit einem Radius etwa von 20 km in einem Ballungsraum) erleichtert die Logistik und Durchführung.

Innerhalb von zwei Jahren sind nur in wenigen Einzelfällen Hausbesuche nicht zu Stande gekommen. Unsere Erfahrungen mit Hausbesuchen sind insgesamt durchweg positiv: sie lassen uns über den `Tellerrand` des Lebensumfeldes der Tagesklinik schauen, fördern sichere Bindungen zu den Familien, aktivieren Ressourcen und eröffnen häufig ungeahnte diagnostische und therapeutische Perspektiven. Die therapeutischen Chancen von Hausbesuchen wiegen den nicht unerheblichen personellen und zeitlich-logistischen Aufwand nach unserer einhelligen Ansicht bei weitem auf. Obligate Hausbesuche könnten sich daher zu einem `Goldstandard` einer familienorientierten tagesklinischen Arbeit entwickeln.

### *Danksagung*

Wir bedanken uns bei Angelika Remmers für die redaktionelle Bearbeitung, Drs. Bernhard Prankel (Rotenburg/Wümme), Hartmut Thieme (Köln)

und Prof. Scholz (Dresden) für wertvolle Hinweise und Anregungen. Unser Dank gilt ferner Dr. Julia Kuschnerreit, Bernhard Scholten, Claudia Porr (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen in Mainz) und Elisabeth Schmutz (Institut für sozialmedizinische Forschung in Mainz) für Ihre Unterstützung in den Modellprojekten des Landes „Guter Start ins Kinderleben“ und „Kinder psychisch kranker Eltern.“

## Literatur

- Asen E.* (1992) Die Familien-Tagesklinik: Systemische Therapie mit Multi-Problem-Familien. Mitglieder-Rundbrief II/1992 des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland e.V. 42-60.
- Bickmann L, Foster M, Lambert W* (1996) Who gets hospitalized in a continuum of care? *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 35, 74-80.
- Böcker F.M.* (1985) Psychiatrische Familienpflege und offene Irrenfürsorge: Sozialpsychiatrische Konzepte bei Gustav Kolb und heute. In: Lungershausen E, Baer R (Hrsg): *Psychiatrie in Erlangen*, Erlangen: Perimed.
- Eikermann B., Reker T. (Hg.)* (2004) *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik*. Stuttgart: Kohlhammer
- Finsen A.* (2003) *Eine kurze Geschichte der psychiatrischen Tagesklinik*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Gehrmann J., Boida E., Fies U., Wolf J.F., Pellarin M.* (2006) Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: konstante Behandlungsgruppen fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien (Kongressabstract), *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 154 (8), 196.
- Gehrmann J.* (2007) Kindeswohlgefährdung aus ärztlicher Sicht. *Jugendhilfe*, 45, 197-207.
- Göpel C., Schmidt M.H., Blanz B., Rettig B.* (1996) Behandlung hyperkinetischer Kinder im häuslichen Milieu. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 24, 192-202.
- Henggeler S.W., Rowland M.D., Randal J., Ward D.M., Pickrel S.G., Cunningham P.B., Miller S.L., Edwards J.E., Zealberg J.J., Hand L.D., Santos A.B.* (1999) Homebased multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 38, 1331-1339.
- Henggeler S.W., Rowland M.D., Halliday-Boykins C., Sheidow A.J., Ward D.M., Randall J.J., Pickrel S.G., Cunningham P.B., Edwards J.E.* (2003) One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 42, 543-551.
- Kruse H., Kallenbach L.* (1996) *Psychiatriepersonalverordnung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Prankel B.H., Gehrmann J.* (2004) *Rotenburger Handbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie*. [www.diako-online.de](http://www.diako-online.de)
- Laucht M., Esser G., Schmidt M.H.* (1998) Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung: empirische Befunde. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26, 6-20
- Mattejat F.* (2001) Kinder psychisch kranker Eltern im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit – eine Einführung. *Praxis Kinderpsychologie & Kinderpsychiatrie*, 50, 491-497.

- Prankel B.H.* (2005) Strukturen der Entwicklung. Ein integratives Modell für Reifungsprozesse. *Familiendynamik*, 30, 145-183.
- Schmidt M.H., Lay B., Göpel C., Naab S., Blanz B.* (2006) Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. *European Child and Adolescence Psychiatry*, 15, 265-276.
- Schmid M.* (2007) Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa
- Scholz M., Asen E., Gantchev K., Schell B., Süß U.* (2002) Familientagesklinik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Das Dresdener Modell: Konzepte und erste Erfahrungen. *Psychiatrische Praxis*, 29, 125-129
- Söhnchen R.* (2000) Hausbesuche als konzeptioneller Bestandteil der tagesklinischen Behandlung. *Psychiatrische Pflege*, 6, 16-22.
- Stoffels H. Kruse G.* (1996) Der psychiatrische Hausbesuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Stoffels H.* (1988) Der Hausbesuch – eine Untersuchung zur aufsuchenden Betreuung psychisch Kranker im Rahmen von zwei mobilen Ambulanzdiensten. *Psychiatrische Praxis*, 3, 90-94.
- Stern D.N.* (1998) Die Mutterschaftskonstellation. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Swenson C., Henggeler S.C.* (2005) Die multisystemische Therapie: Ein ökologisches Modell zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei Jugendlichen. *Familiendynamik*, 30 (2), 128 – 144.
- Van Egmond-Fröhlich A., Mößle T., Ahrens-Eipper S., Schmid-Ott G., Hüllinghorst R., Warschburger P.* (2007) Übermäßiger Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen: Risiken für Psyche und Körper. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (38), 2560-2564.
- Winsberg B.G., Bialer I., Kupietz S., Botti E., Balka E.B.* (1980) Home vs. hospital care of children with behaviour disorders. *Archives General Psychiatry*, 37, 413-418.
- Ziegenhain U., Derksen B., Dreisörner R.* (2004) Frühe Förderung von Resilienz bei jungen Müttern und ihren Säuglingen. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 226-234.

### **Adresse des Autors:**

Dr. med. Jochen Gehrman  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
St. Marien- und St. Anastiftskrankenhaus  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz  
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin  
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Karolina-Burger-Str. 51  
67065 Ludwigshafen  
Tel.: 0621 – 5702 4222  
Fax: 0621- 5702 4242  
Email: jochen.gehrmann@st-annastiftskrankenhaus.de  
Internet: www.st-marienkrankenhaus.de

# Schule für Kranke: Arbeit in einem interdisziplinären Team

*Walburga Brenk*

## Einführung

„Schülerinnen und Schüler, die aufgrund einer Erkrankung für längere Zeit oder in regelmäßigen Abständen im Krankenhaus bzw. in ähnlichen Einrichtungen stationär behandelt werden oder die Schule nicht besuchen können, erhalten nach den jeweiligen landesrechtlichen Bestimmungen während dieser Zeit Unterricht“ (Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler Kultusministerkonferenz vom 20.03.1998).

Die Kultusministerkonferenz gibt an, dass der Unterricht für die o.g. Schülerschaft

- als Krankenhausunterricht,
- in der Schule für Kranke oder
- als Hausunterricht

erfolgen kann. Dementsprechend ist das Vorgehen der Länder nicht einheitlich. Zwar gibt es in den meisten Bundesländern Schulen für Kranke, in Thüringen und Rheinland-Pfalz hingegen erfolgt der Unterricht zum Beispiel durch abgeordnete Fachlehrer.

Diese Darstellung bezieht sich auf die Situation in NRW und in den Ländern mit vergleichbaren Bestimmungen für den Unterricht bei Krankheit wie Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland und Sachsen

## Aufbau und Gliederung des Schulwesens in NRW

Schulstruktur (§ 10 SchulG )

Schulstufen	Schulformen
Primarstufe	Grundschule
Sekundarstufe I	Hauptschule Realschule Gesamtschule bis Kl. 10 Gymnasium bis Kl. 9, in der Aufbauform bis Kl. 10
Sekundarstufe II	Berufskolleg (Berufsschule, Berufsfachschule, Fachoberschule, Fachschule) gymnasiale Oberstufe des Gymnasiums gymnasiale Oberstufe der Gesamtschule
eine oder mehrere Schulstufen, wird durch Rechtsverordnung durch das Ministerium geregelt	Förderschulen
eine oder mehrere Schulstufen, wird durch Rechtsverordnung durch das Ministerium geregelt	Schulen für Kranke

### Orte sonderpädagogischer Förderung (§ 20 SchulG)

Orte der sonderpädagogischen Förderung sind

1. Allgemeine Schulen (Gemeinsamer Unterricht (GU), Integrative Lerngruppen)
2. Förderschulen mit unterschiedlichen Schwerpunkten
  - Lernen
  - Sprache
  - Emotionale und soziale Entwicklung
  - Geistige Entwicklung
  - Körperliche und motorische Entwicklung
3. Sonderpädagogische Förderklassen an allgemeinen Berufskollegs
4. Schulen für Kranke

## Unterricht bei Krankheit in NRW

	Hausunterricht	Schule für Kranke (SfK)
<i>Schülerschaft</i>	<p>Schüler/innen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die wegen Krankheit voraussichtlich länger als <b>6 Wochen</b> die Schule nicht besuchen können</li> <li>- die langfristig und regelmäßig mindestens <b>1 Tag/Woche</b> nicht am Unterricht teilnehmen können</li> <li>- Schülerinnen im Mutterschutz und in der Schwangerschaft (mit Attest)</li> </ul>	<p>Schüler/innen, die wegen eines Krankenhausaufenthaltes mindestens <b>4 Wochen</b> nicht am Unterricht ihrer Schule teilnehmen können</p>
<i>Voraussetzung</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antrag der Eltern</li> <li>- ärztliches Gutachten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schriftliche ärztliche Bestätigung über Beginn und voraussichtliche Dauer des KH-Aufenthaltes</li> <li>- bei mehreren KH-Aufenthalten wegen z.B. chronischer Erkrankung können die Zeiten zusammengefasst werden</li> </ul>
<i>Unterrichtszeit pro Woche und Dauer der Teilnahme am Unterricht</i>	<p>je nach Klassenstufe 5 bis 10 Wochenstunden (bei regelmäßigen, einzelnen Fehltagen 2 bis 4 Wochenstunden)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bis zur Rückkehr in die Heimatschule oder Aufnahme in eine neue Schule</li> <li>- bis zum Erhalt eines Abschluss- oder Abgangszeugnisses</li> </ul>	<p>nach Absprache mit dem Arzt und den Möglichkeiten der SfK</p>
<i>Lehrer-Schüler-Relation</i>	<p>in der Regel 1 : 1</p>	<p>1 : 6,1 1: 4,2 (bei Schwerstbehinderung)</p>



<i>Unterricht und Organisation</i>	in der Regel Einzelunterricht	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lerngruppen, auch aus verschiedenen Schulformen und Altersgruppen</li> <li>- Einzelunterricht aus medizinischen, pädagogischen oder organisatorischen Gründen</li> </ul>
	Fächer, die in der Stammschule mit mind. drei Wochenstd. erteilt werden	<i>Fächer, die in der Stammschule mit mind. drei Wochenstd. erteilt werden</i> (Richtl. von 1984, vage Angaben)
	Inhalte nach Vorgabe der Stammschule	<i>Inhalte nach Vorgabe der Stammschule</i> (Richtl. von 1984, vage Angaben) über den sonderpädagogischen Förderbedarf einer Schülerin/eines Schülers während des KH-Aufenthaltes entscheidet der Schulleiter der SfK, allerdings nicht über die Anerkennung einer eventuellen Schwerstbehinderung
	meistens Lehrer/innen der Stammschule	Lehrer/innen der SfK

## Schule für Kranke in Gelsenkirchen

### *Schulorganisation*

Die Schule für Kranke (SfK) wurde am 1. Februar 1980 gegründet. Nach der Fusion von Kinderklinik und der Klinik Bergmannsheil werden in Gelsenkirchen täglich zwei Standorte schulisch betreut:

- die BKB ( Bergmannsheil und Kinderklinik Buer gGmbH) in Buer,
- und das Marienhospital in Ückendorf.

Bei Bedarf erhalten auch Kinder in den übrigen Krankenhäusern Gelsenkirchens Unterricht, sofern es organisatorisch und personell möglich ist. Derzeit arbeiten vier Sonderschullehrer/innen, stundenweise unterstützt von einer Sekretärin, an dieser kleinsten Schule Gelsenkirchens. Die vier Unterrichtsräume und die Verwaltungsräume der Schule befinden sich in einem eigenen Trakt der BKB (Bergmannsheil und Kinderklinik Buer gGmbH).

### *BKB ( Bergmannsheil und Kinderklinik Buer gGmbH)*

In der BKB werden Schulkinder aus den Bereichen *Kinder- und Jugendpsychiatrie, Allergologie, allgemeine Pädiatrie* und *Unfallchirurgie* sowie *Brandstation* betreut. Der Unterricht erfolgt nach den individuellen Bedürfnissen der Schüler/innen in Kleingruppen- oder Einzelunterricht in einem der 4 Schulräume und bei medizinischer Notwendigkeit gelegentlich auch am Krankenbett.

### *Marienhospital Ückendorf*

Im Marienhospital Ückendorf werden von der SfK im „*Haus für kranke Kinder*“ Schüler/innen aus den Bereichen *Pädiatrie und Chirurgie* unterrichtet. Neben der Möglichkeit des Unterrichts im Krankenzimmer stehen für Gruppenunterricht zeitweise die Aufenthaltsräume, die auch als Speiseraum, Elternwartezimmer und für Bastelangebote genutzt werden, zur Verfügung. Ein Unterricht der Kinder der Isolierstationen ist wegen der ungeklärten rechtlichen Situation der Lehrer/innen zurzeit leider (noch) nicht möglich.

### *Schüler und Schülerinnen*

Im Durchschnitt werden in der SfK täglich 20 - 22 Patienten im Schulalter aus dem Großraum Gelsenkirchen und den umliegenden Städten unterrichtet. Darüber hinaus befinden sich auf den Spezialstationen für Asthma, Neurodermitis und Brandverletzte oft auch Kinder aus anderen Bundesländern. Auf den Unfallstationen werden immer häufiger Kinder aus Krisengebieten der Welt behandelt und dann auch unterrichtet.

Die Schüler/innen kommen aus verschiedenen Schulformen und Klassen (von Klasse 1 bis 10).

Die häufigsten Erkrankungen sind:

- psychische Störungen, oft verbunden mit Sprachauffälligkeiten
- Allergien, insbesondere Asthma und Neurodermitis
- chronische Erkrankungen wie Diabetes und Epilepsie
- Unfallverletzungen und andere schwere operative Eingriffe

### *Lehrerprofil*

Lehrer im Krankenhaus können im Allgemeinen nicht nur Lehrer für ihr studiertes Fach, sondern sie müssen „Allrounder“ sein, die sich jeden Tag auf neue Schüler, neue Lerninhalte sowie auf verschiedene Krankheitsbilder und die damit verbundenen Erschwernisse einstellen können.

Bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in extremen Lebenssituationen, in denen alles anders ist als üblicherweise, kommt es darauf an, Unter-

richt so zu gestalten, dass die Kinder/Jugendlichen etwas für sich Lohnendes entdecken. Dies erfordert die Bereitschaft der Lehrer, sich auf „Brüche“ im Unterricht einzulassen und darin nicht Störung, sondern Voraussetzung für schulischen Dialog zu sehen. Wichtig ist zu wissen, dass ein wesentlicher Zusammenhang besteht zwischen der Offenheit seitens des Lehrers für das Thema Erkrankung, Krankenhausaufenthalt und damit verbundenen Ängsten und der Motivation auf Seiten des Schülers, sich auf Lerninhalte einzulassen. Hilfreich ist auch psychoanalytisches Wissen, da der Lehrer vom Kind/Jugendlichen unbewusst häufig als Übertragungsobjekt (Mutter/Vater) dient (Ertle, 1997).

Daher sollten folgende Kompetenzen der Lehrer/innen an der Schule für Kranke bereits vorhanden sein, erworben bzw. intensiviert werden:

- Erkennen der Bedürfnisse und kreativen Handlungsmöglichkeiten (Ressourcen) der Kinder/Jugendlichen, um daraus sonderpädagogisches Handeln ableiten und entwickeln zu können,
- Beziehungsfähigkeit,
- Bereitschaft zu fachfremdem Unterricht und damit verbunden die Bereitschaft zu Fortbildungen,
- Bereitschaft zum Erwerb von zusätzlichen heilpädagogischen, psychologischen, psychoanalytischen Kenntnissen,
- Teamfähigkeit,
- Beratungskompetenz,
- Fähigkeit und Bereitschaft zur Reflektion des pädagogischen Handelns, um seine pädagogische Haltung zu überprüfen bzw. um für die eigene Psychohygiene Sorge zu tragen (Supervision).

Die frühere Regelung, an Schulen für Kranke Sonderpädagogen einzusetzen, war insofern vorteilhaft, da Sonderpädagogen schon im Studium auf die Arbeit mit einer Schülerschaft mit besonderem Förderbedarf vorbereitet werden. Laut Schulgesetz können aber inzwischen Lehrer/innen aller Schulformen an Schulen für Kranke unterrichten. Diese müssen die erforderlichen sonderpädagogischen Kompetenzen dann unbedingt erwerben.

### *Unterrichtsgestaltung*

Der Unterricht der SfK orientiert sich an den Richtlinien und Lehrplänen der für die Schüler zuständigen Schule. Dabei finden im Bereich der Sekundarstufe I vorwiegend die Fächer Deutsch, Mathematik und Fremdsprachen (Englisch, Französisch, Latein) Berücksichtigung. Im Grundschulbereich wird neben Sprache, Mathematik und Sachunterricht auch Englisch erteilt.

## Unterrichtsgestaltung

- *Schülerorientierung*: Individueller Förderplan in Absprache mit der Heimatschule
- *Individualisierung und Differenzierung*: Alters- und Schulform-übergreifender Gruppenunterricht mit besonderer innerer Differenzierung
- *Berücksichtigung von Förderschwerpunkten*: in Absprache mit den ärztlichen und therapeutischen Mitarbeitern
- *Stationslehrerprinzip*: „Allround“-Lehrer als stabile Bezugsperson für Kinder und Mitarbeiter

Die Unterrichtsgestaltung ist stark abhängig von der Erkrankung/Störung des einzelnen Kindes und richtet sich nach folgenden Kriterien:

### 1. Schülerorientierung

Um der sehr unterschiedlichen Schülerschaft und häufig wechselnden Gruppenstruktur gerecht zu werden, wird in einem Aufnahmegespräch, in Teamgesprächen und in den ersten Unterrichtstagen der Lern- und Entwicklungsstand des einzelnen Kindes unter Berücksichtigung der aktuellen Erkrankung festgestellt. Darauf basierend wird für jedes Kind ein individueller Bildungsplan, der mit der Heimatschule abgestimmt ist, aufgestellt.

### 2. Individualisierung und Differenzierung

Als Unterrichtsform wird Gruppenunterricht gewählt oder zumindest angestrebt, da viele Kinder gerade im Bereich des sozialen Miteinanders Defizite aufweisen. Die klassen- und schulformübergreifende Zusammensetzung der Gruppe erfordert eine besondere innere Differenzierung. Die Möglichkeit der intensiven Zuwendung in der Kleingruppe ermöglicht dabei einen individualisierten Unterricht, sodass für die Kinder auch ein *Arbeiten am Stoff der Heimatklasse*, wie sie es immer wieder wünschen, meistens gewährleistet ist.

### 3. Berücksichtigung von Förderschwerpunkten

Die in Teamgesprächen vereinbarten Förderschwerpunkte werden, soweit möglich, auch im Unterricht umgesetzt. Schwerpunkte sind dabei häufig die Förderung des Sozial- und Arbeitsverhaltens, der Emotionalität und der Aufbau einer realistischen Selbsteinschätzung.

### 4. Stationslehrerprinzip

Der Unterricht erfolgt im **Stationslehrerprinzip**. Der Stationslehrer ist für Ärzte und nichtmedizinisches Personal ein fester Ansprechpartner, der mit den organisatorischen Abläufen und den Absprachen seiner Station vertraut ist. Jeweils ein bis zwei Lehrer/innen sind für die Schülerschaft einer Station zuständig und nehmen täglich vor dem Unterricht persönlich Kontakt zu den Mitarbeitern der Station auf, um sich über die Situation ihrer Schüler/innen zu informieren, aber auch, um Informationen aus dem Unterricht weiterzugeben. Den erkrankten Kindern bietet dieses Prinzip in dem oft sehr betriebsamen Stationsalltag zusätzlich Stabilität, denn nicht nur bei psychosomatisch und psychiatrisch Erkrankten sind Unterricht und Erziehung oft nur über den personalen Bezug zum vertrauten Stationslehrer, der eng mit der Station zusammenarbeitet, möglich. Die unabdingbaren klaren Strukturen sind durch das Stationslehrerprinzip eher gesichert als beim Fachlehrerprinzip, bei dem Kinder aus verschiedenen Stationen in einer möglichst alters- schul- und jahrgangshomogenen Klasse zusammengefasst und von verschiedenen Fachlehrern unterrichtet werden.

### **Leistungsbeurteilung**

Bei der Leistungsfeststellung und -bewertung gelten grundsätzlich die Maßstäbe und Verfahren der Stammschule. So werden Tests, Arbeiten und Klausuren von der Heimatschule angefordert, um die Leistungen des Schülers im Vergleich zu seiner Lerngruppe messen zu können.

Bei krankheitsbedingten Erschwernissen muss durch die Wahl der Methoden und spezielle Hilfen gesichert werden, dass die geforderten Leistungen erbracht und nachgewiesen werden können (Nachteilsausgleich).

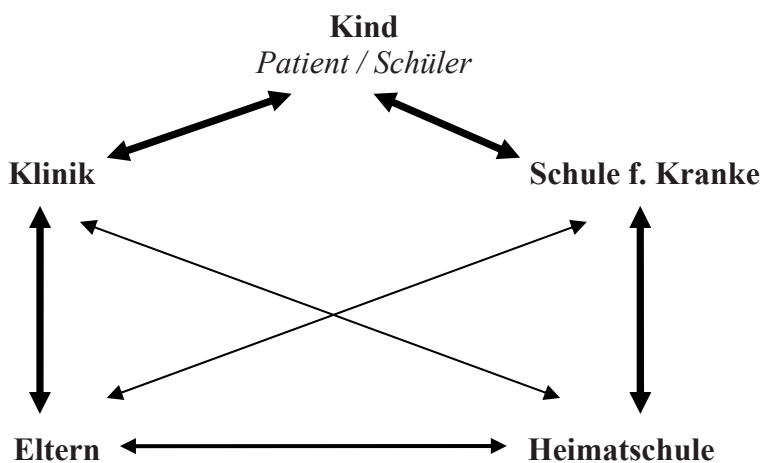
Nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes wird die Stammschule durch einen Bericht über die erarbeiteten Lerninhalte sowie das Arbeits- und Lernverhalten informiert. Bei einem längerem Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet in der Regel ein Abschlussgespräch mit Lehrern, Eltern und Therapeuten statt, in dem die Entwicklung des Kindes/Jugendlichen dargestellt und über die zukünftigen Erziehungs- und Fördermaßnahmen beraten wird.

Wenn die Schüler/innen länger als sechs Wochen vor den Zeugnisternen im Krankenhaus unterrichtet werden, erhalten sie Noten durch die SfK. Die Zeugnisse werden dann in enger Absprache möglichst durch die Heimatschulen erstellt, um eine eventuelle Stigmatisierung zu vermeiden.

### **Zusammenarbeit mit Klinik, Elternhaus und Heimatschule**

Eine Kontaktaufnahme zum Kind erfolgt so früh wie möglich. Im Allgemeinen schon am 1. oder 2. Tag nach Krankenhausaufnahme, es sei denn, der Gesundheitszustand des Kindes steht dem entgegen. Gleichzeitig setzt sich der Krankenhauslehrer mit dem/der Klassenlehrer/in der Heimatschule in Verbindung. Informationen über den Bildungsplan dieser Schule ermöglichen ein darauf abgestimmtes Unterrichtsangebot in der Krankenhausschule. Der/die Klassenlehrer/in kann häufig auch Hinweise auf schulische Probleme geben, die für Diagnostik und Therapie bedeutsam sein können. Umgekehrt informiert die SfK **nach Einwilligung der Eltern** den/die Heimatschullehrer/in und eventuell die Mitschüler/innen über das jeweilige Krankheitsbild. So wird durch gegenseitige Information der Wiedereinstieg nach dem Krankenhausaufenthalt für beide Seiten erleichtert. Der eigentliche Unterricht der Schule für Kranke beginnt aber erst, wenn der Arzt diesem zustimmt. Der behandelnde Arzt informiert den Krankenhauslehrer über den aktuellen Gesundheitszustand des Kindes, seine Belastbarkeit und die zu berücksichtigende Bedingungen. Folgendes Diagramm gibt eine Übersicht über die grundlegenden Kommunikationsstrukturen im Krankenhausunterricht.

### Kommunikationsstrukturen



**Falls möglich, gemeinsame Gespräche aller Beteiligten**

In täglichen kurzen Absprachen (vgl. Stationslehrerprinzip) und gemeinsamen wöchentlichen Stationsbesprechungen werden Beobachtungen und Erfahrungen aus dem aktuellen Unterrichtsgeschehen und dem Behand-

lungsverlauf ausgetauscht. Gegebenenfalls werden die Unterrichtsziele dabei auch neu festgelegt.

Um insbesondere den Kindern aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegen Ende der Behandlung den Übergang aus der Klinik in die Regelschule zu erleichtern, besuchen sie die Heimatschule zunächst stundenweise (drei bis vier Stunden täglich) und erhalten parallel dazu Unterstützung durch die SfK. Trotzdem ist der Übergang von der Klinikschule in die Heimatschule manchmal schwierig, weil die SfK nie die Regelsituation, sondern immer einen gewissen „Schonraum“ bietet.

Falls nötig müssen daher weitere Maßnahmen durch die Schule eingeleitet werden, z. B. Elternberatung, Kooperation mit anderen Institutionen etc. In Gelsenkirchen wird den Heimatschullehrern und -lehrerinnen von Seite der SfK die Möglichkeit zur Teilnahme an einem *Gesprächskreis für Lehrerinnen und Lehrern ehemaliger Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie* angeboten. Therapeuten der Klinik gewähren dabei ihre Unterstützung. Die Treffen sollen der Nachsorge, der Beratung und dem Gesprächsaustausch über die Probleme im Schulalltag (Psychohygiene) sowie der Fortbildung dienen.

Dabei ist der Gesprächskreis nicht nur für Lehrer/innen ehemaliger Patientinnen und Patienten gedacht, sondern auch für andere interessierte Teilnehmer (z.B. Erzieher) offen. Bisher stand dabei der Wunsch nach kollegialer Fallberatung an erster Stelle, es werden aber auch Informationen über verschiedene Krankheitsbilder gewünscht (weitere Informationen zu diesem Gesprächskreis finden sich im Tagungsbeitrag der Schule für Kranke Gelsenkirchen unter [www.interklinische.de](http://www.interklinische.de)).

## **Grenzen und Probleme**

Das von der SfK Gelsenkirchen favorisierte System in enger Kooperation mit Klinik, Elternhaus und Heimatschule hat neben den bisher beschriebenen Vorteilen auch Nachteile. Die Altersstruktur der Kinder der einzelnen Stationen bedingt alters-, schulform- und jahrgangsgemischte Klassen. Das geht zu Lasten des zu vermittelnden Fachwissens, denn die Schüler/innen arbeiten überwiegend an unterschiedlichen Inhalten, die von den Heimatschulen vorgegeben werden, um den Wiedereinstieg in die Heimatklasse zu erleichtern. Eine Kooperation der Kinder wird erschwert und der unterrichtende Lehrer hat, da er alle Fächer unterrichtet, nicht das Wissen des entsprechenden Lehrers der Heimatschule, der dieses Fach studiert hat. Unterricht mit Oberstufenschülern ist im Allgemeinen nicht möglich und muss im Einzelfall organisiert werden, gegebenenfalls auch als Einzelunterricht durch abgeordnete Fachlehrer der Heimatschule.

Der Stationslehrer selbst ist stärker belastet, da er neben den psychosozialen Anforderungen sehr flexibel arbeiten und auf unterschiedliche Fächer und Inhalte vorbereitet sein muss. Die Einbindung in den Stationsalltag führt ebenfalls zu Mehrbelastung.

Sowohl Lehrer als auch Klinikteam müssen sich an ein gleichberechtigtes Zusammenarbeiten mit einer anderen Institution gewöhnen, sind von ihrer Ausbildung her aber nicht unbedingt darauf vorbereitet. Ohne ein großes Maß an gegenseitiger Offenheit und den Verzicht auf Kompetenzstreitigkeiten lässt sich das von uns vorgestellte Modell nicht umsetzen.

### **Literatur**

Ertle, C. (1997) Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Klinkhardt: Bad Heilbrunn

### **Adresse der Autorin:**

Walburga Brenk  
Schule für Kranke der Stadt Gelsenkirchen  
Goekenheide 35  
59192 Bergkamen  
Email: schulefuerkranke-ge@t-online.de



# Kooperation und Vernetzung in kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken: Case-Management als Herausforderung und wichtiger Faktor für einen dauerhaften Behandlungserfolg

*Maren Wetter*

## Geschichte des Case-Managements

Case-Management ist ein in der Mitte der 70-iger Jahre entstandenes Konzept der Sozialarbeit. Es wurden u. a. in den U.S.A. chronisch psychisch kranke, geistig Behinderte und pflegebedürftige Menschen aus den stationären Unterbringungen entlassen. Man ging davon aus, dass die Versorgung in den stationären Einrichtungen die Klienten „lebensuntüchtig“ mache, viel koste und den Klienten auf lange Sicht eher schade. Diese Entlassungen, in Kalifornien nahm die Patientenzahl in den staatlichen Psychiatrie-Krankenhäusern von 37.000 im Jahre 1967 auf 5000 im Jahre 1984 ab (Rothman, 1992), brachten die Notwendigkeit mit sich, eine hinreichende ambulante Betreuung durch soziale und medizinische Dienste zu organisieren (vgl. Wendt, 2001, S. 14f. und Fachlexikon der Sozialarbeit, 2002, S.185). In Deutschland, wo Case Management seit Ende der 80er Jahre verstärkt rezipiert wird, lokalisiert Wendt (1991) Gründe für die Notwendigkeit vor allem in der zunehmenden Differenzierung und Spezialisierung der Dienstleistung, die eine Kooperation der Angebote notwendig macht (vgl. Galuske 1999, S. 183).

## Definition von Case-Management

Das Case-Management bezeichnet ein Ablaufschema organisierter bedarfsgerechter Hilfeleistung der **Sozialen Arbeit**, in dem der Versorgungsbedarf eines Klienten sowohl über einen definierten Zeitraum als auch quer zu bestehenden Grenzen von Einrichtungen, Dienstleistungen, Ämtern und Zuständigkeiten geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evalu-

iert wird. Nach Lowy (1988) lässt sich das Case Management wie folgt definieren: „Case management gehört der Sozialarbeit an und hat die Kernfunktion, den Klienten-Systemen (einzelnen Menschen, Familien und ihren Angehörigen, Kleingruppen, Nachbarn, Freunden usw.) in koordinierter Weise Dienstleistungen zugänglich zu machen, die von ihnen zur Lösung von Problemen und zur Verringerung von Spannung und Stress benötigt werden. Sozialarbeiter erfüllen damit einen wichtigen Teil ihres Mandates und ihrer Funktion, indem sie soziale und gesundheitliche, therapeutische und erzieherische, religiöse, juristische u. a. Hilfen denen vermitteln und zukommen lassen, die auf derartige Leistungen ambulant (im eigenen Haushalt) oder in Institutionen und Organisationen angewiesen sind.“

### *Ziel des Case-Managements*

Das Ziel des Case-Managers (CM) ist es (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit, 2002, S. 185):

- die Fähigkeiten des Klienten / der Familie zur Wahrnehmung sozialer Dienstleistungen zu fördern,
- professionelle, soziale und persönliche Ressourcen zu verknüpfen und
- eine höchstmögliche Effizienz im Hilfeprozess zu erreichen.

### *Funktion des Beraters*

Der Case-Manager trägt eine durchgehende Fallverantwortung und tritt in mehreren Funktionen auf:

- als Koordinator
- als Anwalt
- als Berater

Dies bedeutet, dass direkte und indirekte Hilfestellung seine Arbeit prägen. Grundsätzlich lässt sich das Case-Management auf der individuellen Ebene in folgende *Phasen* unterteilen:

1. Beratung: Fallaufnahme und Profiling /Assessment
2. Planung: Zielvereinbarung und Hilfeplanung
3. Interventionen: Durchführung, Leistungssteuerung
4. Monitoring: Kontrolle und Optimierung
5. Evaluation: Ergebnisbewertung und Dokumentation

### *Zu 1) Beratung - Fallaufnahme und Profiling /Assessment (PS)*

- Kontaktabhandlung (Körperhaltung, Sprache, Blickkontakt, Einschätzung des Milieus, gesundheitlicher und hygienischer Zustand ...)
- Informationen über die finanzielle Situation, soziale und gesundheitliche Belange, das Lebensumfeld, den Bildungsstandard
- Informationen über die Familienmitglieder (Verhältnisse, Beziehungen, Störungen in der Dynamik...)
- Feststellung von Ressourcen und Defiziten
- Informationen über bereits vorhandene oder gelaufene Hilfen (was war hilfreich, was weniger hilfreich?)
- Einschätzung des Ist-Zustands unter der Berücksichtigung von Umwelt, Innenwelt, Lebensgeschichte, Lebenslage

Weitere wichtige Informationsquellen stellen zudem die Patientenakte, die Kurven, der Testpsychologische Untersuchungsbefund, Vorbefunde, Hilfepläne, Beobachtungen und Erleben des Patienten von Mitarbeitern der Station und Informationen anderer Institutionen dar.

### *Zu 2) Planung - Zielvereinbarung und Hilfeplanung*

- Möglichkeiten an Unterstützung erörtern (verständliche Sprache)
- Feststellung des Bedarfs
- Wege und Mittel erörtern (Rechtsgrundlagen)
- Realistische und konkrete Ziele vereinbaren
- Aufgabenverteilung (Verantwortung übernehmen)
- Schweigepflichtsentbindung unterschreiben lassen

### *Zu 3) Interventionen - Durchführung, Leistungssteuerung*

- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hilfesystem (Weitergabe von ersten Informationen)
- Planung und Organisation von Helferrunden im klinischen Kontext
- Konkrete Vereinbarungen / Absprachen mit den hinzugezogenen Helfersystemen

### *Zu 4) Monitoring - Kontrolle und Optimierung*

- Überprüfung: Ist der Klient / die Familie gut in dem Hilfenetz angekommen?
- Wie gestaltet sich der Verlauf der Anbahnung von Unterstützung?
- Gibt es Beschwerden des Klienten / der Familie?
- Gibt es Optimierungs- und / oder Vermittlungsbedarf?
- Dokumentation

### *Zu 5) Evaluation - Ergebnisbewertung und Dokumentation*

Aufgrund der kurzen Behandlungszeit verlagert sich dieses Aufgabengebiet oftmals in den ambulanten Kontext (auch hier ist Schnittstellenmanagement gefragt!):

- Was ist erreicht worden?
- Was hat sich sozial und familiär verändert?
- Ist die Familie zufrieden? (Beschwerdemanagement)
- Inwiefern hat sich der Klient physisch und psychisch stabilisiert?
- Welche Chancen wurden wahrgenommen, welche verpasst?
- Welche neuen Perspektiven haben sich ergeben?
- Ablösungsprozess initiieren
- Statistik

### **Case-Management in der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Beispiel des St. Marien- Hospitals in Düren**

Die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie gliedert sich in drei Bereiche:

- Institutsambulanz
- Tagesklinik (10 Plätze)
- Traumaambulanz in Kooperation mit dem sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ) im Hause

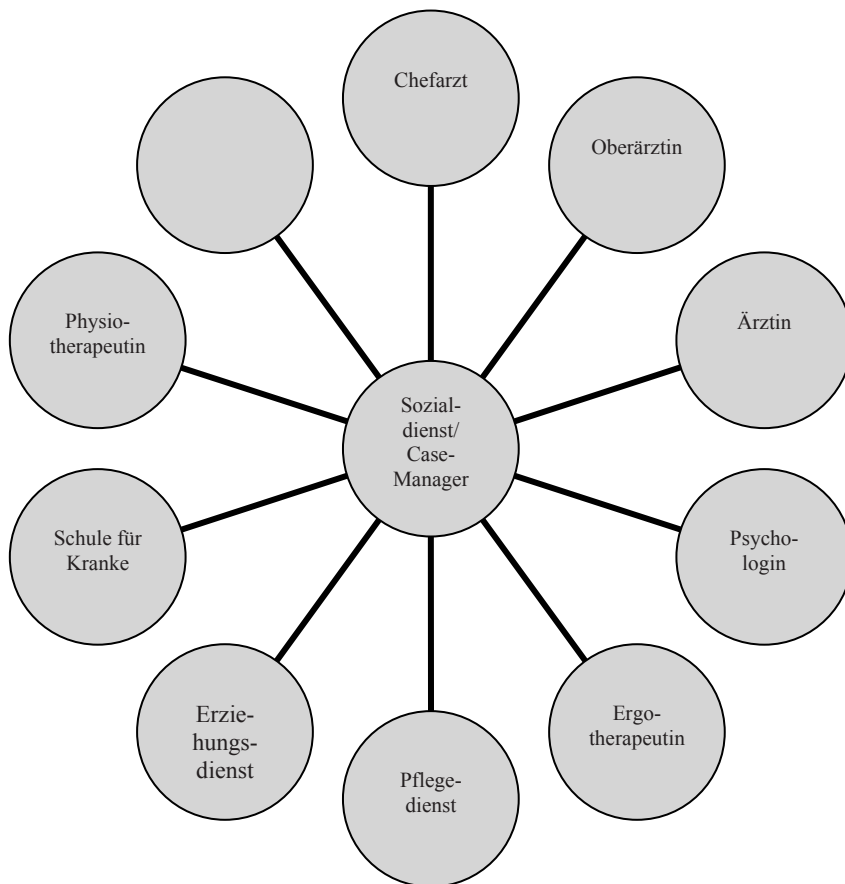
Die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist für die ambulante und teilstationäre Versorgung von Stadt und Kreis Düren zuständig. Die vollstationäre Versorgung wird von unserem Kooperationspartner, dem Universitätsklinikum Aachen, unter Leitung von Frau Prof. Dr. Herpertz-Dahlmann abgedeckt.

### *Die Lebenswelt in Düren*

In Stadt und Kreis Düren leben etwa 363.000 Menschen. Jedes 5. Kind im Kreisgebiet lebt an der Armutsgrenze (*Dürener Nachrichten*, 06.08.2007, Seite 11). Das Jugendamt der Stadt Düren verzeichnet eine Zunahme der Fälle in den letzten 10 Jahren um 250% bei gleich bleibendem Personalstand. Die Mitarbeiter des Jugendamts arbeiten im Akkord und an der Leistungsgrenze (vgl. *Dürener Nachrichten* 2007).

*Arbeitsfeld des Sozialdienstes innerhalb eines multiprofessionellen Teams*

Im Sozialdienst ist der Sozialarbeiter auf die Unterstützung/ Mitwirkung der anderen Professionen angewiesen. Wichtig hierbei ist ein kontinuierlicher Informationsaustausch (Chef-Visite, Team, externe Supervision, Stationsversammlung, Vorbesprechungen, „Tür- und Angel-Gespräche“) um aktuelle Entwicklungsschritte des Patienten berücksichtigen zu können, diese in den Hilfeprozess zu integrieren und so klare Aussagen gegenüber anderen Institutionen tätigen zu können.



## **Zugangsweg zum Sozialdienst / Case-Manager**

Grundsätzlich stellen sich zwei Zugangswege zum Sozialdienst dar:

- Im Verlauf der Behandlung stellt sich im therapeutischen Kontext heraus, dass die Familie nach der Entlassung weiterer Hilfestellung bedarf.
- Ist die Familie schon in ein Netzwerk von Hilfen integriert beginnt die Arbeit des Sozialdienstes/ des Case-Managers mit der Aufnahme des Klienten.

## **Aufgabenfeld des Sozialdienstes/ des Case-Managers**

- Beratung und Begleitung der Patienten und Personensorgeberechtigten
- Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu Ämtern und Behörden
- Erarbeitung von Ressourcen
- Beratung im Hinblick auf rechtliche Fragestellungen (v. a. §§ 27ff, § 35a / § 41 SGB VIII, § 53 SGB XII)
- Kontaktaufnahme und Vermittlung an Institutionen der Jugendhilfe
- Vermittlung an Beratungsstellen (Schulden, Sucht, Trennung, Scheidung etc.)
- Hausbesuche
- Soziales Kompetenztraining (SKT)
- Elternkurs: Starke Eltern - starke Kinder (DKB)
- Vorbereitung einer Perspektive im Bereich der beruflichen Orientierung
- Vermittlung von Praktika und außerschulischen Fördermöglichkeiten im Hinblick auf Freizeitgestaltung
- Zusammenarbeit mit der Schule für Kranke
- Beratung der Ärzte / Psychologen bei rechtlichen Fragestellungen
- Fortbildung für Ärzte und Psychologen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Begleitung und Erarbeitung einer adäquaten Perspektive v. a. im Hinblick auf mögliche Ambivalenzen der Eltern (Trauerarbeit)

## Vernetzung des Sozialdienstes mit anderen Institutionen und Diensten

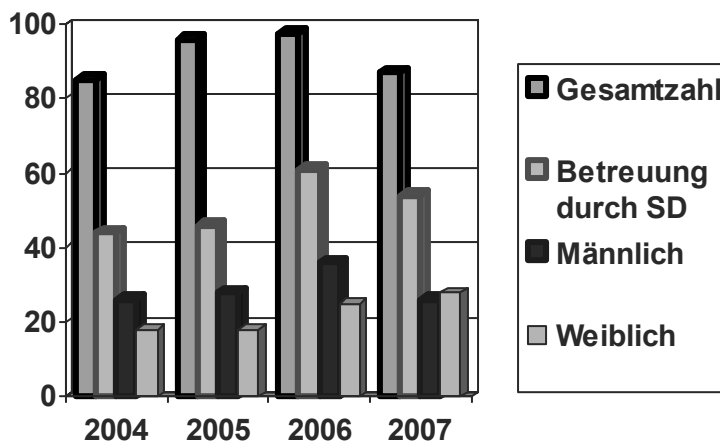
Die Vernetzungstätigkeit des Case-Managers spielt hierbei eine zentrale und wichtige Rolle.

Insbesondere ist die Zusammenarbeit mit folgenden Institutionen anzuführen:

- Schulamt
- Schule für Kranke
- Arbeitsamt (Berufberatung, BIZ, Reha)
- Familiengericht
- Jugendgerichtshilfe
- Landschaftsverband (KOKOBE)
- Arbeitskreisen
- zuständige Jugendämtern
- Einrichtungen der Jugendhilfe
- Beratungsstellen
- Sozialamt
- Ausländerbehörde
- Dolmetschern
- Gesundheitsamt
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Landesjugendamt

## Statistik des Sozialdienstes der Tagesklinik

Die immer größer werdende Bedeutung sozialarbeiterischer Tätigkeit im Rahmen des Case-Managements lässt sich auch Statistisch nachweisen:



Das entspricht unter Berücksichtigung der behandelten Patienten die den Sozialdienst in Anspruch genommen haben in % im Jahr:

2004: ca. 52 %

2005: ca. 48 %

2006: ca. 63 %

2007: ca. 62 %

In dieser schematischen Darstellung ist die Intensität der Betreuung und die Häufigkeit der Kontakte nicht abgebildet. Im Rahmen der sozialarbeiterischen Tätigkeit kann man von einem immer größer werdenden Pool an Multiproblemfamilien ausgehen, die eine längerfristige Betreuung benötigen.

### Das Verhältnis von Klient und Berater

Bei dem Management der einzelnen Fälle steht zunächst eine Arbeitsbeziehung im Vordergrund. Die Fachkräfte handeln sachwaltend und anwaltlich für ihre Klienten. Eine gewisse Nüchternheit und eine objektive Haltung sind gefragt.

Hierbei wird zunächst ein *impersonaler* Standpunkt bezogen, das heißt die Einschätzung der sozialen Problematik wird zunächst unabhängig davon gesehen, wie sie persönlich gefühlt und verstanden wird.

Wenn die Art der Unterstützung in der Beratung klar ist, bleibt auch der Charakter der Beziehungen offen, die sich hieraus ergeben (vgl. Wendt, 2001, S. 34ff.).

Eine gute persönliche Beziehung ist hilfreich für den Prozess, aber keine Voraussetzung für eine gute Kooperation, da diese in der Regel freiwillig eingegangen werden.

In der Beratung geht es oft um folgende Fragestellungen der Eltern:

- „Was passiert nach der Entlassung? Unser Kind hat gute Fortschritte gemacht, wir haben Angst alleine dazustehen und Sorge, dass es wieder „Rückschritte“ macht....“ (Versorgung von Dienstleistern)
- „Wir wollen mit dem Jugendamt nichts zu tun haben, wir haben Angst, dass sie uns das Kind wegnehmen.“ (Ängste nehmen)
- „Haben wir als Mutter oder als Vater, als Familie versagt?“ (Eltern stärken)



Prinzipiell gilt aber, dass der Klient als Experte der eigenen Sache gesehen wird und in seinem Handlungsvermögen gestärkt werden soll.

### **Verhältnis von Klient und Berater bei der Gefährdung des Kindeswohls**

Was aber nun, wenn sich Maßnahmen nach § 8a SGB VIII / dem § 1666 BGB (Gefährdung des Kindeswohls) abzeichnen?

Bei Konflikten ist es hilfreich sich wieder auf die objektive Aufgabe zu konzentrieren:

1. Auf die Klärung,
2. die Einschätzung,
3. und Zielvereinbarung

und den Eltern auf der sachlichen Ebene die nächsten Schritte, die Möglichkeit von Mitarbeit und die Konsequenzen aufzuzeigen.

### **Koordination und Kooperation**

Nach Wendt (2001) lassen sich folgende Akzente des Case-Managements anführen:

- (1) Kommunikation
- (2) Kooperation
- (3) Koordination
- (4) Vernetzung

#### *Zu (1) Kommunikation*

Ein koordiniertes Vorgehen und eine gute Zusammenarbeit setzen eine entwickelte Kommunikation voraus. Zu ihr gehören:

- a) Eine hinreichende Information der Nutzer eines Dienstes oder einer Einrichtung
- b) Eine entsprechende Information der an der Leistungserbringung Beteiligten über die Anliegen von Nutzern
- c) Die Art der Gesprächsführung mit dem Klienten und die Gestaltung der Beziehung zu ihnen
- d) Die Kultur des Umgangs in einem Dienst / einer Einrichtung
- e) Verbindlichkeit in Absprachen und Vereinbarungen

### *Zu (2) Kooperation*

Eine gute Kommunikation ist Voraussetzung und Teil der nötigen Kooperation in sozialen und gesundheitlichen Belangen.

Hierfür wird eine Arbeitsbeziehung benötigt. Kooperation meint hier zunächst einmal die Zusammenarbeit mit den Klienten.

Bei einer sozialarbeiterischen Maßnahme bleibt es aber nicht nur bei einer Arbeitsbeziehung zwischen den einzelnen Professionellen und dem individuellen Klienten. Andere Fachkräfte werden herangezogen, weitere Dienste beansprucht und interdisziplinäre Zusammenarbeit verlangt.

### *Zu (3) Koordination*

In den Versorgungssystemen wird von Koordination gesprochen, wenn Vorgänge aufeinander abgestimmt und Handlungen von Personen, Diensten, Einrichtungen einander zugeordnet und miteinander verknüpft werden.

### *Zu (4) Vernetzung*

Mit einer auf Dauer angelegten Koordination wird auch faktisch eine Vernetzung von Diensten und Einrichtungen erreicht. Sie tauschen sich untereinander aus und nutzen dafür formelle und informelle Wege. Soziale Netzwerke sind Beziehungsgeflechte, die aufgrund eines gemeinsamen Interesses bestehen und von irgendeiner Stelle bei Bedarf aktiviert werden. Die Beziehungen existieren auf der institutionellen Ebene und auf der persönlichen Ebene.

## **Anforderungen**

Hierbei werden besondere Anforderungen an den Sozialarbeiter gestellt:

Diese Fachsozialarbeit ist spezialisiert auf:

- Die direkte Arbeit mit Klienten und deren Personensorgeberechtigten
- Schwere soziale und psycho-soziale Störungen, soziale Probleme und psychische, somatische und chronische Erkrankungen
- Gesundheitsarbeit mit intensiver Einbeziehung des sozialen Kontextes

Dieses große Arbeitsfeld erfordert eine Vielzahl von *Kompetenzen* vor allem in den Bereichen

- Gespräch und Verhandlung
- Beratung
- Konfliktfähigkeit
- Interkulturelle Kompetenz

- Moderation
- Vermittlung
- Verständliche Sprache für den Klienten / die Institutionen
- Fähigkeit zum Schnittstellenmanagement
- Kenntnisse in Dokumentation und Monitoring
- Genaue Kenntnisse der örtlichen und regionalen Netzwerke und Hilfsangebote
- Rechtlichen Fragestellungen
- Vermittlung zwischen KJP und anderen Institutionen

### **Vorraussetzungen**

Um ein gutes Zusammenwirken der verschiedenen Fachkräfte sowohl innerhalb der Tagesklinik als auch außerhalb mit anderen Institutionen zu gewährleisten sollten bestimmte Vorraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Case-Manager geschaffen werden:

- Umsetzung der Psych PV Verordnung (133 Minuten pro Patient/ pro Woche in TK)
- Bereitschaft der Therapeuten / Ärzten dieses Aufgabenfeld anzuerkennen
- Wertschätzung
- Genau definierter Aufgabenbereich des Sozialdienstes innerhalb der KJP im Rahmen einer Stellenbeschreibung
- Der Sozialarbeiter benötigt einen gewissen Handlungsspielraum im klinischen Kontext: Werden von „oben nach unten“ Arbeitsanweisungen erlassen, die den Beteiligten auf der direkten Ebene jeden Handlungsspielraum nehmen und ihnen eine freie Abstimmung verbieten, wirkt sich dies auf die Versorgung der Patienten aus (vgl. Wendt, 2001, S. 134).
- Anerkennung anderer Sichtweisen und Akzeptanz anderer Berufsgruppen
- Bereitschaft sich mit anderen Systemen auseinanderzusetzen
- Wissen um die Aufgaben und Zuständigkeiten von unterschiedlichen Professionen, Verfahrenswege und Rahmenbedingungen
- Ressourcenbündelung zur Vermeidung von doppelten Lotsen und Kosten
- Kollegiale Beratung und Supervision

**Das Ziel der Case-Manager in den Tageskliniken** sollte eine gute regionale und überregionale Vernetzung unter Berücksichtigung aller Professionen zur bestmöglichen Versorgung des Patienten sein. Dies erfordert eine systematische Kooperation und die Vermeidung von Verantwortungsdiffusionen innerhalb und außerhalb der Tageskliniken. Hilfreich erweist sich die Erarbeitung eines interdisziplinären Hilfeverständnisses, gemeinsame Fortbildungen, klare und verbindliche Standards und die Entwicklung des Umgangs mit Fehlern.

Der sozialarbeiterischen Profession wird hierbei zudem die Bereitschaft abverlangt sich mit Forschung und Entwicklung zu beschäftigen. Die Mitwirkung in Arbeitsgruppen (z.B. KJP-JH, Deutscher Berufsverband Soziale Arbeit) und der Zusammenschluss der kinder- und jugendpsychiatrischen Sozialdienste erweisen sich hierbei sicherlich als hilfreich.

### **Zusammenfassung**

Dem Case-Manager werden verschiedene Professionen abverlangt. Er muss nach Außen und mit dem Klienten kommunizieren, Rollen klären, Absprachen treffen, Situationen und Personen einschätzen, sich in der Planung von Mitteln und Wegen verstehen, koordinieren, anwaltlich handeln, Vorgänge und Ergebnisse bewerten und sie dokumentieren. Mit diesen Eigenschaften lässt sich im Einzelfall angemessen handeln und eine bloß mechanische Ausführung im Case-Management vermeiden. Es gibt kein Rezept, wie man soziale Probleme lösen, Kinder erziehen oder Krankheiten behandeln kann. Die Persönlichkeit des Case-Managers spielt dabei eine wichtige Rolle (Wendt, 2001).

### **Ausblick**

Durch die immer größeren Erwartungen und Leistungsanforderung der Krankenkassen, nach mehr Dokumentation und erheblicher Verwaltungsarbeit, bleibt den Behandelnden immer weniger Zeit am Patienten zur Verfügung. Sozialarbeiterisches Handeln sollte im Idealfall immer zu einer Entlastung der Ärzte / Psychologen führen. Dabei ist eine genaue Koordination der jeweiligen Verantwortungsbereiche von Nöten, um Ressourcen und Kosten einzusparen und eine effiziente Behandlung am Patienten zu gewährleisten. Eine zeitnahe Einbeziehung und die Abgabe von sozialarbeiterischen Aufgaben an den Sozialdienst sind somit gefragt. Die aktuelle Entwicklung zeigt auch im ambulanten Kontext, dass sozialarbeiterisches

Handeln, die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und eine gute Kooperation im gemeinsamen Helfersetting sich als sinnvoll erweist, um weiterhin eine gute kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung zu gewährleisten und Behandlungserfolge dauerhaft zu erhalten. Durch die selbstbewusste Spezialisierung der Sozialen Arbeit auf diesem Sektor ist eine Angleichung an amerikanische Verhältnisse und ein Ausbau dieses Arbeitsbereiches zu erwarten.

## Abschlusswort

Für eine erfolgreiche Praxis sollte der Case-Manager nach John Reiff & Barbara Shore (1993) wenigstens über drei Dinge verfügen: Virtuosität, eine hinreichende Wissensbasis und einen gewissen Grad an professioneller Autonomie in seiner Arbeit.

## Literatur

Dürener Nachrichten, 06.08.2007, 11

*Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge* (Hg.) (2002) Fachlexikon der sozialen Arbeit. Stuttgart, Köln: Kohlhammer

*Galuske, M.* (1999) Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim: Juventa.

*Lowy, L.* (1988) Case Management in der Sozialarbeit. In: Brennpunkte Sozialer Arbeit, Themenheft Soziale Einzelhilfe. Frankfurt am Main, Diensterweg Verlag, 31-39

*Raiff, N. R., Shore, B. K.* (1993) Advanced Case Management. New Strategies for the Nineties. Newbury Park, California: Sage

*Rothmann, J.* (1992) Guidelines for Case Management: Putting Research to Professional Use. Itasca, Ill: F.E. Peacock

*Wendt, W.R.* (2001) Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg i. B.: Lambertus Verlag

## Weitere Informationsquellen

Newsletter Rechtsfragen der Jugendhilfe: [www.lvr.de](http://www.lvr.de)

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit [www.dbsh.de](http://www.dbsh.de)

Deutscher Kinderschutzbund [www.dksb.de](http://www.dksb.de)

Deutsche Gesellschaft für Care und Case-Management: [www.dgcc.de](http://www.dgcc.de)

Newsletter Kinder und Jugend: [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)

## **Empfehlungen des Landschaftsverband Rheinland**

- Damit sich Kompetenzen ergänzen: Arbeitshilfe für die Kooperation der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe“
- „Die Vermittlungsstelle für Grenzfälle zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie“
- „Arbeitshilfe zum einheitlichen Umgang mit dem §35a SGB VIII“

### **Entwicklung und Spezialisierung**

- *Ausbildung als Case-Manager*: [www.dgcc.de](http://www.dgcc.de): Ausbildung > Anerkannte Institute
- *Zentralstelle für klinische Sozialarbeit*: [www.klinische-sozialarbeit.de](http://www.klinische-sozialarbeit.de)
- *Studium für Klinische Sozialarbeit*:
  - a) Alice Salomon Fachhochschule Berlin, [www.asfh-berlin.de](http://www.asfh-berlin.de)
  - b) Fachhochschule Coburg, [www.fh-coburg.de](http://www.fh-coburg.de)

### **Adresse der Autorin:**

Frau Dipl.-Sozialarbeiterin / Dipl. Sozialpädagogin Maren Wetter  
St. Marien-Hospital Düren  
Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Sozialdienst  
Hospitalstraße 44  
52353 Düren  
Tel. 02421-805 6723  
Fax: 02421-805 6726  
Email: [mwetter.smh-dn@ct-west.de](mailto:mwetter.smh-dn@ct-west.de)  
Homepage: [www.marien-hospital-dueren.de](http://www.marien-hospital-dueren.de)

***Positionspapier:***  
**Kinder und Jugendliche mit  
psychischen Störungen in der  
stationären Jugendhilfe**

*Jörg M. Fegert, Tanja Besier, Lutz Goldbeck*

und

**Reisensburger inter-disziplinärer  
Appell der Fachkräfte**

## **I. Positionspapier**

### **1. Einleitung**

Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und der Krankenkassen sowie mit Hilfe des Dreiländerinstituts Jugend Familie Gesellschaft Recht GmbH und mit Forschungsmitteln der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie wurde zum Abschluss der Studie „*Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte*“ (Förderkennzeichen 01GL0508) eine Expertenrunde sowie in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG) und ihrer Arbeitsgruppe Institutsambulanzen eine Fachtagung zur Problematik von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen durchgeführt.

Die bei dem Expertentreffen vorgestellte und auf der Tagung diskutierte Studie betrat nach der Ulmer Heimkinderstudie (Nützel et al., 2005; Schmid et al., 2006, 2007) erneut Neuland, indem sie unmittelbar an der Schnittstelle zwischen zwei sozialrechtlichen Systemen (SGB V und SGB VIII) die *Wirksamkeit eines kooperativen, sich ergänzenden Interventionsansatzes empirisch in einem Vergleichgruppendesign untersuchte*. Bisherige Evaluationsstudien zur Wirksamkeit von Hilfeprogrammen, die ja in den letzten Jugendberichten mit Nachdruck angemahnt worden sind, bleiben Raritäten und waren, wie z. B. die Jugendhilfeeffektstudie (Schmidt et al., 2002) oder Studien zum Home-Treatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (z.B. Schmidt et al., 2006), jeweils *nur auf ein Hilfesystem* bezogen. Mit der Einführung des § 35 a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) in das Kinder- und Jugendhilfegesetz bzw. schon über die Vorgängernorm nach § 27.4 wurde deutlich, dass der Gesetzgeber prinzipiell durchaus anerkennt, dass es eine gewisse Zahl von Kindern gibt, die einerseits *erzieherische Hilfen und andererseits rehabilitative Maßnahmen brauchen, welche sich auf ihre störungsbedingten Probleme beziehen*. Dennoch ist die Debatte um Leistungszuständigkeiten bislang sowohl im Krankenkassenbereich, wie in der Jugendhilfe, primär als *Abgrenzungsdebatte* geführt worden.

Die Teilleistungsstörungen haben, ausgelöst durch anwaltlich gut vertretene Mittelschichteltern, in der Rechtsprechung und in der öffentlichen Debatte eine übergroße Bedeutung und Wahrnehmung eingenommen, wobei man sich im Einzelfall tatsächlich fragen kann, ob sowohl die Krankenkassen als auch die Jugendhilfe für allfällige Defizite im Bildungssystem durch „Nachhilfe auf Krankenschein“ bzw. „Nachhilfe als Jugendhilfe“ einspringen sollen. Einschlägige Verwaltungsgerichtsurteile, an denen wir zum Teil auch gutachterlich beteiligt waren, haben hier zur Klarstellung beigetragen und betont, dass nicht die diagnostizierte Störung allein, sondern die tatsächliche *Teilhabebeeinträchtigung* aufgrund der Störung die Anspruchsbegründung im Bereich der Jugendhilfe darstellt. Angesichts dieser oft polemisch geführten relativen „Luxusdebatte“ über ambulante Eingliederungshilfen im Teilleistungsstörungenbereich, wird eine zentrale Kerngruppe gerne übersehen, bei der die *Teilhabebeeinträchtigung* unstrittig ist, ob nun normativ der § 35a SGB VIII zur Realisierung von Hilfen angewendet wurde oder nicht: *Heimkinder mit psychischen Störungen*.



## **2. Charakteristika der Zielgruppe und Problembeschreibung**

In der Klientel der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Heimkinder mit psychischen Störungen überproportional vertreten. Sie haben schlechtere Prognosecharakteristika, haben oft längere Liegezeiten, und der stationäre Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie führt – wie wiederholt seit der ursprünglichen Publikation von Gintzel und Schone (Gintzel und Schone, 1989; Gintzel und Schone, 1990a; Gintzel und Schone, 1990b) gezeigt wurde – häufig zu Beziehungsabbrüchen in der Heimerziehung und zur Vermittlung in neue Einrichtungen. Im Bereich der Jugendhilfe stellen diese stationären Maßnahmen vom Gesamtvolumen her mit die teuersten Maßnahmen dar. Scheiterverläufe mit Serien von Abbrüchen und Weitervermittlungen konfrontieren beide Systeme permanent mit ihren Grenzen und auch mit der Frage iatrogenen bzw. hilfverursachter Folgeschäden.

## **3. Datenlage und Entwicklungen im Hilfesystem**

Die Ulmer Heimkinderstudie (Schmid, 2007, 2008) hat für Deutschland gezeigt, was aus der englischsprachigen Literatur (z.B. Meltzer et al., 2003) schon länger bekannt war. Bei einer Untersuchung von 689 Kindern und Jugendlichen (480 Jungen und 209 Mädchen) in stationären Jugendhilfemaßnahmen wurde deutlich, dass 82% dieser Kinder in Screeninguntersuchungen, wie sie jetzt ähnlich auch vom Robert-Koch-Institut im KIGGS Survey ([www.kiggs.de](http://www.kiggs.de)) angewandt wurden, Ergebnisse im klinisch auffälligen Bereich erreichten. 30 % der Stichprobe erreichten mit einem T-Wert von über 70 in der Gesamtskala der Child Behavior Checklist CBCL (Achenbach, 1991; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) einen dermaßen auffälligen Wert, wie ihn nur 2% der Allgemeinbevölkerung erreichen.

Auf Diagnoseebene zeigte sich, dass ca. 60% der Kinder- und Jugendlichen aus den untersuchten Heimen die Diagnosekriterien für eine psychische Störung erfüllen, 37,7% der Kinder und Jugendlichen erfüllten Kriterien für mehrere psychische Störungen. Diese Ergebnisse wurden im Rahmen der nun vorliegenden Ulmer Heimkinderinterventionsstudie erneut bestätigt. Bei wissenschaftlich publizierten Leitlinien wird eine solche Replikation vorausgesetzt, damit von einem hohen Evidenzgrad gesprochen werden kann.

Damit bleibt zunächst als Ausgangspunkt festzuhalten: *In der stationären Jugendhilfe sind Heimkinder und Jugendliche mit psychischen Störungen eher die Regel denn die Ausnahme. Mehr als die Hälfte der betreuten Kinder leidet unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen und mehr als ein Drittel sogar an mehreren, stark ausgeprägten psychischen Störungen.*

Dies ist nicht verwunderlich, denn das Feld der stationären Jugendhilfe hat sich in den letzten Jahren dramatisch verändert. Durch die generelle Verbesserung und Verbreitung niedrigschwelliger ambulanter Zugänge und durch die Einführung zahlreicher, auch aufsuchender, ambulanter Hilfeangebote, ist in Bezug auf die stationäre Jugendhilfe ein *Verzögerungs- und Selektionseffekt* eingetreten. Häufig kommen Kinder entweder kurzfristig und nur vorübergehend zum hochakuten Kinderschutz in stationäre Hilfen, oder sie erreichen eine stationäre Unterbringung in der Jugendhilfe nach einer Serie von gescheiterten ambulanten Hilfen. Damit steigt das mittlere Alter der in der stationären Jugendhilfe betreuten Jugendlichen an, gleichzeitig entstehen *Selektionseffekte (nur die im ambulanten Bereiche gescheiterten kommen in die stationäre Hilfe), die zu einer Verdichtung von problematischen Erziehungs-, Betreuungs- und Therapieaufgaben führen.*

Es bleibt festzuhalten: *Die Klientel der stationären Jugendhilfe heute unterscheidet sich dank der Weiterdifferenzierung der Jugendhilfe massiv von der Klientel von z. B. vor 20 Jahren in Bezug auf Intensität der Belastung und in Bezug auf die Vorerfahrung mit verschiedenen Hilfesystemen im Jugendhilfe- und Gesundheitsbereich sowie in der Schule.*

„Revieregrenzen“ zwischen Jugendhilfe (SGB VIII) und Jugendpsychiatrie (SGB V) sind bislang eher abgrenzend und als „Verschiebebahnhöfe“ zu charakterisieren. Beide Seiten zeigten systematisch großes Misstrauen gegenüber mischfinanzierten oder kooperativen Ansätzen. Die hier erfolgreich untersuchte, aufsuchende Ambulanzarbeit wurde z. B. von Vertretern der Ärzte und Kassen zunächst als eine mit der alten ärztlichen Standesordnung (aus der Zeit des Nationalsozialismus, aber noch über die Jahrtausendwende hinweg gültig) erst im letzten Jahr durch das Vertragsarztrecht-Änderungsgesetzes revidierte, nicht zulässige Ausübung des Arztberufes in Wanderschaft angesehen. Dagegen wird in vielen Heimen die Vorstellung auffälliger Kinder in der Sprechstunde der Kinder- und Jugendpsychiatrie und gar die Idee, Kinder eventuell auch mit Medikamenten zu behandeln, als das Eingeständnis eines Scheiterns gewertet. So zeigte die Ulmer Heimkinderstudie (Schmid, 2007, 2008), dass Heimkinder - im Vergleich zu am-

bulant behandelten Mittelschichtfamilienkindern - bei gleicher Diagnose aber stärkerer psychiatrischer Belastung eine deutlich geringere Chance haben, eine medikamentöse Intervention zur Unterstützung ihres Zurechtkommens im Alltag zu erhalten. Auch in der täglichen Praxis stehen der gegenseitigen Zusammenarbeit multiple Hürden im Weg. Muss eines der Heimkinder zur Vorstellung in eine Sprechstunde bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater oder in eine Institutsambulanz gebracht werden, fehlen in der Einrichtung oft die personellen Ressourcen, hier jemanden mitzuschicken, der vertieft mit der Problemlage des Jugendlichen vertraut ist. Oft kommt der Jugendliche in Begleitung eines Zivildienstleistenden, wie zu anderen Arztbesuchen, und die kinder- und jugendpsychiatrische Tätigkeit ist mangels schlüssiger Anamneseerhebung unmöglich bzw. sehr weit eingeschränkt. Unter solchen Verhältnissen wird das Potential der ambulanten psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten nur unzureichend ausgeschöpft. In den Heimen entsteht der Eindruck, dass Kinder- und Jugendpsychiatrie im Vorfeld sowieso nicht hilfreich sein könne und man diese Institution vor allem zur stationären Aufnahme und Entlastung bei nicht mehr zu bewältigenden Krisen in der Einrichtung braucht. Hiermit werden Kinder und Jugendliche unnötigen Beziehungsabbrüchen und Systemwechseln ausgesetzt und wesentliche Chancen der frühzeitigen Intervention oder indizierten Prävention, z. B. späterer Suchterkrankungen (vgl. Fegert et al. 2007) werden verpasst.

*Es bleibt festzuhalten: Die Abgrenzung der Systeme führt zu Praxisproblemen im Alltag, zu einer medizinischen und therapeutischen Unterversorgung von Heimkindern, zu einer überproportionalen stationären Aufnahme mit hohem Abbruchsrisiko in der Jugendhilfe und damit zu iatrogenen oder systemimmanenten Verschlechterung der Prognose dieser Kinder und Jugendlichen in beiden Sozialleistungssystemen. Dies führt wiederum zu gesteigerten Folgekosten.*

Heutzutage sind Kinder in stationären Jugendhilfeeinrichtungen die Kinder in unserer Gesellschaft, die am häufigsten extremen und vor allem kumulierenden psychosozialen Belastungen (z. B. Misshandlung, sexueller Missbrauch, Deprivation und multiple Beziehungsabbrüche durch unterschiedliche Fremdplatzierungen) ausgesetzt waren bzw. sind. Ungefähr 60% der Kinder- und Jugendlichen aus Heimen haben gesicherte Missbrauchs-, Misshandlungs- und/oder Vernachlässigungserfahrungen. Auch diese tragen dazu bei, dass die psychischen Störungen, welche bei Kindern aus der stationären Jugendhilfe diagnostiziert werden, häufig vom Grad der Beeinträchtigung stärker ausgeprägt sind als bei der sonstigen Klientel der Kin-

der und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP). Externalisierende Probleme wie aggressiv-impulsives Verhalten, für die mittlerweile eine anlagebedingte Komponente gut untersucht ist, sind bei diesen Kindern nicht nur durch Temperament und anlagebedingte Risiken verursacht, sondern sind vor allem Folgen früher Störungen der Versorgung (im Sinne von primärer Sozialisation) und der Interaktion im Bindungsverhalten. Neuere Langzeituntersuchungen an Babys, deren Mütter impulsiv-intrusiv oder vor allem vernachlässigend und mit Desinteresse in der frühen Kindheit auf sie reagierten ([www.familypathwaysproject.org](http://www.familypathwaysproject.org)) zeigen, dass diese Kinder im Schulalter zunächst häufig durch aggressiv-impulsives Verhalten oder durch stark fürsorglich dirigierendes Verhalten im Sinne einer Parentifizierung gegenüber ihren oft psychisch belasteten oder suchtkranken Eltern auffallen. Im weiteren Verlauf zeigen viele dieser Probanden, welche in der frühen Kindheit bei uns in Europa eventuell mit einer Bindungsstörung mit Enthemmung nach ICD-10 diagnostiziert werden könnten und die vielleicht im Schulalter die Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens erhalten würden, im Jugendalter zunehmend Persönlichkeitsentwicklungsstörungen mit impulsiv-autoaggressiven Verhaltensweisen, wie selbstverletzendem Verhalten und erhöhter Suizidalität. Bei solchen Kindern und Jugendlichen ist ein massiv erhöhtes Suchtentwicklungsrisiko bekannt und in der Forschungsliteratur gut dokumentiert (Fegert et al. 2007).

*Festzuhalten bleibt: Selbst wenn in bestimmten Altersgruppen bei diesen Kindern in der stationären Jugendhilfe vergleichbare psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 gestellt werden können, ist der Schweregrad der psychiatrischen Belastung, der Eingliederungs- und Erziehungsbedarf häufig größer und die Prognose aufgrund früher und kontinuierlicher Deprivations- und Beziehungsstörungserlebnisse ungünstiger. Bei der Hilfeplanung muss deshalb nicht allein der erzieherische Bedarf bzw. der Hilfebedarf der Eltern aufgrund auch ungewollten erzieherischen Versagens und nicht nur die psychische Störung allein, sondern vor allem die aus beiden Faktoren resultierende tatsächliche Teilhabebeeinträchtigung beachtet werden.*

#### **4. Teilhabebeeinträchtigung**

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich die multiaxiale Diagnostik nach ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) eingebürgert, hier bietet die dort repräsentierte Achse 6 einen orientierenden Überblick über das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung. Weitere Untersuchungsmöglichkeiten sowie Vorschläge zur Beschreibung der Teilhabebeeinträchtigung im Rahmen der Jugendhilfeplanung haben wir im Rahmen eines Projektes für das Bundes-

ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ausgeführt (Kölch et al., 2007). Die Teilhabebeeinträchtigung dieser Kinder wird nach den Grundsätzen der Weltgesundheitsorganisation, die auch unserem Sozial- und Behindertenrecht zugrunde liegen, in drei Bereichen beschrieben:

Der erste Bereich betrifft die körperliche Funktion bzw. Funktionseinschränkung. Hierzu zählen auch z. B. anlagebedingte oder erworbene neuropsychologische Defizite, welche im Rahmen der ärztlichen und psychologischen Diagnostik festgestellt werden können. Gezielte Trainings- und Hilfsmaßnahmen können hier in der Regel teilweise zu einer Verbesserung der Funktion beitragen.

Die zweite Ebene betrifft das individuelle Aktivitätsniveau. Hier handelt es sich um einen personenbezogenen, häufig temperamentabhängigen Faktor, der den Wunsch nach Teilhabe mitbestimmt. Insofern kann eine Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung nicht generell nur aufgrund von medizinischen Befunden oder pädagogischen Feststellungen getroffen werden, sondern man muss sich stets mit den Bedürfnissen im Einzelfall, mit den Wünschen und Lebensentwürfen des Einzelnen auseinandersetzen.

Erst der dritte Teilbereich ist die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, d. h. die Partizipationsebene deren Beeinträchtigung durch Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern, hier insbesondere nach SGB VIII § 35 a, reduziert werden soll. Hier lassen sich Barrieren und Hindernisse bei der Teilhabe sinnvollerweise von Faszilitatoren als Unterstützungsmaßnahmen unterscheiden.

In unserem konkreten Beispiel wurden multiple Barrieren und Hindernisse bei der Zugänglichkeit zur ambulanten psychiatrischen Versorgung für Heimkinder aufgezeigt. Der aufsuchende Behandlungsansatz kann deshalb im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF, [www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf\\_endfassung-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endfassung-2005-10-01.pdf)) als Faszilitierung angesehen werden. Diverse Teilhabebeeinträchtigungen und der natürliche Verlauf bestimmter psychischer Störungen sind mit erhöhten Risiken für *Folgeprobleme* wie *Kriminalität* oder *Suchtentwicklung* und damit auch mit Risiken für enorme gesellschaftliche Folgekosten verbunden.

Dies wird u. a. durch die Untersuchungen von Scott et al. (2001) im EU-Grünbuch psychische Gesundheit nachdrücklich belegt

([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf)). Zusammenarbeit zwischen den Systemen dient also als Faszilitator zur Reduzierung der Teilhabebeeinträchtigung und sollte gleichzeitig Elemente der indizierten Prävention sowie psychoedukative und Weiterbildungselemente für die Fachkräfte der Jugendhilfe enthalten.

## 5. Sozioökonomische Folgen

Die vorliegende Studie konnte zeigen, dass eine gemeinsame Versorgung aus Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie möglich ist und dass beide Systeme und insbesondere ihre Klienten messbar von dieser Kooperation profitieren. Eventuell längerfristig verlaufsbeeinflussende oder gar indiziert präventive Aspekte konnten aufgrund des kurzen Bewilligungszeitraums nicht untersucht werden, sollten aber unbedingt weiterverfolgt werden.

Allein die *nachgewiesene Vermeidung von Krankenhaustagen* belegt den *ökonomischen Nutzen* solcher Vorgehensweisen, dennoch wären differenziertere, auch zukünftig eintretende Folgekosten mit in Betracht ziehende, ökonomische Auswertungen wünschenswert.

## II. Reizensburger interdisziplinärer Appell der Fachkräfte

Die anwesenden Expertinnen und Experten aus Jugendhilfe und kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung haben nach Kenntnisnahme dieser Fakten und Ausgangsbedingungen sowie der neuesten Studienergebnisse folgende Forderungen bzw. Statements formuliert:

1. Die in der stationären Jugendhilfe betreute Klientel hat sich in den letzten 20 Jahren massiv verändert. Allerdings ist dieser Veränderungsprozess nun an seine Grenzen gestoßen. Verlagerungen in ambulante Jugendhilfemaßnahmen und Intensivierung der Rückführung von Kindern und Jugendlichen in die Herkunftsfamilien stoßen an natürliche Grenzen der Machbarkeit. Insofern werden für eine jetzt verbleibende Gruppe von häufig in ihrer Vorgeschichte schwer belasteten Kindern und Jugendlichen, die zu mehr als der Hälfte an diagnostizierbaren psychischen Störungen, unter anderem als Folge ihrer Erziehungs- und Beziehungsvorgeschichte leiden, weiterhin *stationäre Hilfen zum erforderlichen Zeitpunkt unbedingt*

*notwendig* sein. Generelle politische Setzungen, wie das Ziel der Rückführung aller Kinder, die Auflösung der stationären Jugendhilfe etc., sind utopisch und schaden vielen Kindern, welche in der Heimerziehung den aktuell bestmöglichen Entwicklungs- und Lebensort und die notwendige Kontinuität, insbesondere Beziehungskontinuität in einer schwierigen Situation erfahren.

2. Der zunehmend hohe Anteil psychisch und mehrfach belasteter Jugendlicher in stationären Maßnahmen erfordert zwingend eine *enge Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. Neue Akzente in der Aus-, Fort- und Weiterbildung bei Fachkräften in beiden Versorgungssystemen sind ebenso vonnöten wie eine Anpassung der Settings und pädagogischen Konzeptionen in den Praxen, Kliniken und Jugendhilfeeinrichtungen an die veränderten Bedürfnisse.
3. Das *Hin- und Herschieben* der Fälle zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie verursacht unnötige Kosten und verschlechtert die Prognose durch wiederholtes Erleben von Scheitern und Beziehungsabbrüchen, was seit vielen Jahren (Gintzel und Schone 1990a, b und vielfache Folgeuntersuchungen, Übersicht zu weiteren Untersuchungen in Fegert und Schrapper, 2004) gut dokumentiert ist. Eine kooperative, komplementäre Versorgung, Sektoren übergreifend, hat sich empirisch bewährt und muss nun generell in der Praxis umgesetzt werden. Hier gilt es, den Argwohn und die „St. Florians Mentalität“ vieler Kostenträger, welche derzeit lieber mehr Geld ausgeben als Mischfinanzierungen oder Vernetzungen an den Systemgrenzen zu begrüßen, durch wissenschaftliche Argumente und durch fachpolitische Äußerungen zu überwinden. Eine gemeinsame Fallsicht sollte regelhaft entwickelt werden. Dies wird durch „Kompetenztransfer“ zwischen den Systemen ermöglicht. Die Zuordnung und Transparenz von systemübergreifend erbrachten Leistungen mit Veränderungen im Verlauf der Hilfe muss Grundlage für die Finanzierung sein.
4. Der hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen mit traumatischen Vorerfahrungen und mit diagnostizierbaren psychischen Störungen sollte zu einer generell *stärkeren Beachtung dieser Faktoren bei der Hilfeplanung, insbesondere bei der Planung stationärer Hilfen* führen. Es wäre sinnvoll, etablierte Screeningmethoden für die wich-

tigsten Verhaltensauffälligkeiten, wie z. B. die CBCL (Child Behavior Checklist) oder das noch kürzere Verfahren SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire), welches im Rahmen des KIGGs des Robert-Koch-Instituts ([www.kiggs.de](http://www.kiggs.de)) eingesetzt wurde und was damit zu allen Fragestellungen deutsche Referenzdaten bietet und kostenfrei bezogen werden kann ([wwwuser.gwdg.de/~ukyk/doc](http://wwwuser.gwdg.de/~ukyk/doc)), einzusetzen. Hierdurch ließe es sich vermeiden, dass Kinder und Jugendliche erst nach einer Phase des „Honeymoons“ in einer Einrichtung ihre tatsächlichen Probleme zeigen und dass dann mit erheblicher Latenz auf diesen, durch die psychische Belastung mitbedingten Hilfebedarf reagiert werden kann. Generell dient es auch der Fairness der Erfassung der Leistungen in der Jugendhilfe, wenn man die psychischen Belastungen der betreuten Kinder und Jugendlichen mit dokumentiert. Angesichts der verstärkten und berechtigten Debatte um *Zielerreichung* und *Wirkorientierung* in der Jugendhilfe gilt es nur immer wieder zu betonen, dass man hier nicht allein äußerliche Parameter der Wirkung erfassen kann, denn diese führt dazu, dass „Äpfel mit Birnen“ verglichen werden. Manchmal ist es eben ein größerer Erfolg, wenn ein Kind, welches aus allen Bezügen herausgefallen ist, wieder in einem geschützten Rahmen zur Schule gehen kann, auch wenn das generelle Ziel, komplette Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, noch in weiter Ferne steht. Misst man Zielerreichung ausschließlich an hehren Zielen der Autonomieentwicklung und Integration und lässt änderungssensitive Parameter für Verhaltensauffälligkeiten außer acht, wird man gerade den Leistungen der Einrichtungen, die sich schwerst beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen widmen, nicht gerecht. Hilfeplanung nach SGB VIII erfordert angemessene, individualisierte, geeignete und notwendige Maßnahmen ohne eine Hierarchie der Abfolge oder Präferenz der „niederschwelligeren“, kostengünstiger scheinenden Maßnahmen. Somit kann und sollte auch Heimerziehung familienunterstützend wirken.

5. Der § 35 a SGB VIII hat auf beiden Seiten (Medizin und Jugendhilfe) nach gewissen primären Irritationen, zu einer stärkeren Zusammenarbeit geführt. Durch verschiedene Veränderungen in der Norm ist mittlerweile klar, dass Kinder- und Jugendpsychiater und andere kinder- und psychiatrisch erfahrene Ärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Psychologische Psychotherapeuten mit hinreichender Erfahrung hier primär eine *Feststellungsaufgabe* in Bezug auf das Vorliegen einer psychischen Störung mit



Krankheitswert haben und dass dann in einem zweiten Schritt, unter *Federführung der Jugendhilfe*, das Ausmaß der *Teilhabebeeinträchtigung* und die Ursachen für die *Teilhabebeeinträchtigung* bestimmt und die daraus resultierende vernünftige Hilfeform, mit den im Einzelfall notwendigen Komponenten, geplant werden.

Vollzugsdefizite und Implementierungsdefizite sind vor allem in Bezug auf die Durchführung und Evaluation der Hilfen bzw. ohnehin in Bezug auf die Anwendung der Norm festzustellen.

Für eine bessere Versorgung dieser Kinder ist zu fordern, dass bei der Planung einer stationären Jugendhilfemaßnahme systematisch nach dem Vorliegen einer psychischen Belastung geschaut werden muss, dass dieser Bedarf bei der Hilfeplanung berücksichtigt und dessen Erfüllung sichergestellt werden muss und dass auch bei der Fortschreibung des Hilfeplans, d. h. bei der Evaluation der Wirksamkeit der Hilfen, dieser Aspekt beachtet werden muss.

6. Der Schwierigkeits- und Belastungsgrad der heute in der stationären Jugendhilfe betreuten Kinder und Jugendlichen erfordert eine *hochqualifizierte Pädagogik*, die zur interdisziplinären Kooperation bereit und in der Lage ist. Hieraus ergibt sich ein gezielter Fortbildungs- und Supervisionsbedarf zur Verbesserung und Spezifizierung der „Haltefähigkeit der Einrichtung“ in Bezug auf diese schwierigen Jugendlichen und in Hinsicht auf eine angemessene, kontinuierliche weitere Hilfeplanung. *Psychologisch-pädagogische Fachdienste* in Jugendheimen haben sich vielfach als hilfreich bewährt, sowohl in der Unterstützung der Fachkräfte, wie auch in der Begleitung der Jugendlichen und als Brückenköpfe in der Kooperation über die Systeme hinweg. Ihre Position war nach der Einführung des Psychotherapeutengesetzes teilweise in Frage gestellt worden, weil nun ja eindeutig geregelt ist, dass Richtlinienpsychotherapien für Kinder Kassenleistungen sind. Letzteres soll auch nicht bestritten werden. Fachdienste können eine spezifische Funktion neben therapeutischen Angeboten in einer *Mittler- und Vermittlerfunktion haben*, z.B. innerhalb der Einrichtung, bei den Fachkräften, bei den Jugendlichen und bei der Koordinierung der Inanspruchnahmeströme zwischen den Systemen. Strukturelle Voraussetzungen, wie Sonderbedarfszulassungen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Einrichtungen, sind dafür zu schaffen.

7. *Aufsuchende Kinder- und Jugendpsychiatrie* kann effektiv zur *Reduzierung der Symptombelastung der in der stationären Jugendhilfe betreuten Kinder und Jugendlichen beitragen*, sie ist verglichen mit stationären Krankenbehandlungen kostengünstig und beugt iatrogenen bzw. systembedingten negativen Folgen, wie Beziehungsabbrüchen, vor. Sie verbessert die Inanspruchnahme und Frühzeitigkeit der erforderlichen Hilfen. Sie ersetzt nicht eine intensive Auseinandersetzung, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte in der Jugendhilfe und sie kann und will nicht die Arbeit der Fachdienste in der Jugendhilfe ersetzen. *Aufsuchende Kinder- und Jugendpsychiatrie* kann aber eine fachlich qualifizierte Versorgung orientiert am psychiatrischen „State of the art“ sicherstellen und nicht zuletzt auch durch psychoedukative Maßnahmen und teilweise durch eine Medikation dazu beitragen, dass Kinder- und Jugendliche, welche schon viele Beziehungsabbrüche in ihrem kurzen Leben mitbekommen haben, nicht in der nächsten Einrichtung erneut scheitern. *Aufsuchende Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie* führt zu einer verbesserten Akzeptanz und zu einer Effektivitätssteigerung psychiatrischer Interventionen gleichermaßen.
8. Kooperationen sind durch regelmäßige aufsuchende Arbeit herzustellen (es ist ein soziologischer Gemeinplatz, dass Nähe und Kenntnisse übereinander Vorbehalte reduzieren). Darüber hinaus braucht es *Projektgruppen*, die systemübergreifende Fragen regional und überregional (u.a. mit dem Ziel der Planung regionaler nachhaltiger Hilfeangebote unter Einbezug der politischen Gremien) bearbeiten. Derzeit erscheint es wichtiger, gemeinsam eine *Lobby für diese schwierigen und schwerst belasteten Kinder und Jugendlichen zu bilden*, als durch Schuldzuweisungen vom jeweils eigenen Scheitern abzulenken. Es ist dringend geboten, über die Trägersysteme hinweg eine *vernünftige Finanzierung* und Ausstattung dieser schwierigen Aufgabenstellung zu fordern, insbesondere für Personal, Supervision, einzelfallbezogenen Spezialangeboten in der Jugendhilfe und ärztlich-psychotherapeutische Leistungen.
9. Selbst in der besten ambulanten Zusammenarbeit lassen sich gelegentliche *akute Krankenhausbehandlungen* und *Krisenmanagement* unter Einsatz stationärer medizinischer Ressourcen nicht vermeiden. Hier ist es wichtig, dass im Vorfeld eine gemeinsame Sprache, eine *gemeinsame Definition von Krisen* und am besten eine manualisierte, vertraglich vereinbarter Umgangsform mit Kriseninterventionen

zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie vereinbart wird, in der die beiderseitige kontinuierliche Fallverantwortung festgelegt ist. Je stärker hier kooperativ strukturiert wird, desto eher lassen sich ungeplante lange Krankenhausaufenthalte und damit resultierende Beziehungsabbrüche vermeiden. Davon auszunehmen sind neu aufgetretene bzw. im Sinne eines neuen Erkrankungsschubs akut wieder aufgetretene schizophrene Erkrankungen oder affektive Psychosen, sowie manche Magersuchtsverläufe, Zwangserkrankungen etc., bei denen es, ähnlich wie bei in der Familie aufwachsenden Kindern, im Rahmen der stationären Behandlung, z. B. um eine medikamentöse Neueinstellung oder um eine akute intensive Krankenbehandlung der oft lebensgefährlichen Situation geht. Individualisierte Krisenpläne sind in Einzelfällen zu entwickeln.

10. Die Unterzeichner fordern die Fachverbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe dazu auf, sich verstärkt gemeinsam der Problematik von Kindern mit psychischen Problemen in stationärer Jugendhilfe zu widmen und Implementierungsstrategien zu unterstützen. Angeregt werden z. B. gemeinsame parlamentarische Abende oder ähnliche Aktivitäten zur Information der Politik und Öffentlichkeit über die Dringlichkeit der Problematik und über mögliche Lösungsvorschläge in Anlehnung an die existierenden und bewährten „Best practice-Modelle“.

Das Positionspapier wurde von dreißig Fachleuten aus Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe unterschrieben. Die Liste kann bei den Autoren angefordert werden.

### **Adressen der Autoren**

Prof. Dr. Jörg M. Fegert  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie,  
Universität Ulm, Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm  
E-Mail: Joerg.Fegert@uniklinik-ulm.de

Dipl.-Psych. Tanja Besier  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie,  
Universität Ulm, Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm  
E-Mail: Tanja.Besier@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie,  
Universität Ulm, Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm  
E-Mail: Lutz.Goldbeck@uniklinik-ulm.de

## Literatur

- Fegert JM, Schrappner C (2004), *Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation* München: Juventa Verlag Weinheim und München
- Fegert et al. (2007) EMCDDA-Bericht – forthcoming [http://europa.eu/agencies/community\\_agencies/emcdda/index\\_de.htm](http://europa.eu/agencies/community_agencies/emcdda/index_de.htm)
- Gintzel U, Schone R (1989), *Erziehungshilfen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - Problemlagen junger Menschen, Entscheidungsprozesse, Konflikte und Kooperation (Abschlussbericht)* Münster: Institut für soziale Arbeit e.V.
- Gintzel U, Schone R (1990a), Zur gegenseitigen Inanspruchnahme von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - Konzepte. Methoden R, ed. Münster: Votum Verlag
- Gintzel U, Schone R (1990b), *Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - Konzepte. Methoden, Rechtsgrundlagen* Münster: Votum Verlag
- Kölch M, Keller F, Kleinrahn R, Fegert J (2007), Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung und Zielplanung bei Kindern mit komorbiden Störungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. *Prävention und Rehabilitation* 19: 8-18
- Meltzer H, Lader D, Corbin T, Goodman R, Ford T (2003), *The mental health of young people looked after by the authorities in England. Summary report*. Norwich: St. Clements House
- Nützel, J, Schmid, M, Goldbeck, L, Fegert JM (2005), Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 627-644
- Remschmidt H, Schmidt MH, Poustka F (2006), *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV*, Vol. 5. Bern: Huber
- Schmid M (2007), *Psychische Gesundheit von Heimkindern - Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe* Weinheim - München: Juventa
- Schmid M, Goldbeck L, Nützel J, Fegert JM (2008), Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. [www.capmh.com/content/pdf/1753-2000-2-2.pdf](http://www.capmh.com/content/pdf/1753-2000-2-2.pdf)
- Schmid M, Nützel J, Fegert JM, Goldbeck L (2006), Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*: 544-558
- Schmidt MH, Schneider K, Hohm E, Pickartz A, Mascenare M, Petermann F, et al. (2002), *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt MH, Lay B, Göpel C, Naab S, Blanz B (2006). Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry* 15(5): 265-276
- Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B (2001), Financial costs for social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal* 232: 191-196
- Wiesner R (2006), *SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe*, Rz 19 – 25, 3. Auflage, erläutert,

## Qualitätsmanagement Toolbox (1)

*Julia Bellabarba*

*Ein Mann geht durch den Wald und sieht, wie ein Holzfäller mit einer stumpfen Axt versucht, einen dicken Baum zu fällen. Er schwitzt und kämpft mit der stumpfen, nutzlosen Axt. Der Mann fragt ihn „Warum mühen sie sich so? Die Axt ist stumpf. Sie werden den Baum nie fällen. Sie müssen erst die Axt schärfen.“ Der Holzfäller schaut kaum auf, erwidert nur keuchend „Ich habe keine Zeit zum schleifen. Ich muss den Baum fällen.“*

In den folgenden kurzen Artikeln möchte ich Handwerkszeug zum schleifen der Axt vorstellen: Qualitätsmanagementtools, die den Erfordernissen der QM Richtlinie\* entsprechen, und Teams helfen, effiziente Strukturen im Praxisalltag zu etablieren.

### **Teambesprechung: fünf Regeln**

1. *Themensammlung:* Praxisleitung und Mitarbeiter sammeln Themen (Tagesordnungspunkte) für die Besprechung vorab. Das kann am schwarzen Brett, im PC (Patientenakte „Team“), in einem Ordner passieren.
2. *Turnus:* Praxisleitung und das Team verabreden einen regelmäßigen Besprechungsturnus (zeitliche Abstände und Dauer der Besprechung sind je nach Größe und Bedürfnissen des Teams festzulegen). Wichtig ist: die vorgegebene Zeit wird genau eingehalten. Wenn die Zeit bei jeder Teambesprechung zu knapp ist, muss mehr Zeit angesetzt werden. Wenn die Zeit einmalig zu knapp ist, kommen Reste der Tagesordnung auf den Plan für die nächste Besprechung.
3. *Verteilung der Aufgaben:* Es wird eine verbindliche Entscheidung über die Zuständigkeiten bei der Besprechung getroffen: wer schreibt mit? wer achtet auf die Besprechungsordnung? wer achtet auf die Einhaltung der zeitlichen Vorgaben? wer informiert Nichtanwesende? Die Zuständigkeiten können rotieren oder langfristig festgelegt werden.
4. *Anwesenheit:* die Teambesprechung gilt als Arbeitszeit, es besteht eine Informationspflicht für nicht anwesende Mitarbeiterinnen.
5. *Verbindlichkeit*

Themen werden nach folgenden Kategorien eingeteilt, entsprechend „abgearbeitet“ und ggf. protokolliert. Daraus entsteht Handlungsorientierung und routinemäßige Verbindlichkeit.

*Information:* Alles was jeder im Team wissen muss wird mitgeteilt. Bei (haftungs-) rechtlich relevanten Informationen sollten die Mitarbeiter ihre Kenntnisnahme dokumentieren.

*Fehler* und unerwünschte Ereignisse: Fehler müssen offen besprochen werden. Transparenz, Prozessorientierung (nicht „Persönlichkeitsanalyse“) und die konsequente Vermeidung von Vorwürfen und Schuldzuweisung sind die Voraussetzung für einen vertrauensvollen Umgang und für konstruktive Fehlerbesprechungen (dazu gehören auch Fehler der Praxisleitung). Fehlerbesprechungen werden lösungs- und zukunftsorientiert geführt. Akribische Analysen der fehlerauslösenden Ereignisse sind in der Regel nicht hilfreich. Teams brauchen Zeit dafür, einen solchen Umgang miteinander zu entwickeln (mehr dazu in der nächsten Toolbox).

*Stress* und außergewöhnliche, belastende Vorkommnisse: das Team erhält die Möglichkeit, nach außergewöhnlichen Vorkommnissen (Notfällen) in Ruhe zu rekapitulieren: was ist gut gelaufen? wo besteht noch Bedarf nach Reflektion?

*Aufträge* und Projekte werden in der Teambesprechung geklärt: was soll gemacht werden? wer ist verantwortlich? bis wann muss der Auftrag erledigt sein? Alle Aufträge und Projekte kommen *immer* auf die (folgende) Tagesordnung. Je nach vereinbartem Zeitrahmen für die Aufgabe oder das Projekt kann das Wochen oder Monate später sein, wichtig ist, dass *alle* Aufträge routinemäßig wieder auf die Themenliste der Besprechung kommen und (kurz) ausgewertet werden (was ist gemacht worden? haben wir das erreicht, was wir uns vorgenommen haben? müssen wir nachbessern?).

Teambesprechungen sind kein Ersatz für Mitarbeitergespräche und Supervision.

\*Gemäß §4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.10.2005 zum praxisinternen Qualitätsmanagement besteht die Verpflichtung zu „regelmäßigen, strukturierten Teambesprechungen“. Teambesprechungen nach den hier erläuterten Vorgaben bringen Verbindlichkeit und Effektivität, sparen Zeit, Ärger und Nerven. Wohlan!

Julia Bellabarba, Diplom-Psychologin  
Tempelhofer Damm 138, 12099 Berlin  
Tel. 030 72 00 6780, E-Mail: info@quipps.de

## Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.  
Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/965000, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
  - a. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
  - b. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
  - c. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
  - d. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;
  - e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

### 3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf Diskette, CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschreiben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben und unten je 1,5 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopf- und Fußzeile je 1,25 cm.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rothhaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*  
*Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79*  
*Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82*  
*Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfadens für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag*

4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss gleichzeitig mit der Rücksendung der Fahnenkorrekturen erfolgen.