



Psychische Beeinträchtigungen

bei jungen Menschen in Angeboten der Jugendsozialarbeit

Impressum

Herausgeberin:

Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit e.V. (BAG EJSA)
Wagenburgstraße 26–28
70184 Stuttgart
Tel. (07 11) 16 48 9-0
Fax (07 11) 16 48 9-21
E-Mail: mail@bagejsa.de
www.bagejsa.de

Konzeption:

Günter Buck

Redaktion:

Gisela Würfel

Bildnachweis:

Siehe Seite 139

Layout:

Kai Rübsamen

Druck:

Leinebergland Druck GmbH & Co. KG, Alfeld

Stuttgart, Oktober 2019

Gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Psychische Beeinträchtigungen

bei jungen Menschen in Angeboten der Jugendsozialarbeit

Gendersensible Schreibweise bei der BAG EJSÄ

Nach einem Beschluss des Hauptausschusses der BAG EJSÄ im Februar 2018 verwendet die BAG EJSÄ in ihren Publikationen und in ihrer schriftlichen Kommunikation das Gender-Sternchen (*). Dieses bezeichnet eine sprachliche Repräsentationsform, welche die Vielzahl geschlechtlicher Identitäten jenseits des binären Geschlechter-Systems mitdenkt. Es soll zeigen, dass es sich bei der Bezeichnung von Geschlechtern um soziale Konstruktionen handelt und nicht um eine unveränderliche »biologische« Wahrheit.

Die BAG EJSÄ hat sich für die Schreibweise mit dem Gender-Sternchen entschieden, weil sie damit deutlich machen will, dass sie über das weiblich und männliche Geschlecht hinaus auch alle weiteren Geschlechter berücksichtigen, mitdenken und ansprechen und niemanden ausgrenzen will.

Inhalt

Vorwort	9
<i>Harald Luft (Vorstand Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit)</i>	
Grußwort	10
<i>Dr. Franziska Giffey (Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)</i>	
Grußwort	11
<i>Richard Fischels (Bundesministerium für Arbeit und Soziales)</i>	
»Psychische Beeinträchtigung«	12
Zum gesellschaftlichen Diskurs von Gesundheit und Krankheit <i>Günter Buck (Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit)</i>	

1. GRUNDLAGEN UND ANALYSE

Psychische Beeinträchtigungen bei Jugendlichen	26
Grundlagen und Analysen, Begriffe und Bedeutungen <i>Prof. Dipl.-Psych. Karl-Heinz Eser (Duale Hochschule Baden-Württemberg Heidenheim)</i>	
Psychische Auffälligkeiten junger Menschen	38
Höhere Bedarfslagen bei konstanter Prävalenz <i>Jens Pothmann (Arbeitsstelle für Kinder- und Jugendhilfestatistik, Technische Universität Dortmund, Forschungsverbund DJI/TU)</i>	
Jugendsozialarbeit und ihre Schnittstellen	45
Kooperationen in der Arbeit mit jungen Menschen mit psychischer Problematik <i>Prof. Gunter Adams (Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt)</i>	
Eine bundespolitische »Leestelle«?	55
Psychische Gesundheit / Krankheit in der Jugendsozialarbeit <i>Dr. Christian Lüders (Deutsches Jugendinstitut)</i>	
ADHS im jungen Erwachsenenalter	59
Eine diagnostische und therapeutische Herausforderung <i>Dr. med. Jan Frölich (Privatdozent Stuttgart)</i>	

Inhalt

2. DIE PRAXIS – WAS VOR ORT GETAN WIRD

Erfolgreich die Schule schaffen.....	70
Hilfe für Schüler*innen mit psychischen Beeinträchtigungen <i>Marco Weibel und Silke Müller (Diakonisches Werk an der Saar gGmbH)</i>	
Endlich im Leben weiterkommen	73
Stabilisierung und berufliche Orientierung im Projekt FARO <i>Franziska Brückner (Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.)</i>	
Beziehungsaufbau mit einer akzeptierenden Grundhaltung	76
Multipel belastete Jugendliche in Berufsorientierung und Ausbildung <i>Jeanette Boetius und Frank Karlsen-Lasshof (Diakonie Hasenberg)</i>	
Heranführen an eine Tagesstruktur	79
Angebote im Rahmen der Regelangebote der Jugendberufshilfe <i>Rudolf Schulz (ProBeruf GmbH, Hannover)</i>	
Produktionsschule als Chance.....	82
Arbeit mit jungen Menschen im Übergang Schule-Beruf: Ein Fallbeispiel <i>Andrea Greiner-Jean (Christliches Jugenddorfwerk Nord)</i>	
Emotional stabilisieren und Türen öffnen	87
Niedrigschwellige Arbeit im Beruflichen Ausbildungszentrum Esslingen <i>Anette Lang (Berufsausbildungszentrum Esslingen)</i>	
Individuelles Bildungscoaching für Jugendliche mit Fluchthintergrund	90
Wege zu einer realistischen beruflichen Perspektive <i>Maria Giesemann (GESA – Gemeinnützige Gesellschaft für Entsorgung, Sanierung und Ausbildung mbH)</i>	
Arbeit in multiprofessionellen Teams mit zielgruppengerechten Methoden	93
Reha spezifische berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme beim CJD Berlin <i>Rebecca Lehmann und Yvonne Conrath (Christliches Jugenddorfwerk Berlin-Brandenburg)</i>	

Was kann ich für dich tun? Was kannst du tun?	96
BvB und Ausbildung (Reha) mit Angebot für Jugendliche mit ADHS <i>Bruno Oberlander, Vera Scheytt und Cord Dette (Mariaberger Ausbildung & Service gGmbH)</i>	
Partizipation und Teilhabe erreichen	102
Jugendhilfe: Persönlichkeitsentwicklung und tagesstrukturierende Angebote <i>Gabriele Zikoll (Diakonische Jugend- und Familienhilfe Kästorf GmbH)</i>	
ADHS und berufliche Bildung	109
Oder: Von der Schwierigkeit, sein Leben »auf die Reihe zu kriegen« <i>Günter Buck (Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit)</i>	
Zwischenruf: Bollwerke der Seele	117
Für alle! Notwendiger denn je! – Ein Zwischenruf <i>Thomas Brendel (Forum für Bildung und Bewegung, Bad Oeynhausen)</i>	

3. EMPFEHLUNGEN – WAS GEBRAUCHT WIRD

Pädagogik der ausgestreckten Hand in der Berufsbezogenen Jugendhilfe	124
Ein Positionspapier der Jugendwerkstatt Junge Arbeit der Diakonie Hasenberg <i>Jeanette Boetius und Frank Karlsen-Lasshof (Diakonie Hasenberg)</i>	
Individuell und ganzheitlich	127
Anforderungen an die Rahmenbedingungen und Schnittstellen <i>Barbara Klamt (Evangelische Jugendsozialarbeit Bayern)</i>	
Mehr zum Thema	132
Materialien und weiterführende Informationen <i>Günter Buck (Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit)</i>	



Vorwort

*Liebe Leser*innen,*

das vorrangige Ziel der Jugendsozialarbeit ist es, jungen Menschen sozialpädagogische Hilfen anzubieten, die dem Ausgleich sozialer Benachteiligung oder der Überwindung individueller Beeinträchtigungen dienen. Angebote der Jugendsozialarbeit zielen vorrangig auf die Bildungsbereiche des Jugendalters ab: Schule, berufliche Bildung, Eingliederung in die Arbeitswelt und Verselbstständigung (wie zum Beispiel eigenständiges Wohnen).



Junge Menschen wollen und müssen sich als eigenständige Persönlichkeit in ihrer temporären oder dauerhaft gewählten Lebenswelt positionieren und beheimaten. Dies unterstützt die Jugendsozialarbeit unter anderem mit geschlechtsspezifischen und mobilen Angeboten. Auch der 15. Kinder- und Jugendbericht benennt als Kernherausforderungen des Jugendalters die Schwerpunkte Qualifizierung, Positionierung und Verselbstständigung.

Dies ist einerseits die programmatische Zielformulierung. Auf der anderen Seite erreichen uns in letzter Zeit immer häufiger Rückmeldungen aus der Praxis, dass die Zahl von jungen Menschen mit »Multiproblemen«, insbesondere mit psychischen Auffälligkeiten, ständig zunimmt. Nun stellen sich viele Fragen: Ist dies eine gefühlte Wahrheit oder gibt es belastbare empirische Daten? Mit welchem Verständnis wird von »psychisch auffällig« gesprochen oder wird mit ähnlichen Begrifflichkeiten operiert? Mit welcher Praxis, mit welchen Ansätzen wird bereits darauf reagiert? Und es stellt sich die Frage, was für eine wirksame Arbeit mit Jugendlichen, die eine psychische Problematik aufweisen, konkret benötigt wird?

Durch die objektive Zunahme psychischer Beeinträchtigungen steht die Jugendsozialarbeit mit ihrem Ziel, zur Entwicklung einer eigenständigen Persönlichkeit junger Menschen beizutragen, vor spezifischen Herausforderungen. Dabei verschärft die Ungleichheit von Gesundheitschancen und die Ökonomisierung von Gesundheits- und Sozialwesen die Situation sowohl für die betroffenen jungen Menschen selbst als auch für die zuständigen Fachkräfte deutlich.

In diesem Themenheft stellen wir im ersten Teil anhand wissenschaftlicher und praxisreflektierender Beiträge dar, vor welchen Herausforderungen die Jugendsozialarbeit im Kontext ihres Bildungsauftrages in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten jungen Menschen steht. In zehn Beispielen wird im zweiten Teil anschaulich vorgestellt, was in der Praxis der Jugendsozialarbeit bereits geleistet wird. Im dritten Teil lädt ein Zwischenruf dazu ein, die Herausforderungen und Aufgaben mit einem systemischen und ganzheitlichen Blick zu betrachten. Im vierten und letzten Teil versuchen wir die Frage zu beantworten, was zur erfolgreichen Umsetzung dieser individuell und gesellschaftlich wichtigen Aufgabe dringend an Rahmenbedingungen benötigt wird.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und freuen uns auf Ihre Rückmeldungen.



Harald Luft
Mitglied des Vorstands der BAG EJSA

Grußwort

*Liebe Leser*innen,*

was sollen Eltern tun, wenn ihr Kind immer wieder stundenlang schreit und sich auch mit viel Geduld und gutem Zureden nicht beruhigt? Wie sollen Geschwister sich verhalten, wenn der Bruder oder die Schwester nicht ruhig sitzen bleiben kann oder sie und andere plötzlich körperlich angeht? Kinder und Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen sind eine große Herausforderung. Aber sie haben die gleichen Chancen auf ein gutes Aufwachsen verdient wie alle anderen. Damit das gelingt, brauchen sie und ihre Familien frühzeitig Unterstützung.



Das bietet die Kinder- und Jugendhilfe. Bei Kindern mit seelischen Beeinträchtigungen stehen überwiegend ambulante Hilfen im Vordergrund, etwa beim Übergang von der Grundschule in eine weiterführende Schule oder Therapien beim Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS). Für Jugendliche spielt die stationäre Unterbringung zunehmend eine wichtige Rolle. Insgesamt nahmen 2016 rund 94.200 junge Menschen unter 27 Jahren Hilfen in Anspruch, 8 Jahre zuvor waren es lediglich 43.360. Die Zahlen haben sich mehr als verdoppelt. Sie zeigen: Das System funktioniert an vielen Stellen. Betroffene erhalten in großem Maße Hilfe, aber es hat auch Schwächen. Die Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen sind unübersichtlich und auf verschiedene Sozialgesetzbücher verteilt: von der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) über das neue Bundesteilhabegesetz (SGB IX) bis hin zur Sozialhilfe (SGB XII).

Für betroffene Kinder, Jugendliche und ihre Eltern bedeutet das oft eine Ämterrallye, je nachdem, welche Stelle zuständig ist. Was sie brauchen, ist aber kein Quersfeldeinlauf zwischen den Leistungssystemen, sondern konkrete Hilfe aus einer Hand, die sie weiterbringt. Eine Kinder- und Jugendhilfe, die junge Menschen stärkt und dafür sorgt, dass es jedes Kind packt – die jedes Kind zuerst als Kind sieht und dann auf die Hilfebedarfe schaut.

Das ist unser Ziel im Bundeskinder- und Bundesjugendministerium. Deshalb arbeiten wir an einem neuen Kinder- und Jugendhilferecht. Mit unserem Beteiligungsprozess zur Reform des SGB VIII: „Mitreden-Mitgestalten: Die Zukunft der Kinder- und Jugendhilfe“ arbeiten wir mit Expertinnen und Experten an Vorschlägen, wie wir die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungssystemen überwinden und Übergänge verbessern können. Schon heute stehen vielfältige Angebote der Jugendsozialarbeit, wie niedrigschwellige Gruppenangebote oder intensive Einzelfallbegleitung, jungen Menschen mit körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen in bestimmten Grenzen offen. Aber wir brauchen eine engere Zusammenarbeit. Und es ist wichtig, dass die Jugendsozialarbeit mit ihren vielfältigen Maßnahmen sich intensiver mit psychischen Störungen junger Menschen auseinandersetzt. Damit die Fachkräfte vor Ort gut vorbereitet sind und die Betroffenen mit Rat und Tat unterstützen und den Alltag für alle etwas einfacher machen können.

Mit dieser Broschüre trägt die Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit dazu bei. Sie liefert den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Jugendsozialarbeit viele neue Anregungen und Impulse für ihre herausfordernde Arbeit. Vielen Dank dafür.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre!

Ihre

Dr. Franziska Giffey
Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend



Grußwort

*Liebe Leser*innen,*

das vorliegende Themenheft trägt eine ganze Fülle von Erkenntnissen und Empfehlungen, Erläuterungen und Erklärungen über junge Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zusammen. Allein das macht es lesenswert. Es verbindet abstrakt-analytische Aspekte mit konkret wirksamen Konzepten zum Umgang mit Betroffenen. Von allem etwas, ist man geneigt zu sagen. Das mag despektierlich klingen. Ist es aber nicht. Ganz im Gegenteil. Es führt mitten hinein in den Kern des Phänomens. Die menschliche Psyche ist eben komplex und kompliziert. Die von Jugendlichen allemal.



Wir wissen zunehmend mehr über Entwicklungsstörungen, eine zutreffende Diagnostik und das dazu notwendige Handwerkszeug. Professor Eser beschreibt das sehr anschaulich und nachvollziehbar. Bei allen verbleibenden selbstverständlichen und natürlichen Unschärfen, man bekommt selbst als Nicht-Experte eine Ahnung von der Dimension der Einschränkungen und ihrer Bedeutung für das Leben der Jugendlichen.

Deshalb versteht man sein unbedingtes Plädoyer für Fachlichkeit. Eine gute Diagnostik ist sicher schwierig, aber unabdingbar. Genau hinschauen, genau hinhören und genau hin spüren, sind Grundvoraussetzungen gelingender Jugendsozialarbeit. Eser beschreibt anschaulich, was man auch als Laie ahnt, aber im Detail weder kennt noch weiß.

Wissen ist das eine, gutes Wissen zudem. Aber den Jugendlichen und ihrem Umfeld ist allein damit nicht geholfen. Zum Wissen muss Handeln kommen, zur Erkenntnis Aktion. »Bollwerke der Seele« ist ein Zwischenruf, der das sehr gut beschreibt und auf den Punkt bringt.

Thomas Brendel analysiert kenntnisreich, dass neben Handlungen auch Haltungen gefragt sind. Beziehungslust und Herzenswärme zum Beispiel sind zwei Ausrufezeichen oder Anforderungsprofile einer wirklich hilfreichen Jugendsozialarbeit. Sie achten Persönlichkeit und geben ihr Raum zur Entfaltung. Sie wissen, Entwicklungen sind nicht dezidiert planbar, Wachsen und Werden sind nie einfach. Sie sind auch Geschenk, aber ein Geschenk das mit Anstrengungen verbunden ist. Auf beiden Seiten!

Zwischen Eser und Brendel gibt es eine Fülle von beeindruckenden Berichten über konkrete Projekte erfolgreicher Jugendsozialarbeit. Sie regen zum Nachdenken an, besser noch zum Nachmachen. Nicht in jedem Detail, aber vom Ansatz her. Sie zeigen, wie unterschiedlich moderne Jugendsozialarbeit unterwegs ist, mit welchen alten und neuen Herausforderungen sie konfrontiert wird. Und dass sie erfolgreich ist, weil Jugendliche in ihrem Leben weiterkommen.

Dieses Themenheft ist – wie gesagt – lesenswert. Es dokumentiert die Professionalität verschiedener Dienste und Einrichtungen und gibt Zeugnis davon was möglich ist, wenn Menschen einander wirklich begegnen und begleiten. Evangelische Jugendsozialarbeit hat diese besondere Note. Die Lektüre dieses Heftes vermittelt einen Eindruck davon.

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Richard Fischels'.

Richard Fischels

Leiter der Unterabteilung »Prävention, Rehabilitation und Behindertenpolitik«
im Bundesministerium für Arbeit und Soziales



»Psychische Beeinträchtigung«

Zum gesellschaftlichen Diskurs von Gesundheit und Krankheit

Günter Buck (Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit BAG EJSA)

Ausgangspunkt dieser Publikation war die immer häufigere Rückmeldung aus Handlungsfeldern der Jugendsozialarbeit, dass die Anzahl junger Menschen mit »Multiproblemen«, insbesondere mit psychischen Auffälligkeiten, in den Maßnahmen und Angeboten ständig zunimmt. Nun könnte man fragen: Was ist da los? Gibt es schon aussagekräftige empirische Daten dazu? Welches Verständnis von »psychisch auffällig« liegt dem zugrunde? Mit welcher »Praxis« wird darauf bereits reagiert und was wird eigentlich benötigt, damit Maßnahmen am Ende gelingen?

Wir müssen uns vielleicht zunächst mit der Frage befassen, was »normal« ist und wer dies definiert. Bei körperlichen Einschränkungen ist es klar: ein gebrochenes Bein ist nicht normal, von außen gut sichtbar, die Definition und Behandlung in der Regel klar, und der betroffene Mensch bekommt auch die entsprechende soziale Unterstützung. Schon bei Bluthochdruck wird es komplizierter, und bei Schmerzerkrankungen erst recht. Das Leiden ist nicht offen sichtbar, der Übergang zu »Psychischem« fließend, Erleben und Verarbeitung von Belastung für Außenstehende nicht immer erkennbar oder nachvollziehbar. Wenn aus den individuellen Verarbeitungsweisen psychischer Probleme bestehende Normen »ver-rückt« und deshalb auf die Umwelt unerklärlich, sonderbar oder gar bedrohlich wirken, neigen wir dazu, den so auffälligen Menschen als »nicht normal« zu bezeichnen. Dies ist auch abhängig von der Intensität, der Dauer und der Häufigkeit des »ver-rückten« Verhaltens. Die Betroffenen leiden häufig nicht nur, weil sie früher oder später ausgegrenzt werden, sondern vor allem, weil sie sich häufig gar nicht anders verhalten können.

Die meisten Menschen haben schon Extremsituationen erlebt mit dem Gefühl, sich im Spannungsfeld zwischen »normal« und »unnormale« zu bewegen und dabei erfahren (müssen), dass der Übergang von einem psychischen Zustand in den anderen fließend ist. Gerade in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter sind solche Übergänge zwischen »normalem« und krisenhaftem Verhalten bis hin zu einer psychischen Erkrankung, auch für den erfahrenen Praktiker auf

einem Kontinuum des Schweregrads nicht immer leicht einzuordnen. Psychische Erkrankungen können heutzutage sehr gut therapiert werden, es gibt aber auch chronifizierte Leiden, bei denen die Betroffenen für sich oftmals keine Veränderung zulassen (können) und Hilfsangebote ins Leere laufen. Was noch »normal« ist oder nicht, obliegt nach wie vor der Medizin trotz einer fortschreitenden Technologisierung des Gesundheitswesens. Gesundheit wird zunehmend auch als vom Individuum zu erbringende Leistung angesehen, gesellschaftliche und auch wirtschaftliche Einflussfaktoren finden häufig wenig Beachtung.

Bei den Zielgruppen der Jugendsozialarbeit ist das Thema psychische Gesundheit »nur« ein sehr kleiner Ausschnitt aus dem Gesamtrepertoire, dabei doch immer auch eingebettet in die übergeordneten allgemeinen Diskursstränge und Auseinandersetzungen zur großen Thematik Gesundheit und Krankheit im gesellschaftlichen Diskurs.

Bundespolitische »Baustellen«

Hier geht es vorrangig um politische und ökonomische Fragen, um Definitionshoheit über krank und gesund, wenn sozialrechtliche Fragen betroffen sind. Es geht um die Überwindung eines »dualen« Versicherungssystems, um Finanzierungsfragen (Wer zahlt wieviel in die Krankenversicherung, wo und bei wem kann/muss gekürzt werden, wer ist zuständig wofür?)¹ und nicht zuletzt auch um die Frage des Bedarfs, der Bedarfsplanung, der quantitativen und qualitativen Versorgungsstruktur (wie z. B. Stadt-Land-Unterschiede, Ärztemangel).²

Zu den wichtigen Strukturfragen gehört zweifellos der Bereich der Schnittstellen der Versorgungssysteme. So gilt es gerade im Übergang von der Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie zur Erwachsenenpsychiatrie die Nahtstellen zwischen den Systemen fließender und flexibler zu gestalten. Wir sprechen hier von Strukturqualität, die als zentrales Anliegen durch unser Themenheft läuft.

In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass das Gesundheitswesen inzwischen ein lukrativer und hart umkämpfter Markt ist und hier insbesondere mit Hinweis auf die Pharmaindustrie auch ein beachtlicher Wirtschaftsfaktor: Rund »6,8 Millionen Menschen erwirtschaften in diesem Bereich eine Bruttowertschöpfung in Höhe von 324 Milliarden Euro.«³

Und nicht vergessen sollte man, dass »Gesundheitspolitik auch Ausdruck einer gezielten Interessenpolitik« ist, dass »Gesundheitsförderung und Prävention als Teil einer Sozialinvestitionsstrategie« gesehen werden kann mit dem Ziel: Erschließung der Produktivitätspotenziale einer verbesserten Bevölkerungsgesundheit« (Gerlinger, 2019)⁴.

Die Wissenschaft: auch sie ist mit im »Spiel«

Nationale wie europäische Wissenschafts- und Forschungspolitik stellt nicht unerhebliche Forschungsmittel in diesen (interessengeleiteten) Bereich bereit. Genannt seien hier nur das Forschungsnetzwerk Psychische Erkrankungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) oder die Forschungsmilliarden im Rahmen der deutschen »Dekade des menschlichen Gehirns« (2000 bis 2010). Diese Initiative gründete auf der von der amerikanischen Regierung 1990 ausgerufenen »decade of the brain« zur Intensivierung neurowissenschaftlicher Forschung.⁵

¹ Die Krankheitskosten durch psychische und Verhaltensstörungen betragen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2015 in Deutschland 44,4 Mrd. Euro. Damit entfielen rund 13,1% der gesamten Krankheitskosten (338,2 Mrd. Euro) auf diese Krankheitsgruppe. Knapp davor liegen nur die Kosten durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (46,4 Mrd. Euro bzw. 13,7%). (Quelle: Statistisches Bundesamt 2018: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankheitskosten/_inhalt.html)

² Siehe z.B. Gerlinger, T.: Baustelle Gesundheitssystem. Aktuelle Herausforderungen in der Gesundheitspolitik. In APuZ, 24/2018, S. 25–41

³ Fischer, G.: Brand Eins, 18.Jg., Heft 10, Okt.2016, S.3

⁴ Gerlinger, T. beim Kongress Armut und Gesundheit (14.3.2019) www.armut-und-gesundheit.de/ueber-den-kongress/dokumentation-2019

⁵ www.heise.de/tp/features/Wenn-Psychologie-politisch-wird-Milliarden-zur-Erforschung-des-Gehirns-3340016.html

Auf die Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen vom 19. März 2019 teilt die Bundesregierung in ihrer Antwort (Drs. 19/9302 vom 09.04.2019) mit: »Das BMBF kündigte im September 2018 die Gründung zweier neuer Deutscher Zentren der Gesundheitsforschung (DZG) in den Bereichen der psychischen Gesundheit der Kinder- und Jugendgesundheit an. Dort gibt es angesichts der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung dieser Bereiche sowie der Besonderheiten bei der Versorgung der jeweiligen Patientengruppen erheblichen Forschungsbedarf.« Die Prozesse der Konzeption und Planung dauern noch an.

Das Wissenschaftssystem mit seiner systeminhärenten Logik der Wissensproduktion, die immer wieder auch Skandale hervorbringt, wird dann sogleich heftig kritisiert.⁶

Ein aktuelles Beispiel für die Kontroversen in diesem Feld liefert das Münchener Max-Planck-Institut für Psychiatrie. Laut MPI-Pressemitteilung vom 5. April 2019⁷ hat das internationale Forschungsteam nun erstmals herausgefunden, dass mittels eines genetischen Profils vorausgesagt werden kann, ob ein erhöhtes genetisches Risiko für eine Depression bei Kindern und Jugendlichen vorliegt. Große Genom-weite Studien bei Erwachsenen haben im vergangenen Jahr wichtige Erkenntnisse zur Genetik der Depression gebracht. Das Team testet nun, ob die genetischen Profile auch genutzt werden können, um Vorhersagen über Entstehung, Schweregrad und Erkrankungsbeginn bei Kindern und Jugendlichen zu treffen.

Für Stephan Schleim ein Anlass, grundsätzlich kritisch auf die Forschungsprozesse, die systematischen Fehler und Übertreibungen in wissenschaftlichen Publikationen, Pressemitteilungen sowie im Wissenschaftsjournalismus in diesem Bereich zu schauen.⁸

Und Buchholz/Kächele (2019, S. 157) stellen fest, dass auch »Psychotherapeutische Forschung gesteuert wird durch Förderprogramme, wie sie etwa vom mächtigen National Institute of Mental Health (NIMH) in den USA festgelegt werden. Zeitschriften-Redaktionen schließen sich dem dann ungeprüft gerne an. Wer »hochrangige« Forschung publizieren will, muss sich dagegen an Vorgaben wie formalisierte Diagnosen (DSM-5 oder ICD10), evidenzbasierte therapeutische Manuale oder Therapie-Leitlinien halten und auch an definierte Outcome-Kontrollen (zitiert nach Wampold & Imel, S. 10)⁹.



Und dann noch das Individuum selbst

In der gesamtgesellschaftlichen Auseinandersetzung um Gesundheit versus Krankheit geht es dann wieder zuerst um Verhaltens- und Verhältnisprävention, also die »alte« Frage: Wer trägt die Verantwortung für die eigene Gesundheit? »Der Mensch selbst, die (sozioökonomischen) Lebensbedingungen« (sprich Politik, Arbeitgeber) bis hin zur Gesellschaft.¹⁰ Auf der einen Seite steht die Tatsache »Gesundheit fängt im Kopf an«: Die bereits viel zitierte Studie »Die Arbeitslosen von Marienthal« (1933)¹¹, zeigte: Nicht das Sein bestimmt das Bewusstsein, sondern entscheidend war die subjektive Wahrnehmung und Interpretation des

⁶ <https://scilogs.spektrum.de/menschen-bilder/author/schleim>

⁷ www.psych.mpg.de/2470840/news_publication_13295888?c=2410587

⁸ [https://scilogs.spektrum.de/menschen-bilder/irrefuehrung-zur-genetik-der-depression: Wieder Augenwischerei zur Genetik der Depression, 06.04.2019](https://scilogs.spektrum.de/menschen-bilder/irrefuehrung-zur-genetik-der-depression:Wieder_Augenwischerei_zur_Genetik_der_Depression,06.04.2019)

⁹ Buchholz, M. B. & Kächele, H.: Kommentar: Verirrungen der bundesdeutschen Diskussion. Eine Polemik. In: Psychotherapeutenjournal, 18. Jg., 2/2019, S. 156–162, medhochzwei Verlag, Heidelberg

¹⁰ siehe z. B. »Politik macht Gesundheit. Diskussionspapier zum Kongress Armut und Gesundheit 2019«. www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2019/Online-Doku_2019/Diskussionspapier_Armut_und_Gesundheit_2019.pdf

¹¹ »Die Arbeitslosen von Marienthal« (1933). Untersuchung von Marie Jahoda, Paul Felix Lazarfeld und Hans Zeisel zu den Folgen von Arbeitslosigkeit, die zu den Klassikern der empirischen Soziologie gehört. Die Studie zeigte die sozio-psychologischen Wirkungen von Arbeitslosigkeit auf und machte deutlich, dass Langzeitarbeitslosigkeit nicht – wie vielfach angenommen – zu Revolte, sondern zu passiver Resignation führt. https://de.wikipedia.org/wiki/Die_Arbeitslosen_von_Marienthal



Seins (gesteuert durch Persönlichkeitseigenschaften und Werteorientierung). Andererseits werden Menschen (psychisch) krank, weil das Leben ihnen Belastungen zumutet, die sie nicht verkraften können, wobei der Umgang mit Belastungen und das jeweilige Coping-Verhalten individuell sehr verschieden sein können, wie bereits die frühe Stressforschung um Lazarus et al. und im Besonderen die Arbeitsstressforschung, zahlreiche Studien zu den Arbeitsbedingungen und betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme hervorheben. (siehe Krankenkassenreporte, BMAS-Initiative INQUA¹², DGB-Index Gute Arbeit, BDP-Berichte, u. v. a.).¹³

Problematisch wird es dann, wenn sowohl Probleme als auch Lösungen ausschließlich auf das Individuum projiziert werden. Überspitzt formuliert: Wer unter einem Burnout leidet bekommt eine Therapie, wer sich nicht auf seine Arbeit konzentrieren kann, bekommt ein Achtsamkeitstraining. Dass sich auf diese Weise gesellschaftliche Probleme lösen lassen, ist stark zu bezweifeln. Dass Person und Umwelt in Wechselwirkung stehen, wird sicher niemand bestreiten wollen. Dennoch besteht immer auch die Gefahr, gesellschaftliche Problemfelder außen vor zu lassen und psychiatrische Diagnosen einseitig allein in den Patient*innen zu verorten. Klar positioniert hat sich dazu das Zukunftsforum Public Health im Jahr 2017 in einer öffentlichen Stellungnahme (De Bock et al., 2017). Hier wird deutlich ausgeführt, dass«Prävention, wenn sie flächendeckend effektiv implementiert werden und zur Verminderung ungleicher Gesundheitschancen beitragen soll, in erheblichem Maße auch auf Verhältnisänderung setzen (muss).«

Stefan Sell stellt zur Frage, welche Faktoren den Gesundheitszustand beeinflussen, fest: »Einkommen und sozialer Status bestimmen den Gesundheitszustand zu 40 Prozent. Gesundheitsrelevantes Verhalten macht 30 Prozent aus. Die klinisch-medizinische Versorgung ist für weitere zehn Prozent verantwortlich. »Die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen in den meisten Staaten der Erde läuft aber ganz anders: Zumeist gehen fast 90 Prozent in direkte medizinische Versorgung. »Eine Politik der Verhältnisse, die primär gesellschaftsstrukturelle Bedingungen von sozialer Ungleichheit und Ausschließung (Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, Armut etc.) problematisiert, wird von einer Politik des Verhaltens verdrängt. . . «¹⁴ Die Verantwortung liegt also (letztlich) nach wie vor beim Einzelnen und die Handlungsoptionen ebenfalls.

¹² www.inqa.de/DE/Startseite/start_node.html

¹³ Die beiden am besten empirisch gut belegten Ursachen, die zu psychischen Erkrankungen führen: sind (1) das Anforderungs-/Kontrollmodell nach Robert Karasek: Psychische Erkrankungen als Folge einer Diskrepanz zwischen Anforderungen am Arbeitsplatz und fehlenden Möglichkeiten, Ressourcen oder Befugnissen, um die Anforderungen bewältigen zu können (Karasek R./Theorell, T., 1990: health work: Stress, proactiviti, end very konstrakton of working life, New York) und (2) das »Gratifikationskrisenmodell« nach Johannes Sigrist (2009): Erkrankungen als Folge starker Verausgabung ohne angemessene Entschädigung.

¹⁴ Sell, S. beim Kongress Armut und Gesundheit (14.3.2019): www.armut-und-gesundheit.de/ueber-den-kongress/dokumentation-2019

Zunahme oder nicht? – Der Streit um die Quantitäten

An der Frage, ob psychische Störungen inzwischen eher zunehmen, gleichbleiben oder gar abnehmen, scheiden sich die Geister. Die Einen argumentieren gesellschaftskritisch, die heutige Zeit mit ihren Veränderungen der Arbeitswelt, der Medien und ihren Krisen mache die Menschen krank. Die Anderen halten dagegen, das sei Kulturpessimismus und den gebe es schon immer. Nur, dass immer mehr Menschen wegen psychisch-psychiatrischer Probleme behandelt werden ist Konsens. Das kritische Lager wertet dies als Bestätigung. Die Optimisten dagegen sagen, das liege bloß an der größeren Aufmerksamkeit für das Seelenwohl und damit zunehmender Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten. Beide Seiten berufen sich auf wissenschaftliche und gesellschaftliche Daten. Wer hat Recht?¹⁵

Die Debatte wird regelmäßig befeuert durch Veröffentlichungen von Krankenkassenreporten und Studien zu Fehlzeiten in der Arbeitswelt. Es ist das Dauerthema: Nehmen psychische Störungen zu oder nicht? Muss die Gesellschaft darauf reagieren? Oder bekommt das Thema nun endlich die Aufmerksamkeit, die es verdient?

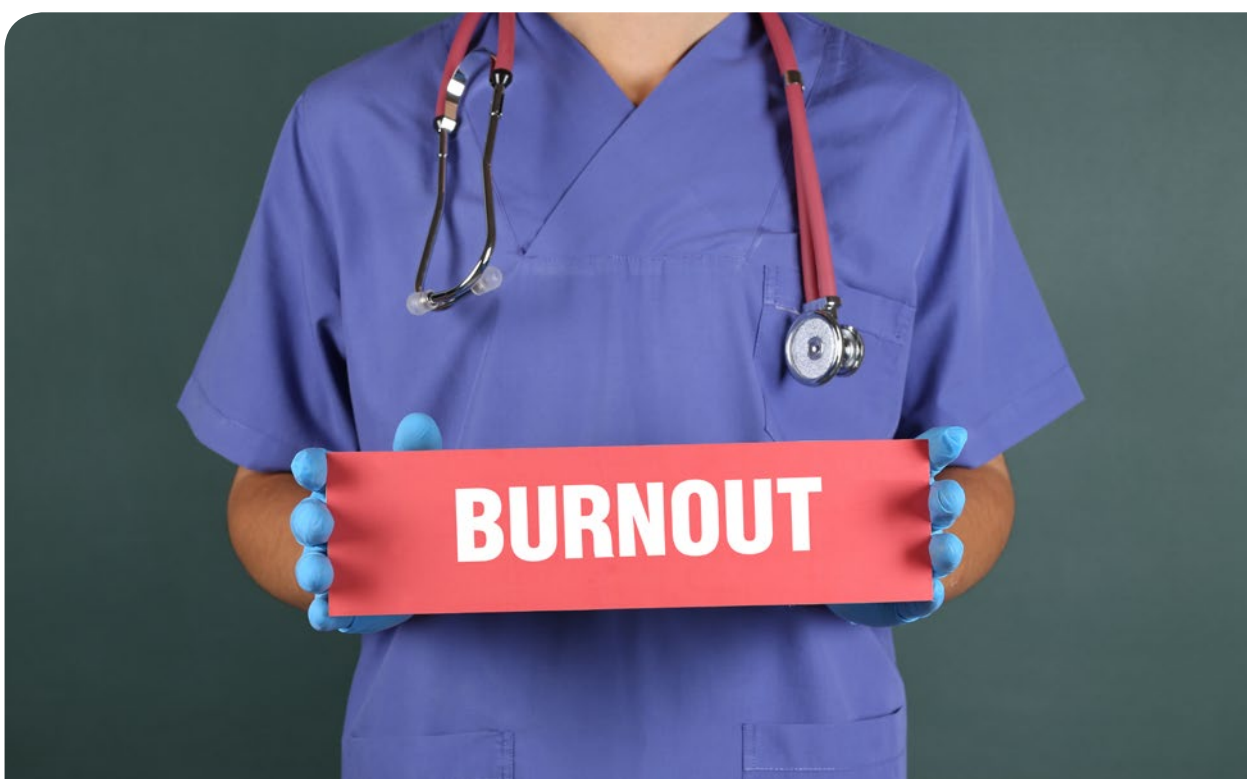
Eine aktuelle Erhebung der Barmer Ersatzkasse (12.8.2019) stellt eine deutliche Zunahme bei Depressionen von Kindern und Jugendlichen fest. Danach sind 190.000 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 18 Jahren insgesamt betroffen. Die Zahlen sind hochgerechnet aus den Daten der Kasse der Jahre 2005 bis 2017. In der Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen wäre die Depressions-Diagnosen-Anzahl seit 2005 demnach um das Zweieinhalbfache gestiegen. Nach Ansicht des Hamburger Kinderpsychiaters Michael Schulte-Markwort sei vor allem der Druck in Schule und Familie Grund für die Depressionen.¹⁶ Der Barmer Arztreport 2018 dokumentiert einen starken Anstieg der Diagnosen von Depressionen bei jungen Erwachsenen, einhergehend mit einer Zunahme der Verschreibung von Psychopharmaka. Auffällig sind u.a. große regionale Unterschiede in Diagnosehäufigkeiten psychischer Störungen im Alter von 18 bis 25 Jahren (Anteil von 24,2 % in NRW bis 30,2 % in Berlin).¹⁷ Das besagt auch die aktuelle Langzeituntersuchung der DAK vom 25.7.2019¹⁸. In dieser Studie wird zwar festgestellt, dass »die Zahl der Krankheitstage wegen psychischer Probleme sich innerhalb der vergangenen 20 Jahre mehr als verdreifacht hat«. Doch »aus wissenschaftlicher Sicht seien diese seit Jahrzehnten in der Bevölkerung ähnlich weit verbreitet. »Gründe für die Zunahme sind, dass vor allem beim Arztbesuch psychische Probleme heute kein Tabu mehr sind und deshalb auch häufiger diagnostiziert würden. Diese Einschätzung wird von Fachgesellschaften und Berufsverbänden der Psychotherapie geteilt.

¹⁵ <https://scilogs.spektrum.de/menschen-bilder/gesellschaftskritik-und-psychische-gesundheit>

¹⁶ www.swr.de/swraktuell/Studie-der-Barmer-Ersatzkasse-Immer-mehr-Kinder-und-Jugendliche-haben-Depressionen,depressionen-kinder-100.html

¹⁷ www.barmer.de/blob/144354/4b9c44d83dc8e307aef527d981a4beeb/data/dl-pressemappe-barmer-arztreport2018.pdf

¹⁸ In FAZ, 26.07.2019, S. 19



Insgesamt gibt es inzwischen doch eine große Menge an Daten aus epidemiologischen Untersuchungen. Genannt seien hier nur die zwei großen repräsentativen Studien aus Deutschland, das Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und das WHO-Jugendgesundheitsurvey. Beide zeigen, dass die meisten Kinder und Jugendlichen gesund aufwachsen. Es gibt aber eine Gruppe, die je nach Untersuchung zwischen 5 und 20 % der Kinder und Jugendlichen umfasst, die gesundheitliche Einschränkungen aufweist. Psychische Auffälligkeiten treten bei etwa 5 % der Kinder und Jugendlichen auf und kommen in den unteren Statusgruppen häufiger vor (Thümmler, S. 37)¹⁹. Genannt werden u.a. folgende psychische Auffälligkeiten: Insgesamt haben 6 % der befragten Schülerinnen und Schüler auffällige Werte in den Bereichen emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität oder Probleme mit Gleichaltrigen. Weitere 12,8 % haben Werte im grenzwertig auffälligen Bereich.

Auch zeigt sich, dass »Mädchen, jüngere Jugendliche und Schülerinnen und Schüler aus den unteren Wohlstandsschichten [...] besonders stark von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind« (ebd., S. 6) und ungünstigeres Gesundheitsverhalten aufweisen.

»Gesundheitliche Probleme treten insbesondere bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus auf: Sie sind häufiger psychisch belastet und verhaltensauffällig sowie übergewichtig, sie treiben seltener Sport, rauchen vermehrt, sind einer höheren Passivrauchbelastung ausgesetzt und nehmen zu einem geringeren Anteil an Früherkennungsmaßnahmen teil. Je höher der soziale Status, desto besser ist die Aussicht, gesund aufzuwachsen« (Lampert 2008, S. 122)²⁰.



Dazu passt auch die Studie vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland »Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland«. Sie analysiert die bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017 für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre. Die vorliegende Arbeit lässt eine insgesamt hohe und in der zurückliegenden Dekade angestiegene Belastung der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen erkennen und unterstreicht eine zentrale Rolle der pädiatrischen aber auch der hausärztlichen Versorgung bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Der Bericht wurde am 20. Dezember 2018 erstmals veröffentlicht und eine zweite Version dann am 15. Januar 2019 mit zusätzlichen Daten zu prozentualen Anteilen der jeweiligen Diagnose-Codes.²¹

Auch wenn es langsam ein Umdenken in der Gesellschaft gibt: Nach wie vor werden psychische Störungen im öffentlichen Raum schnell bagatellisiert, Leidensdruck anderen Ursachen zugeschrieben und sinkende Lebensqualität und Teilhabe der Betroffenen nicht als Folgeproblem erkannt.

Sinn und Unsinn von »Diagnostik« oder das Erfinden von Krankheiten

Eine Konfliktlinie läuft hier zwischen »vorübergehenden Verhaltensauffälligkeiten« (Normvarianten), »Diagnose psychische Störung« und »neuropsychiatrische Krankheit«: Nicht jedes überzogene Verhalten kann gleich pathologisiert werden. Gerade im Jugendalter gehören Experimente und vorübergehende Abweichungen schon immer auch zur Normalität.

¹⁹ Thümmler, R. (2015): ADHS im Schnittfeld verschiedener Professionen.« Eine Forschungsstudie zu Zusammenarbeit, Strukturen und gelingender Praxis«. Beltz-Juventa Verlag, Weinheim/Basel.

²⁰ Lampert, T. (2008): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. In: Tiesmeyer K, (Hrsg.). Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung, Bern: Huber, S. 109–125.

²¹ Steffen, A., Akmatov, M.K., Holstiege, J., Bätzing, J.: Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/07. Berlin 2018. DOI: 10.20364/VA-18.07. www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=93

Jedenfalls sind die Stimmen der Kritiker*innen vielfältig bis dahin, dass das ganze medizinische Diagnostik-System problematisiert oder gar gänzlich in Frage gestellt wird. Ein Hauptargument ist: Krankheiten sind Leiden, aber auch Märkte, und die werden immer wieder neu entwickelt (bis hin zu »erfunden«). Damit wandelt sich das Krankheitsspektrum und die Auffassung von dem, was gesund oder krank ist immer wieder. Ein allseits bekanntes Beispiel ist »das Spiel mit den Grenzwerten« (z. B. für Bluthochdruck oder Blutzucker) – auch ein Weg zu einer neuen Krankheit.²²

Im Netz gibt es in bestimmten blog-communities (z. B. scilogs bei spektrum) auch ernsthafte und differenzierte Auseinandersetzungen über Sinn und Unsinn diagnostischer Entwicklungen, über seriöse und interessengeleitete wissenschaftliche Forschung.

Der Streit um den »Burnout« ist hier als Paradebeispiel zu nennen.²³ Die Debatten um das Zustandekommen und die Bedeutung der leistungsrechtlich anerkannten Diagnosesysteme²⁴ hängen eng damit zusammen.

Unser Verständnis davon, was krank ist, hat sich im Laufe der Zeit immer wieder gewandelt. Entsprechend regelmäßig passt auch die WHO ihr Diagnosehandbuch an, nach dessen Codes auch deutsche Ärzt*innen ihre Diagnosen mit einer Nummer versehen müssen. So wird in der elften Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11), die 2022 in Kraft treten soll, erstmals auch die Sex- und die Computerspielsucht aufgeführt sein. Das Burnout-Syndrom bleibt weiterhin lediglich ein »Faktor, der die Gesundheit beeinträchtigen kann«.

Schon lange gibt es auch »vernichtende Kritik am diagnostischen Denken«.²⁵ Ein bekannter Kritiker der Diagnosesysteme, Asmus Finzen (Psychiater, Professor für Sozialpsychiatrie und ehemaliger Klinikleiter), prangert in seinem Buch »Normalität«, die »Kolonisierung des Normalen durch Diagnostik und Klassifikation« an.²⁶ Eines der wichtigsten aktuellen psychiatrischen Klassifikationssysteme, das DSM-5 der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA), verzeichnet 374 Krankheiten und Störungen. Finzen bemängelt, die »wundersame Vermehrung an Diagnosen« habe nicht zu einem besseren Verständnis psychischer Störungen beigetragen, sondern vielmehr zu einer »Zersplitterung der psychiatrischen Diagnostik« und einer »Vermehrung der Unübersichtlichkeit« geführt. Häufigkeitsangaben in den Medien sind sogar so übertrieben, dass Klaus Dörner (Mediziner, Psychiater, Psychiatriehistoriker und ehemaliger Klinikleiter) bei einer Auswertung von Medienberichten zu dem Ergebnis kam, jeder Deutsche müsse unter zwei bis drei psychischen Störungen leiden. Sind wir alle verrückt geworden? Finzen rät zu mehr Gelassenheit: Selbst schwere psychische Störungen wie die Schizophrenie seien in gewisser Weise »normal« – so wie andere schwere Krankheiten wie Krebs oder Schlaganfall auch.

Dann natürlich noch die Kultur

Zur Komplexität kommt hinzu, dass der »Gegenstand« gesunder/kranker Mensch meist unter zwei Blickrichtungen gesehen wird (um nicht zu sagen: in zwei Bereiche geteilt wird): ganz grob in »das Organische« und »das Psychische«. Und dann gibt es auch noch innerhalb der beiden Kategorien unterschiedliche Wahrnehmungen und Sichtweisen – mit all den problematischen Aspekten, wie der unterschiedlichen Bedeutung, Sichtbarkeit, Zuschreibungen, »Wertigkeiten«, hinsichtlich dessen, was der Einzelne denn »hat«.

²² z. B. auch Dirk Böttcher in Brand eins 10/2016, S. 148f: »ADHS bei Erwachsenen also ist ein guter Tipp für das nächste große Ding.«

²³ Stephan Schleim (31.1.2019): Warum man Burn-out nicht als Modeerscheinung abtun sollte (<https://scilogs.spektrum.de/menschen-bilder/warum-man-burn-out-nicht-als-modeerscheinung-abtun-sollte>) und Christian Wolf (19.6.2019): Warum Burnout keine Krankheit ist (https://www.spektrum.de/news/warum-burnout-keine-krankheit-ist/1653764?utm_medium=newsletter&utm_source=sdw-nl&utm_campaign=sdw-nl-daily&utm_content=heute)

²⁴ Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen werden entsprechend sogenannter Klassifikationssysteme eingeteilt. Zum einen wird das ICD-10 (International Classification of Diseases der WHO) und zum anderen das DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) verwendet. Im ICD-10 ist für psychische Störungen ein eigenes Unterkapitel F vorgesehen, unter welchem wiederum ein eigenes Unterkapitel für psychische Störungen Kinder und Jugendlicher (F9) eingeführt wurde (Fegert & Kölich, 2013).

²⁵ ebd. Buchholz/Kächele 2019, S. 159

²⁶ Finzen, A.: Normalität Die ungezähmte Kategorie in Psychiatrie und Gesellschaft. Verlag Psychiatrie, Köln, 2018

»Von der Antike bis ins 19. Jahrhundert hinein unterschied die medizinische Lehre nicht zwischen körperlichen und geistigen Krankheiten [...] Geistestätigkeiten und Materie des Körpers waren damit in der vormedizinischen Medizin sehr eng miteinander verschlungen.« (Dross/Metzger, 2018, S. 5)²⁷.

Ganz eng verwoben mit dem medizinischen System ist das generelle gesellschaftliche Verständnis von gesund und krank, verbunden mit den zugrundeliegenden Normen (was gilt im Privaten als krank und was im Versicherungsleistungsrecht?) und Wertigkeiten (Berechtigung und An-Erkennung von körperlich-organisch weit vor psychisch-seelisch).

Auch das so genannte »cultural script« ist zu beachten: also »die diversen körperlichen Ausprägungen psychischer Leiden, denn in jeder Kultur gibt es normative Annahmen zu bestimmten Symptomen und Syndromen, und danach richten sich dann die Beschwerden aus.« (Harald Gründel, Chef der Psychosomatik am Uniklinikum Ulm, in: SZ, 26.03.2019, S. 14 »Was hat er bloß?«). Stichwort hier ist die »transkulturelle Psychiatrie«²⁸. Dazu beschreiben z. B. Buchholz/Kächele (2019), dass »in einem metaanalytischen Design sämtliche Studien hinsichtlich Ergebnissen und klinischer Praxis gesichtet (wurden), die sich mit der Funktion so genannter transdiagnostischer Charakteristika eines Patienten befasst haben.



Damit sind Bindungsstil, kulturelle und weltanschauliche Orientierungen, Ethnizität, Coping-Stile, Bevorzugung von therapeutischen Methoden, Reaktanz, Verhältnis zu Religion und Spiritualität, sexuelle Orientierung und Ebenen des psychosozialen Funktionsniveaus gemeint. Alle diese Variablen waren in vielen Untersuchungen in ihrer Relevanz für Ergebnis und therapeutischen Prozess untersucht worden. Ergebnis dieser erneuten Meta-Analyse ist: Solche transdiagnostischen Variablen sind für das, was Psychotherapeut*innen erfolgreich tun, weit entscheidender als formale Diagnosesysteme wie DSM oder ICD! Daraus folgt: »Culture eats strategy« (S. 159). Manchmal ist es jedoch nicht nur von Weltbildern und kulturellen Mustern abhängig, wie sich Überforderung und Seelennot körperlich manifestieren, sondern schlicht von der Krankenversicherung (z. B. Schleudertrauma, in Deutschland ein ernstes Leiden mit vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten, existiert als Beschwerdebild z. B. im Baltikum gar nicht).

An dieser Stelle sind insbesondere auch mögliche psychische Folgen bei Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung zu nennen. Rosner et al. (2019) schreiben dazu: »Aber auch in nicht von Krieg und Katastrophen geprägten Ländern erlebt mehr als die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen mindestens ein traumatisches Ereignis [...]. In der Folge

²⁷ Dross, F.; Metzger, N.: Krankheit als Werturteil. Eine kleine Geschichte des Umgangs mit Krankheit und Kranken. In: APuZ, 24/2018, S. 4–11

²⁸ Die transkulturelle Psychiatrie ist der Zweig der Psychiatrie, der sich mit den kulturellen Aspekten der Ätiologie, der Häufigkeit und Art geistiger Erkrankungen sowie mit der Behandlung und Nachbehandlung der Krankheiten innerhalb einer gegebenen Einheit befasst. https://de.wikipedia.org/wiki/Transkulturelle_Psychiatrie

entwickeln etwa fünf Prozent der Betroffenen bis zum 17. Lebensjahr eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (S. 137)²⁹. Jedenfalls ist der Umgang mit und die Behandlung von Traumatisierungen komplex; notwendig sind großes Fachwissen und viel Erfahrung, was in der Regel von Fachkräften der Jugendsozialarbeit aber nicht verlangt werden kann.

Und die historische Bedingtheit

Klar ist auch, dass die Ansicht, was gesund/krank ist, der historischen Abhängigkeit unterliegt. Daher gibt es die Ansicht, dass die gesamtgesellschaftlichen Veränderungen dabei maßgeblich sind. Man denke nur an Sigmund Freud und den Boom des »hysterischen Krankheitsbildes« im 19. Jahrhundert.

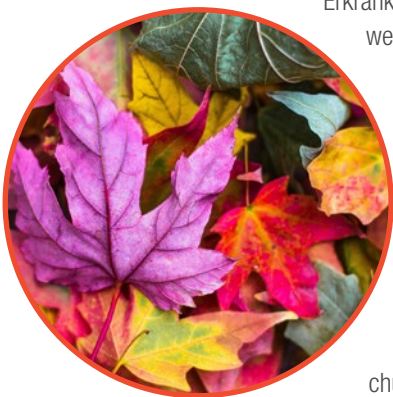
Ein Beispiel aus heutiger Zeit für die kritischen Debatten in den Medien als auch fachwissenschaftliche Auseinandersetzungen – z.T. heftig, polemisch wie auch sachlich geführt – ist der Artikel »Die Krankheitskranken« von Jan Schweizer (8.5.2014), immerhin Redakteur im Ressort Wissen der ZEIT. Darin heißt es gleich am Anfang: Hypochonder belasten unser Gesundheitssystem.³⁰

Polarisierend wird vom Lager der Zivilisationskritiker*innen lapidar oft auf frühere Zeiten verwiesen, wo über die Geschwindigkeit des Bahnfahrens geklagt wurde und damit gesagt wird, dass heutige Klagen nicht ernst zu nehmen sind, weil Menschen immer schon klagten. Doch was soll das beweisen? Die Beschleunigung selbst – heute getragen durch Digitalisierung und Globalisierung – nimmt zu. Wenn man diesen kurzen Zeitabschnitt mit den Jahrtausenden vergleicht, die uns biologisch für das Leben als Jäger und Sammler optimiert haben, dann ist es erst einmal eine plausible Hypothese, dass die Beschleunigung körperlich und psychisch etwas mit uns macht.

Genetik oder Umwelt: Die unendliche Geschichte um Ursache und Wirkung

Eine Facette dieses Streits ist der Dualismus »biologisch – psychisch« und die Meinung, nur was biologisch ist, sei objektiv messbar oder irgendwie real. Also Knochen, Herz und Nieren kann man sehen, anfassen und seit ein paar Jahrzehnten sogar »auswechseln«. Doch wie ist das mit der Psyche, der Seele, dem Bewusstsein oder dem Lebensgefühl?

Doch in dem Dualismus liegen mindestens drei Denkfehler: Erstens sind auch die Diagnosen somatischer Erkrankungen von Normen abhängig, eben dem, was Fachleute als Krankheit kategorisieren (z. B. ab welchem Bluthochdruck-Wert man krank ist). Krankheit ist schlicht keine rein natürliche Kategorie. Zweitens können auch Fachleute biologische Befunde unterschiedlich interpretieren, etwa beim Begutachten von Röntgenbildern. Drittens können Symptome psychischer Störungen durchaus »objektiv« (besser: intersubjektiv) festgestellt werden – so z.B. Schlafstörungen, Gewichtsverlust oder motorische Trägheit, um einmal drei der neun Kriterien einer Depressiven Störung zu nennen. Im diffuseren Bereich wie Suizidgedanken oder schweren Schuldgefühlen wird es zwar schwieriger, dennoch gibt es hier zuverlässige Messverfahren.



Genetik oder Umwelt – eine uralte (auch interessengeleitete) Streitfrage über die Verursachung. Auch wenn das harte »oder« durch das weichere »wieviel Anteil hat was« ersetzt wird.

Für S. Schleim (s.o.) ist klar: »Wir wissen doch seit Jahrzehnten, dass es im psychischen Bereich für alles irgendwelche leicht erhöhten genetischen Risiken gibt [...] Die Fakten sind also: Während immer und immer wieder bestätigt wird, was wir schon längst wissen, dass nämlich schwere Lebensereignisse und andere psychosoziale Faktoren psychische Störungen, unter anderem Depressionen, ursächlich bedingen, blasen biologische

²⁹ Rosner, R.; Fornaro, P. & Unterhitzberger, J.: Traumafokussierte Therapie für Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen: Was Psychotherapeutinnen wissen sollten und wie sie sich online weiterbilden können. In: Psychotherapeutenjournal, 18.Jg., 2/2019, S. 137–145, medhochzwei Verlag, Heidelberg

³⁰ www.zeit.de/2014/20/hypochondrie-somatisierungsstoerung

Psychiater in Führungspersonen ihre um ein Vielfaches kleineren Funde, die ausschließlich von akademischem Interesse sind, medial auf.«

Spätestens seit Thure von Uexküll³¹ sollte doch allen klar sein, dass die Medizin eigentlich eine psychosomatische ist, dass das dualistische Denken der Vergangenheit angehört und das bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis am meisten Sinn macht.

Daher muss die (mühsame) Auseinandersetzung mit Fragen zu den Risikofaktoren für und die Schutzfaktoren (Stichworte Resilienz und Salutogenese) gegen psychische Störungen immer wieder neu geführt werden.

Der Kampf um die »richtige« Behandlung: die Medikamentenfrage

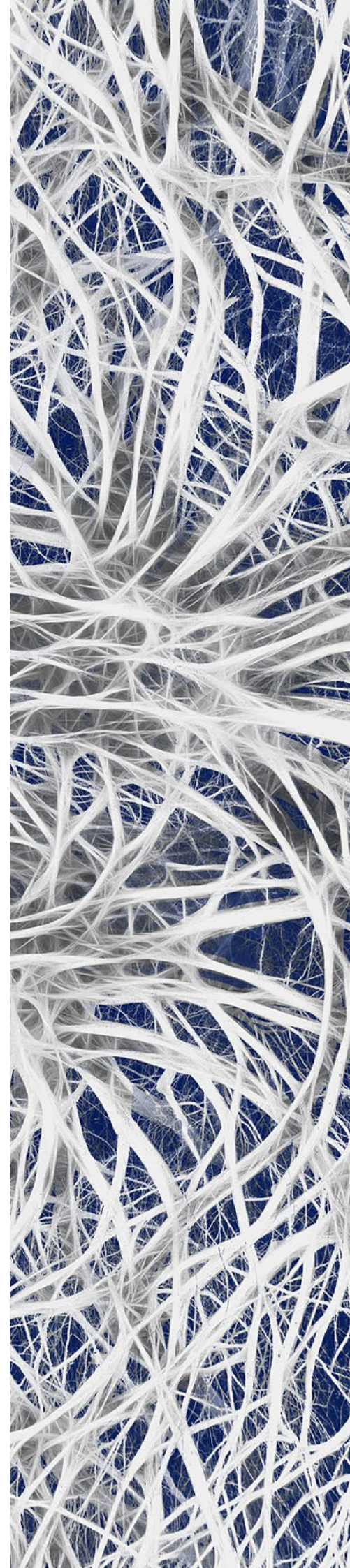
Die Meinungen zu den Ursachen einer Krankheit haben Einfluss auf die daraus abgeleiteten Konsequenzen für eine Therapie. Das ist oft ein richtiges (ideologisches) Minenfeld, vor allem, wenn es um die Frage geht: Medikamente ja oder nein. Bei körperlicher Krankheit ist die medikamentöse Behandlung meist kein Problem (obwohl es auch da oft Streit gibt, z. B. bei der Schmerzbehandlung). Doch bei psychischer Erkrankung wird es schnell sehr polarisierend (und auch ideologisch) – vor allem, ganz grob, zwischen Vertreter*innen der Professionen aus der Sozialen Arbeit und den medizinischen Berufsgruppen.

Ein Klassiker-Streit wird z. B. aktuell (erneut) wieder bei Depression geführt: die Kontroversen zur Depressionsbehandlung mittels Antidepressiva³². Auch die aktuell geplanten Änderungen des Psychotherapeutengesetzes (Stichwort Psychotherapie-Studium) gibt z. B. Buchholz/Kächele (2019) Anlass zur grundsätzlichen Auseinandersetzung mit den therapeutischen Paradigmen »Kontextuelles vs. Medizinisches Modell« (S. 156) – oder auch mit den polaren Begrifflichkeiten »technokratisch« vs. »sprechend« bezeichnet.

Verbunden ist damit die Kritik, dass der »Trend der Technisierung« mit der »Umwidmung psychologischer Institute an Universitäten in neurowissenschaftliche Departments« einherging. Zugleich hat damit die biologisch ausgerichtete Psychiatrie ihr Versprechen erneuert, psychische Störungsbilder als neurochemisches Ungleichgewicht im Gehirn ausweisen zu können, zu denen dann entsprechende Pharmaka produziert werden. Die negativen Folgen der »Biologisierung der Psychiatrie« wurden schon früh vorhergesagt (Lidz, 1991) und haben sich leider bestätigt. Eine internationale Gruppe kritischer Psychiater*innen hat dies auch mit einer klaren Position fulminant kritisiert: »Psychotherapie nach dem technokratisch-medizinischen Modell aufzufassen, heißt: eine Krankheit definieren, eine spezifische (u. a. biologische) Ursache dafür angeben

³¹ Thure von Uexküll (1908–2004): deutscher Mediziner und Begründer der psychosomatischen Medizin sowie Mitbegründer der Biosemiotik. Er beklagte das »dualistische Paradigma« der Medizin mit der Spaltung in einen kranken Körper ohne Seele und eine leidende Seele ohne Körper. Er hatte die Idee einer »Integrierten Medizin«, die den vorherrschenden biomechanisch/psychologischen Dualismus in der medizinischen Versorgung überwindet. https://de.wikipedia.org/wiki/Thure_von_Uexk%C3%BCll (Zugriff: 28.8.2019). Und er formulierte auch »Kritik an einem ingenieurwissenschaftlichen Modell der Medizin« (Buchholz/Kächele, 2019, S. 157)

³² Psychotherapeutenjournal, 1/2019, S. 51: Bei rund 90% wirken Antidepressiva nicht besser als Placebo«: <https://scilogs.spektrum.de/menschen-bilder/bei-rund-90-wirken-antidepressiva-nicht-besser-als-placebo>



und spezifische Veränderungsmechanismen definieren« (S. 157). Das hatte zur Folge, dass »die technische Metapher, auf DSM-definierte »Störungen« mit manual-definierten »Interventionen« reagieren zu wollen, das Selbstverständnis der Profession im Verbund mit der Technokratie-Metapher radikal um(baute)« (S. 161).

Mit einer »Fundamentalkritik am eigenen Sujet« bläst auch Stefan Weinmann, renommierter Berliner Psychiater, in dasselbe Horn.³³ Im Zentrum der Kritik steht der Kernbereich heutigen psychiatrischen Denkens und Handelns: die biologische Psychiatrie und ihre praktische Umsetzung in der Psychopharmakotherapie – mit in Deutschland und den westlichen Industrienationen einer nur »mäßigen Wirksamkeit« (S. 16). Die Langzeitmedikation bezeichnet er als eine »vielerorts stille oder schreiende Katastrophe« (S. 80f). Wirklich helfen könne nur die Grundlegung im Psychosozialen, da »die wesentlichen Determinanten psychischen Krankseins sozialer Natur sind und [...] außerhalb der Psychiatrie und reinen Medizin liegen« (S. 224, 229). Die Konsequenz daraus: »Wir müssen die Art und Weise verändern, wie wir Psychiatrie betreiben« (S. 26).

Als ein Beispiel für die grundsätzlichen Kontroversen bei psychischer Erkrankung über Verursachung (»Gene oder Umweltfaktoren?), Behandlung (Verhaltenstherapie oder Medikamente?) und Quantitäten (Über- und Fehlversorgung oder der Ausgleich einer einst bestehenden Unterversorgung?) ist die noch vor nicht allzu langer Zeit mit z.T. »harten Bandagen« geführten Debatte zur medikamentösen Therapie bei ADHS zu nennen. Auf der Seite der starken Kritiker*innen zu Genetik, Medikamenten und Fallzahlen stehen beispielsweise Gerd Glaeske mit einem Beitrag »Zu viel, zu wenig oder die falsche Therapie. ADS bei Kindern«³⁴, oder die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) mit der Broschüre »Eine Generation wird krankgeschrieben – Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Ritalin und Psychopharmaka« (Köln 2013)³⁵. Auf der anderen Seite positioniert sich die Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes, die »aufgrund fragwürdiger Behauptungen zur ADHS die dringende Notwendigkeit sieht, wissenschaftlich fundiert Stellung zu den Inhalten des Positionspapiers der DGSP zu nehmen«.³⁶ Sie machen klar, dass »Die Pharmakotherapie von Kindern und Jugendlichen mit ADHS ein wesentlicher Behandlungsbaustein ist, sie ist jedoch nicht bei allen Patienten notwendig und bedarf einer Einbettung in ein multimodales Behandlungskonzept«.³⁷

Die Polarisierungen sind letztlich doch ein Streit »um des Kaisers Bart«, denn die Abhängigkeit des Menschen von seiner biochemischen Basis ist ja nicht zu leugnen. Antworten pendeln immer mal mehr oder weniger in die eine oder andere Richtung in Abhängigkeit der Forschungslage (Forschungsförderung für was(nicht) sowie Interpretation und Schlussfolgerungen von Ergebnissen), politischer Interessen (Kosteneinsparung) und kultureller Gegebenheiten (z. B. Bedürfnisse und die Bedingungen des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen).

Resümee

Wir haben es also in diesem Themenfeld und somit auch in dieser Publikation mit einer unübersichtlichen, facettenreichen Gemengelage an Daten und Fakten, mit verschiedenen Politikfeldern, Interessen unterschiedlicher Akteur*innen, sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen sowie mit subjektiven Erfahrungen, Meinungen und Einstellungen zu tun.

Wie auch immer: Ein Grunddilemma bleibt: Die Probleme der Menschen und die psychologischen Symptome, die damit einhergehen, können nicht getrennt von den Bemühungen gesehen werden, klinisch relevante Symptome in diagnostische Kategorien einzuordnen. Auch wenn sich die Art und Weise, wie wir über die Probleme der Menschen reden, im Laufe der Zeit ändert, sind diese Probleme darum doch nicht eingebildet. Auch die Verwendung und Funktion von

³³ Weinmann, S. (2019): Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets. Köln: Psychiatrie-Verlag.

³⁴ Glaeske, G. in: Dr. med Mabuse, 193, 572011, S. 34–36, Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M.

³⁵ www.dgsp-ev.de/veroeffentlichungen/broschueren/adhs-ritalin-und-psychopharmaka.html

³⁶ www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/redakteure/zentrales_adhs-netz/%C3%9Cber_das_Netz/T%C3%A4tigkeit/Stellungnahmen/STN_Broschu%CC%88re_DGSP_2013.pdf

³⁷ www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/redakteure/zentrales_adhs-netz/%C3%9Cber_das_Netz/T%C3%A4tigkeit/Stellungnahmen/Stellungnahme_des_zentralen_adhs_netzes_zum_Sondergutachten_2009.pdf



Wörtern der Alltagssprache verändert sich im Laufe der Zeit. Daraus folgt aber nicht, dass die Dinge oder Vorgänge, auf die diese Wörter sich bezogen, Illusionen waren.

Jedenfalls hat in den vergangenen rund zwei Jahrzehnten das Teilthema »Psychische Erkrankungen« sowohl in der öffentlichen Wahrnehmung als auch in der Fachwelt an Bedeutung ständig zugenommen.

Besonders sind die Entwicklungen der psychischen Situation der Menschen in der Arbeitswelt im Fokus. Nicht zuletzt durch die »digitale Transformation« und den damit verbundenen Entwicklungen in der Arbeitswelt (Stichwort »Arbeitswelt 4.0«) und deren Auswirkungen erhält der Blick auf die »psychische Gesundheit« weitere Schubkraft.

Was da passiert, muss die Jugendsozialarbeit interessieren, denn ein Ziel ist die gelungene Integration in die Arbeitswelt.

Ein orientierendes Motto könnte sein: Normal und psychisch krank – zwei Seiten einer Medaille. Oder mit den Worten von Dirk Revenstorf (emeritierter Prof. am Psychologischen Institut der Universität Tübingen): Es komme mehr darauf an, »welche Person eine Krankheit habe als, welche Krankheit eine Person habe«.

Wohlwissend, dass all die zuvor benannten Facetten zu den Rahmenbedingungen des Themas gehören, soll diese Publikation zunächst und zuerst unseren Blick auf das Teilgebiet »Psychische Beeinträchtigungen bei den Zielgruppen der Jugendsozialarbeit« lenken und vielleicht auch Impulse zu einem tieferen Verständnis dieser jungen Menschen und ihrer Lebensbedingungen geben. Nicht zuletzt kann sie als Anleitung dienen für verbesserte Angebote für die Betroffenen und deren Betreuung – und dies ist, wie wir alle wissen, nicht immer ganz leicht, auch wenn es häufig einfach wäre.



GRUNDLAGEN UND ANALYSE

Anhand wissenschaftlicher und praxisreflektierender Beiträge wird in diesem Kapitel dargestellt, vor welchen Herausforderungen und Aufgaben die Jugendsozialarbeit in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Jugendlichen steht. So befasst sich der erste Beitrag mit grundlegenden Themen wie der Symptomatik, den Ursachen, Fragen der Diagnostik und Möglichkeiten der Behandlung. Im zweiten Beitrag wird der Versuch einer quantitativen Einschätzung vorgenommen. Der dritte Beitrag beleuchtet die Schnittstellen und die notwendige Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule. In einem weiteren Beitrag wird die Frage nach den bundespolitischen Rahmenbedingungen für die Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Jugendlichen gestellt. Im letzten Beitrag werden schließlich die diagnostischen und therapeutischen Herausforderungen bei der Behandlung von Jugendlichen mit ADHS erläutert.



Psychische Beeinträchtigungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Grundlagen und Analysen, Begriffe und Bedeutungen

Prof. Dipl.-Psych. Karl-Heinz Eser (Duale Hochschule Baden-Württemberg Heidenheim)

Psychisch beeinträchtigte Jugendliche werden häufig mit einer Reihe oft synonym verwendeter Eigenschaften belegt. Da heißt es wahlweise psychisch beeinträchtigt, belastet, behindert, krank oder gestört bis hin zu verhaltensauffällig, verhaltensgestört oder auch – zeitgeistig verschleiern – verhaltenskreativ, verhaltensoriginell usw. Gemeinsam ist diesen Merkmalen die Vorstellung, dass sich ihre Träger als pädagogisch-psychologisch herausfordernd und handlungsintensiv erweisen.

Symptomatik

Solche Auffälligkeiten oder Störungen meinen definitiv ein Problemverhalten, das ...

- auf den betroffenen Menschen selbst und/oder seine Umwelt über einen längeren Zeitraum belastend und verunsichernd wirkt, konflikträchtig ist und Leidensdruck erzeugt
- in der Wahl der Verhaltensweisen und ihrer Intensität nicht der Situation angepasst erscheint
- fließende Übergänge zum Normalverhalten zeigt
- für die betroffene Person situativ durchaus funktional sein und Sinn machen kann
- Entwicklungsmöglichkeiten behindert statt sie zu fördern

Eine Liste entsprechender Beobachtungen ist lang und kaum erschöpfend. Sehr häufig lassen sich nach Angaben des ZBFS (2019) bei Kindern und Jugendlichen registrieren:

- Selbstschädigende Verhaltensweisen, wie etwa intensives Daumenlutschen, Nägelkauen, Haare ausreißen, Zufügen von Schnittwunden oder sonstigen Verletzungen, Drogenmissbrauch, Essstörungen u.v.m.
- Verhaltensweisen, bei denen andere Menschen geschädigt werden, wie aggressives Verhalten, Körperverletzungen, Zerstörung von Sachen, Vandalismus, Brandstiftung, Diebstähle u.v.m.
- Selbstunsicheres, schüchternes und überängstliches Verhalten
- Verhalten, das zu erheblichen erzieherischen Schwierigkeiten führt, wie etwa häufiges Lügen, ausgeprägtes, nicht alterstypisches Trotzverhalten oder stark abwehrendes Verhalten.

Diese Auffälligkeiten oder Störungen bewegen sich symptomatisch auf der *körperlichen* (z. B. Essstörungen oder Nägelkauen), *psychischen* (z. B. Ängstlichkeit, Depressivität, Konzentrationsstörungen usw.) oder *sozialen* (z. B. Aggressivität oder Schüchternheit) Ebene. Generell wird zwischen externalisierenden und internalisierenden Formen unterschieden. Letztere sind oft weniger »laut« und laufen Gefahr, übersehen zu werden.

Zu den *externalisierenden* Formen, sprich *Verhaltensstörungen*, gehören beispielsweise:

- Aufmerksamkeitsdefizite und hyperkinetische Verhaltensweisen (AD[H]S) mit hoher Ablenkbarkeit, motorischer Unruhe (Zappeligkeit) und Sprunghaftigkeit (Impulsivität)
- Aggressives Verhalten mit deutlichen Regelübertretungen, Schlagen, Treten von Personen, Beschädigen von Gegenständen, Wutanfällen
- Nähe-Distanz Probleme, z. B. distanzloses, schamloses oder sexualisiertes Verhalten, ungewöhnlich hohes Bedürfnis nach Zuwendung und Körperkontakt

Zu den *internalisierenden* Formen, sprich *Persönlichkeitsstörungen*, zählen beispielsweise:

- Überängstlichkeit und ängstlich-depressives Verhalten, z. B. Weinen oder wenig Lebensfreude, Trennungängste usw.
- Kontaktvermeidung, z. B. fehlende Kontaktaufnahme
- Schüchternes, überangepasstes Verhalten
- Sprachverweigerung, sozialer Rückzug, fehlende Integration in die Gruppe
- Autistische Symptome

Zusätzlich fallen mitunter und begleitend organische Symptome auf, z. B. Epilepsie.

Wenn man solche Verhaltenserschwerisse auf schulische Situationen bezieht, könnte eine Sammlung von wahrgenommenen Unterrichtsstörungen aus Sicht der Lehrkräfte problematisches Verhalten umfassen, das sich nach der Schwere erlebter Belastungen ordnen lässt:

- *Aggressionen*: tätliche Angriffe auf Mitschüler*innen, Zerstörung von Material, verbale Aggressionen in Form von Schimpfwörtern und Kraftausdrücken
- *Rücksichtslosigkeit*: Vordrängen, in die Klasse rufen, nicht ausreden lassen, nicht an Regeln halten
- *Konzentrationsschwäche*: nicht aufpassen, schnell ablenkbar, etwas Anderes machen, schwätzen
- *Bewegungsdrang*: aufstehen, herumlaufen, auf Stuhl kippeln, zappeln, spielen mit Gegenständen
- *Antriebsschwäche*: nicht anfangen zu arbeiten, nicht vorankommen und nicht fertig werden
- *Ängstlichkeit*: sich nichts zutrauen, sich nicht melden, weinen, träumen, weglaufen

Ursachen

Eine nicht abschließende Zusammenstellung beleuchtet mögliche Ursachen von Auffälligkeiten oder Störungen im Verhalten und Erleben:

- Organische und neurophysiologische Faktoren, z. B. Verhaltensstereotypien in Verbindung mit Seh- oder Hörstörungen oder autistischen Störungen
- Lernfaktoren, d.h. Verhalten als gelernte Reaktion, z. B. aggressives Verhalten als erlernte und vordergründig erfolgreiche Durchsetzungsstrategie
- Verhaltensauffälligkeiten als Fortführung und/oder Folge frühkindlich gestörter Beziehungs- bzw. Bindungsmuster
- Auffallendes Verhalten als Signal für gestörte Interaktions- und Kommunikationsabläufe in emotional bedeutsamen Beziehungen oder Sozialsystemen
- Verhaltensauffälligkeiten, die die Selbstwahrnehmung, Identität und Körpererfahrung betreffen und als Störungen des Erlebens und Verhaltens zu sich selbst auftreten, vor allem zum eigenen Körper, z. B. in Form von Autoaggressionen
- »Krankmachende« soziale Bedingungen

Normalität

Die Beurteilung des individuellen Verhaltens von Jugendlichen kann nur im Vergleich mit dem anderer junger Menschen erfolgen. Jeder hat eine eigene Vorstellung davon, was als »normal« gilt und was als abweichend oder gar einschränkend und störend empfunden wird.

Allgemeine Verhaltensnormen können nur festgelegt werden, indem entweder das Verhalten vieler Mitglieder einer Gemeinschaft über einen längeren Zeitraum oder deren Beurteilung bestimmter Verhaltensweisen statistisch ausgewertet wird. Eine Abweichung von solchen Normen ist aber nicht zwangsläufig Ausdruck einer psychischen oder sozialen Störung. Verhaltensbeobachtungen sollten nur unter Berücksichtigung des situativen Kontexts zu Bewertungen führen. Zu berücksichtigen sind dabei unter anderem:

- der Entwicklungszusammenhang
- kulturelle und religiös-ethische Aspekte
- die persönliche Biographie, besondere Lebenserfahrungen
- Alter, Geschlecht, soziale Rolle und Status



■ Gesundheit und Krankheit – Spezialfälle von Normalität

Ähnlich verhält es sich mit der Bewertungsdimension *gesund bis krank*, zu der es zahlreiche unscharfe Definitionen gibt. Kaum ein Mensch ist völlig gesund oder völlig krank; die meisten bewegen sich auf einem Kontinuum zwischen diesen Polen. Erst bei Überschreiten eines medizinisch, psychologisch oder sozial begründeten und konsentierten Grenzwerts spricht man trotz kontinuierlicher, fließender Übergänge (Schwellenproblem) von krank, gestört oder ähnlich. Dieser Dimension kann man sich natürlich aus zwei Richtungen nähern. Die Pathogenese kennt und nutzt Krankheitsursachen vor allem heilend und die Salutogenese kennt und nutzt Gesundheitsfaktoren vor allem vorbeugend.

Beispiel: Definition von Behinderung nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG, 2016) definiert in § 2 (Begriffsbestimmungen) die Behinderungseigenschaft: (1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

Die Abweichung »von dem für das Lebensalter typischen Zustand« ist hier der individuell jeweils näher zu bestimmende Grenzwert und zugleich Normierungs- und Diagnoseansatz, der besondere Förderung und Unterstützung auslösen kann.

■ Inklusion

In Diagnostik wie Therapie psychischer Störungen sollte immer das Klient*innenwohl ohne ideologische Überfrachtungen im Mittelpunkt stehen. Die Maxime »So normal – man könnte auch inklusiv sagen – wie möglich, so speziell wie nötig!« trägt dieser Prämisse am ehesten Rechnung. Spätestens sobald die üblichen »Bordmittel« eines (hoffentlich) geregelten Alltags nicht mehr genügen, sollte die Notwendigkeit professioneller Hilfe erwogen werden.

Ein schulbezogenes Beispiel mag diese Überlegung verdeutlichen. Nach Esser und Hoenig (2018) sind »integrative (sprich: inklusive) schulische Systeme für die schwächsten Schüler*innen am wenigsten zuträglich, die leistungsstarken können mit Komplexität viel besser umgehen und zuweilen sogar davon profitieren. Die Schwächsten dagegen geraten rasch ins Hintertreffen.

Mit anderen Worten: Differenzierung nach Leistungsgruppen wäre im Sinne der Bildungsgerechtigkeit das Gebot der Stunde. [...] – und das, ohne dass sich der Einfluss der sozialen Herkunft verstärkt.« (Schulforum Berlin, 2018) Ob dann eine interne Differenzierung im Rahmen einer Regelschule günstiger ist oder doch die externe unter Inanspruchnahme eines Förderzentrums obliegt der umfassenden und sorgfältigen bio-psycho-sozialen Beurteilung des Einzelfalls – natürlich unter Einbeziehung des Kindes oder Jugendlichen und seiner Erziehungsberechtigten.

Diagnostik

Während *Diagnose* wörtlich die »unterscheidende Beurteilung und Erkenntnis« meint und alle Erkundungs- und Feststellungsverfahren für körperliche, seelische und geistige Eigenschaften, Normabweichungen und Geschehnisse bei Einzelpersonen sowie bei Personengruppen umfasst, steht *Diagnostik* für die Gesamtheit der Verfahren zur Diagnose einschließlich ihrer Anwendung und theoretischen Begründung.

Diagnostische Prozesse bedienen sich operativ der langjährig gesammelten Erfahrungen einschließlich gültiger Kriterien, die in weltweiten Klassifikationssystemen zusammengefasst sind. Das sind vor allem die drei Ordnungsgefüge der

medizinisch orientierten »International Classification of Diseases and related health-problems« (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), des psychiatrisch orientierten »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« (DSM) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) und – relativ neu – der mehr (sozial-)pädagogisch und rehabilitativ ausgerichteten »International Classification of Functioning, Disability and Health« (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Die Klassifikationsschemata ICD und DSM fassen beispielsweise psychische Störungen gemäß ihren Symptomen zu Gruppen zusammen. Sie basieren (1) auf dem Prinzip operational definierter Diagnosekriterien, d.h. es gibt Beobachungskriterien und Entscheidungsregeln, (2) auf beschreibungsgestützten, interpretationsfreien Befunden und (3) auf dem Verzicht von Ursachenmodellen. Beide verwenden den Begriff der Störung anstatt den der Krankheit.

Darüber hinaus gibt es »Medizinische Leitlinien« als systematisch entwickelte Feststellungen (Stand der Wissenschaft), die Gesundheitsberufe und Patienten bei ihren Entscheidungen über die angemessene Gesundheitsversorgung unter spezifischen klinischen Umständen unterstützen sollen. Sie werden in erster Linie von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) auf vier unterschiedlichen Qualitätsniveaus entwickelt und verbreitet. Eine S3-Leitlinie beispielsweise hat alle Elemente einer systematischen Entwicklung durchlaufen (Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung).

Medizinische Diagnosesysteme reflektieren den je physischen und/oder psychischen Status eines Individuums vorrangig unter Aspekten der Körperstrukturen, -funktionen und Aktivitäten. Sozialpädagogische Diagnostik konzentriert sich darüber hinaus vor allem auf den sozialen (Umwelt-) Kontext der Lebenswelt seiner Klientel. Mögliche Einseitigkeiten der betont medizinischen oder betont sozialpädagogischen Sicht können durch eine Orientierung am bio-psycho-sozialen Beschreibungsmodell der ICF integrativ aufgelöst werden.

■ Internationale Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

Die ICD der WHO (seit 1955) ist die als ICD-10-GM 2019 derzeit noch gültige amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Ihre Anwendung erfolgt im stationären Bereich gemäß § 301 SGB V und im ambulanten Bereich gemäß § 295 SGB V. Sie dient als Grundlage für Vergütungssysteme und Finanzierungssysteme, Qualitätsberichte und Statistik und hat zwei Teile:

- Systematisches Verzeichnis (Systematik), bestehend aus der eigentlichen Systematik, also der hierarchisch geordneten Liste von derzeit ca. 13.700 (endständigen) Schlüsselcodes, und ergänzenden Informationen.
- Alphabetisches Verzeichnis (Alphabet) mit einer umfangreichen Sammlung verschlüsselter Diagnosen aus dem Sprachgebrauch der ambulanten und stationären Versorgung in alpha-numerischer Form.

Die Neuauflage ICD-11 soll im Jahr 2019 verabschiedet werden und 2022 in Kraft treten. Sie ist mit dem DSM-5 besser abgestimmt als bisher.

Beispiel: Autismus-Spektrum-Störung (ASS) als ICD-10-Kategorie (F84)

Tief greifende Entwicklungsstörungen: Diese Gruppe von Störungen ist gekennzeichnet durch qualitative Abweichungen in den wechselseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern und durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Diese qualitativen Auffälligkeiten sind in allen Situationen ein grundlegendes Funktionsmerkmal des betroffenen Kindes.

Sollen alle begleitenden somatischen Zustandsbilder und eine Intelligenzminderung angegeben werden, sind zusätzliche Schlüsselnummern zu benutzen.

Spektrumkonstituenten, vor allem: F84.0 Frühkindlicher Autismus (Kanner-Syndrom), F84.1 Atypischer Autismus, F84.2 Rett-Syndrom und F84.5 Asperger-Syndrom.



■ Diagnostisches und statistisches Handbuch für psychische Störungen (DSM-5)

Das DSM (seit 1952) der Amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (APA) ist in der aktuellen Version DSM-5 in drei Teile gegliedert. Der erste Teil gibt kurz grundlegende Informationen zum Gebrauch des Manuals. Danach folgen auf über 900 Seiten die diagnostischen Kriterien und Kodierungen. Der dritte Teil schildert in Entwicklung befindliche Instrumente und Modelle zur Diagnostik von psychischen Störungen. Hierbei wird neben aktuellen Forschungsschwerpunkten psychischer Erkrankungen auch ein Überblick über kulturell gebundene Leidenskonzepte gegeben. Zusätzlich stellen die Autoren ein Glossar für Fachbegriffe im Anhang zur Verfügung. Die deutsche Fassung haben die Autoren Falkai und Wittchen erstellt.

Die Komplexität des multiaxialen Vorgehens in DSM-IV hat sich wegen Überforderung der Diagnostiker*innen als nicht praktikabel erwiesen, sodass die Neuauflage DSM-5 von 2013 darauf verzichtete, die Störungsbeschreibungen aktualisierte und die diagnostischen Kriterien geringfügig modifizierte als auch neu anordnete. Die Diagnosen-Anzahl wurde von 172 in DSM-IV auf 157 in DSM-5 reduziert. DSM-5-Diagnosen enthalten korrespondierende F-Kodierungen (ICD-10) und ausführliche Kommentierungen und Anleitungen zur sachgerechten Nutzung. Das DSM-5 wird als teils expliziter, präziser und »härter« erachtet, da es weniger als die ICD auf politischen Konsens achten muss. In diesem Diagnosesystem müssen diagnostische Entscheidungen auf klar und deutlich beschriebenen Gedankengängen und dem systematischen Überblick über empirische Erkenntnisse beruhen.

Das DSM-5 kann zwar in Deutschland nicht zur Diagnosestellung verwendet werden, da psychische Störungen nach dem ICD-System codiert werden, jedoch ist es insbesondere in der Forschung aufgrund seiner genaueren Kriterienbeschreibungen und vieler zusätzlicher Anmerkungen ein beliebteres Klassifizierungssystem als die ICD-10. Die Verwendung des SKID-5 (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM) ist zurzeit nur im englischsprachigen Bereich möglich.

Beispiel: Autismus-Spektrum-Störung als DSM-5-Kategorie (299.00)

Für eine ASS-Diagnose müssen im Bereich A alle drei Kriterien erfüllt sein, im Bereich B drei von vier und jeweils der Schweregrad angegeben werden. Darüber hinaus sind weitere, hier nicht genannte Bereiche (C, D, E, Zusätze) spezifiziert.

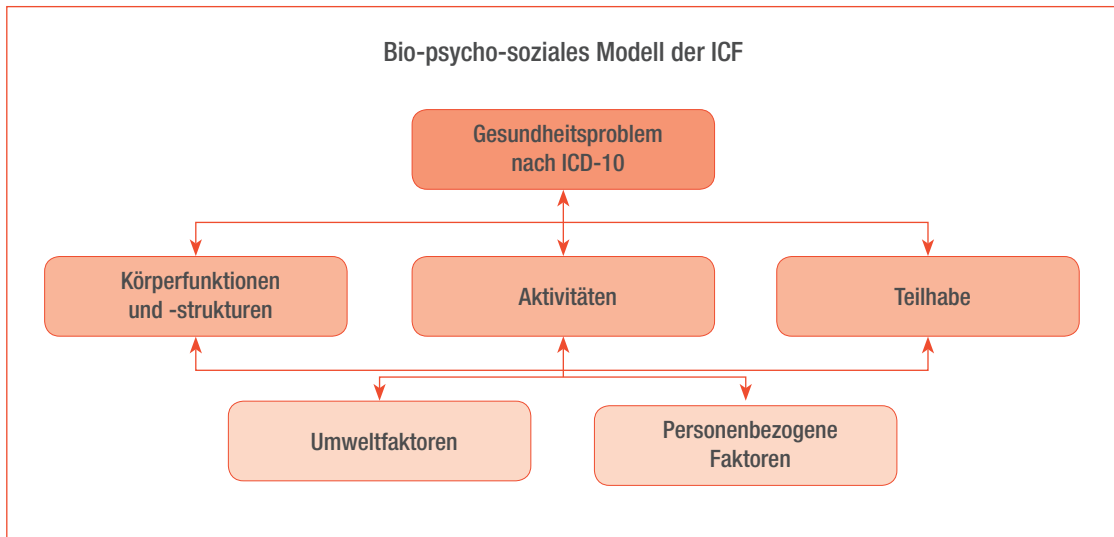
A) Andauernde Defizite der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion, die sich über mehrere Lebensbereiche erstrecken und sich durch drei Defizit-Merkmale zeigen (aktuell oder in der Entwicklungsgeschichte)

B) Restriktive, repetitive Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten, die sich durch mindestens zwei von insgesamt vier Merkmalen zeigen

■ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Diese Klassifikation der WHO (seit 2001) dient als länder- und fachübergreifend einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person. Behinderung ist damit nichts Absolutes, sondern erst als soziale Kategorie begreifbar. Nicht die Schädigung ist ausschlaggebend, sondern die Folgen für Betroffene.

Das zugrundeliegende bio-psycho-soziale Wirkungsmodell versteht sich, wie Abbildung 1 zeigt, als personenzentriertes und interaktives Beschreibungssystem aus sechs Komponenten, die in einfachen und komplizierten (interaktiven) Abhängigkeiten zueinander stehen.



Um eine Vergleichbarkeit einzelner Fälle herzustellen, sind die hierarchisch organisierten Modellkomponenten in Kapitel unterteilt, die mit insgesamt 1.424 Items hinterlegt sind. »In praktischen Anwendungen der ICF dürfte eine Anzahl von 3 bis 18 Item-Codes angemessen sein, um einen Fall mit der Genauigkeit der Kurzfassung zu beschreiben«, so Schunterman (2018, S. 73). Mit der ICF werden diagnostisches Vorgehen und Grundlage des therapeutischen Handelns erweitert, indem der Blick von der Körperfunktion auf die Anforderungen und Aktivitäten des täglichen Lebens gelenkt und als Ziel der Behandlung eine Verbesserung der sozialen Teilhabe eingefordert wird. Damit wird deutlich, dass tragfähige Aussagen über Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe, z. B. mithilfe der neuropsychologischen Diagnostik, nur unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren möglich sind.

Allerdings ist die ICF »nur und nur« ein sprachliches Klassifikationsinstrument, dessen Anwendung man erlernen muss. Das zuvor notwendige Befragen, Untersuchen, Messen und Befunden von Zuständen zur Beschreibung von Gesundheitsproblemen sowie das nach der Klassifizierung folgende und notwendige integrierende »Denken und (Be-) Urteilen« durch Fachpersonen sowie ihr Dialog mit den Betroffenen wird durch die Nutzung der ICF nicht ersetzt. Kritisch muss man anmerken, dass es im Rahmen der pädagogisch-psychologischen Anwendung (bisher) an verbindlichen Kriterien und standardisierten Erhebungsverfahren fehlt. Stattdessen setzt man auf den Diskurs, das Aushandeln der am Teilhabeplanverfahren Beteiligten.

Beispiel: Autismus-Spektrum-Störung (ASS) als ICF-Kategorie

Nach meinen Informationen gibt es bisher sehr wenige Verschriftlichungen zur Thematik ICF und Autismus. Das Universitätsklinikum Freiburg veröffentlichte eine Publikation mit dem Titel »Psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Frühkindlichem Autismus und Asperger-Syndrom«, die nach Bis-caldi-Schäfer (2008) zusammenfassend besagt:

»Bei den autistischen Störungen sind viele Domänen der Aktivität und Teilhabe (bei Anforderungen, bei Erledigungen von Aufgaben, in Beziehungen, im Gemeinschaftsleben sowie bei bestimmten Aspekten der Selbstversorgung, der Kommunikation und der interpersonellen Interaktionen) erheblich bis voll beeinträchtigt, unabhängig vom Intelligenzniveau und diagnostischen Typus. Auch autistische Menschen mit normaler Intelligenz haben Beeinträchtigungen in bestimmten Bereichen der mentalen Funktionen, wie z. B. Aufmerksamkeit, die Fähigkeit emotionale Signale adäquat einzusetzen sowie Planungs- und Organisationsfähigkeiten.

Die Beeinträchtigungen in der Gruppe der geistig Behinderten sind noch stärker. Insbesondere eine wirtschaftliche Selbständigkeit (auch bei leichter geistigen Behinderung) wird nicht erreicht«.

In der folgenden Übersicht werden die ICF-Kodierungsmöglichkeiten zum Störungsbild Autismus-Spektrum-Störung (ASS) beispielhaft für einige Items im Überblick dargestellt (Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation):

Kürzel	Bezeichnung	Beschreibung
d310 – d329 Kommunizieren als Empfänger		
d310	Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen	Die wörtliche und übertragene Bedeutung von gesprochenen Mitteilungen zu erfassen, wie verstehen, ob eine Aussage eine Tatsache behauptet oder ob sie eine idiomatische Wendung ist.
d315	Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen	Die wörtliche und übertragene Bedeutung von durch Gesten, Symbole und Zeichnungen vermittelten Mitteilungen zu erfassen, wie erkennen, dass ein Kind müde ist, wenn es seine Augen reibt, oder dass das Läuten einer Warnglocke Feuer bedeutet. Inkl. Kommunizieren als Empfänger von Körpergesten, allgemeinen Zeichen und Symbolen, Zeichnungen und Fotos.
d330 – d349 Kommunizieren als Sender		
d330	Sprechen	Wörter, Wendungen oder längere Passagen in mündlichen Mitteilungen mit wörtlicher und übertragener Bedeutung zu äußern, wie in gesprochener Sprache eine Tatsache ausdrücken oder eine Geschichte erzählen.
d335	Non-verbale Mitteilungen produzieren	Gesten, Symbole und Zeichnungen zur Vermittlung von Bedeutungen einzusetzen, wie seinen Kopf schütteln, um Uneinigkeit anzuzeigen, oder ein Bild oder Diagramm zeichnen, um eine Tatsache oder eine komplexe Vorstellung zu vermitteln. Inkl. Körpergesten, Zeichen, Symbole, Zeichnungen und Fotos produzieren.

■ Leitlinien der AG der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Beispiel: S3-Leitlinie zur Autismus-Spektrum-Störung (ASS), Teil 1 (Diagnostik)

Der erste Teil dieser Leitlinie wurde 2016 unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) veröffentlicht (Verfügbar unter: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf). Ihre Systematik umfasst auf 252 Seiten Erscheinungsbilder, Symptomatik, und Klassifikation nach ICD-10/DSM-IV-TR/DSM-5, Deskriptive Epidemiologie, Verlauf und Prognose, Risikofaktoren, Erkennen autistischer Symptome, Screening Verfahren, Diagnostische Verfahren, Untersuchung komorbider Störungen, Differentialdiagnostik, Aufklärung, Verlaufsdiagnostik und ein Literaturverzeichnis.

Behandlung

Die Behandlung und der Umgang mit psychisch beeinträchtigten jungen Menschen kommen nicht ohne fundierte Erfahrung und fachliche Handlungsleitung aus, wenn sie nachhaltig sein sollen. Gesunder Menschenverstand und guter Wille allein reichen nicht. Der Behandlungseinstieg sollte immer dem Grundsatz »Keine Therapie ohne Diagnose« verpflichtet sein. Des Weiteren ergibt sich dann im Einzelfall womöglich die Notwendigkeit *konzertierter* medizinischer, psychologischer, schulischer, beruflicher oder sozialer Interventionen.

Das Organisationsmodell der kommunalen Erziehungsberatung ist ein gutes Beispiel für *interdisziplinäre Vernetzung*. Leitend ist der *Teamgedanke*, um der Vielfalt von Erscheinungsformen und Verursachungen psychischer Probleme gerecht zu werden. Das Kernteam der Fachstelle besteht in der Regel aus Sozialpädagog*innen, Psycholog*innen und Verwaltungskräften, konsiliarisch ergänzt durch (Fach-) Ärzt*innen und weitere Sonderdienste (Heilpädagog*innen, Logopäd*innen, Ergotherapeut*innen u.a.m.).

Beispiel: Wirksame Förderung beim Asperger-Syndrom als Facette der Autismus-Spektrum-Störung (ASS)

Eine kausale Behandlung der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen existiert nicht, vielmehr handelt es sich um eine multimodale Therapie, die die Selbstständigkeitsentfaltung, soziale Integration sowie die schulische und berufliche Entwicklung verbessern. Zu den Interventionen zählen z. B. beim Asperger-Syndrom insbesondere:

Frühförderung: Sie zielt zum einen darauf ab, die normale Kindesentwicklung zu fördern sowie gestörte Verläufe zu korrigieren, zum anderen versucht sie, exzessive Erlebensweisen und Verhaltensmuster wie z. B. pathologische Ängste und selbstverletzendes Verhalten abzubauen. Zudem sollen defizitäre Eigenschaften, vor allem die Bereiche Sprache und Motorik betreffend, verbessert werden. [...] Wichtig hierbei ist die frühzeitige Unterstützung der Familie, die vor allem auch durch Psychoedukation wie umfangreiche Informationen über die Erkrankung, Selbsthilfegruppen, sozialrechtliche Hilfsangebote etc. erreicht wird.

Verhaltenstherapie: Hierbei haben sich in der Behandlung von autistischen Kindern zwei Methoden etabliert. Beide Therapieansätze haben das Ziel, die soziale Interaktion, Kommunikationsfähigkeit und die Selbstständigkeit zu fördern und Zwänge, Rituale, Auto- sowie Fremdaggression, aber auch Isolation zu reduzieren, um eine lebenspraktische Fertigkeit im Zusammenleben mit Gleichaltrigen zu erreichen. Im Erwachsenenalter konzentriert sich die Behandlung vor allem auf das Training sozialer Kompetenz.

- **ABA (Applied-Behavior-Analysis):** Ist eine besonders intensive Verhaltenstherapie mit hochfrequenten Therapieeinheiten (40 Stunden/Woche). Wichtig ist hierbei die enge Einbeziehung der Familienangehörigen.
- **TEACCH (Treatment and education of autistic and related communication handicapped children):** Es wird davon ausgegangen, dass die Umwelt an das autistische Kind angepasst werden sollte, damit sich Betroffene besser orientieren, neue Verhaltensweisen besser erlernen und einüben können.

Darüber hinaus hat sich das Theory-of-Mind-Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten (TOM) bewährt, das die eingeschränkte Fähigkeit zur Empathie vor allem in der Adoleszenz erweitern hilft.

Jedes dieser Behandlungsprogramme muss individuell abgestimmt sein. Ein allgemein richtiges Therapiekonzept gibt es nicht.

Pharmakotherapie: Die Pharmakotherapie dient vor allem der Reduktion komorbider Störungen wie z. B. begleitende Depression oder Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, um die verhaltenstherapeutischen Interventionen in den Bereichen soziale Integration, kommunikative Interaktionen und Stereotypen positiv zu beeinflussen bzw. negative Störfaktoren wie massive Erregungszustände bei sich verändernden Lebensumstände zu reduzieren. (...).

Zweifelhafte und kontraindizierte Maßnahmen: Als solche gelten Festhaltetherapie, Gestützte Kommunikation (FC), Diäten, Vitamin- und Mineralstofftherapien, Sekretin (Hormongabe), auditive Therapien und psychodynamisch-aufdeckende Vorgehensweisen.

Die beispielhafte Darstellung ist wesentlich dem Portal Medizin-Wissen-Online (2018) entnommen.

Beispiel: S3-Leitlinie zur Autismus-Spektrum-Störung (ASS), Teil 2 (Therapie)

Der zweite Teil dieser Leitlinie wird voraussichtlich Ende 2019 veröffentlicht. Zur Begründung wird angeführt, dass eine deutsche Leitlinie zur Behandlung von ASS bislang nicht existiert. Um gerade auch für die Praxis einen Überblick über die vorhandenen Therapien und ihre Wirksamkeit zu liefern, wird diese Leitlinie erstellt. Sie soll die Behandlung verbessern und ein erstes Nachschlagewerk bieten für alle diejenigen, die mit ASS arbeiten oder sich informieren möchten.

Wesentliche Behandlungselemente bei psychischen Beeinträchtigungen sind in der Regel Aufklärung/Schulung, Beratung, Training, Psychoedukation, Psychotherapie, Soziotherapie, Medikation und Ernährung. Ihre sinnvolle Kombination muss im Einzelfall gefunden werden und sich ggf. auch an das soziale Umfeld richten, z. B. an Eltern, Lehrer usw. Welche Interventionen im Einzelnen sinnvoll sind, hängt immer von den Besonderheiten nach Art und Grad der individuell ausgeprägten psychischen Beeinträchtigung ab.

Erfolgreiche Behandlungselemente beinhalten mit anderen Worten immer ein störungsspezifisches Vorgehen und müssen konkret auf den Einzelfall bezogen und angewendet werden. Wenn wir bei dem durchgängig gewählten Beispiel ASS bleiben, gehört dazu im günstigen Fall ein *multimodales* Vorgehen auf mehreren Ebenen. Beispielfhaft³⁸ und nicht abschließend seien genannt:

■ Unterstützte Kommunikation

Strukturierung und Visualisierung spielt in nahezu allen Bereichen der Autismus-Therapie eine große Rolle, da mit Hilfe dieser Methoden Menschen mit Autismus mehr Orientierung in ihrem Alltag gegeben werden kann und visualisierte Begriffe auf Bildkarten (zeitweise) an Stelle der fehlenden Kommunikation über Verbalsprache treten können. Sie gelten als Methoden der unterstützten Kommunikation. Autistische Menschen, die (noch) über keine Verbalsprache verfügen, können sich über Bildkarten, z. B. PECS (Picture Exchange Communication System) verständigen (Bach, 2006) und ihr Umfeld kann sich ihnen verständlich machen. Bildkarten und mit Symbolen bestückte elektronische Talker sind die wichtigsten Medien der verbalsprachersetzenden Kommunikation (Wilken, 2010).

■ Entspannungs- und Konfrontationsverfahren

Menschen mit Autismus berichten immer wieder, unter welchem großem Stress sie im Alltag leiden (Faherty, 2012). Daher bietet man Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen auf die jeweilige Altersgruppe zugeschnittene Entspannungsverfahren an. Grundlage sind häufig Verfahren der Progressiven Muskelentspannung, das autogene Training und das Achtsamkeitstraining (Kaluza, 2011). Bei Kindern und Jugendlichen bettet man die Techniken in erlebnisorientierte und oft auf Spezialinteressen bezogene Geschichten ein, z. B. entspanntes Gleiten in der Luft wie Harry Potters Eule Hedwig. Bei Erwachsenen ist es oft wichtig, bestimmte aversive Themen zu kennen und bei diesen Übungen auszuklammern. Erwachsene mit hochfunktionalem Autismus berichten häufig, dass ihnen die Beschäftigung mit ihren Spezialinteressen bzw. das Ausüben von motorischen Manierismen (Schmidt, 2012) die tiefste Entspannung ermöglicht. In diesem Fall gilt es sie zu beraten, in welchem Rahmen und in welcher Intensität die Verfolgung dieser Entspannungsart sinnvoll ist.

■ Kognitive Verfahren

Die Kognitive Verhaltenstherapie mit den Verfahren der Rational-Emotiven Therapie und Kognitiven Umstrukturierung hat zum Ziel, hinderliche Denkstrukturen, z. B. negativistisches Denken, zu verändern und das Verhaltensrepertoire den individuellen Anforderungen gemäß zu erweitern. Dazu werden spezielle Methoden eingesetzt, wie z. B. Sammeln und Aufzeichnen automatischer Gedanken, Zweispaltentechnik (Argumentieren gegen automatische Gedanken), Erkennen von Mustern kognitiver Verzerrungen, Realitätstesten (Testen der Kognitionen) und »Entkatastrophisieren« (Wilken, 2006). Die Strukturiertheit der Methode kommt dem systematisierenden Denkstil autistischer Menschen sehr entgegen und eignet sich z. B. besonders gut bei sozialer Ängstlichkeit und Versagensängsten. Ihre Strukturiertheit kann vor allem von hochbegabten Asperger-Persönlichkeiten zur Aufforderung fehlinterpretiert werden, möglichst alle emotionalen und sozialen Prozesse in Formeln und Algorithmen zu fassen, z. B. das Phänomen der Liebe in eine mathematische Formel zu fassen (Schmidt, 2012).

³⁸ Die nachfolgenden Beschreibungen sind ausschnitthaft Rittmann (2014) entnommen.

■ Psychoedukation

Vor allem im Bereich der Therapie von Jugendlichen und Erwachsenen mit Asperger-Syndrom bzw. hochfunktionalem Autismus nimmt die Psychoedukation einen wichtigen Platz ein. Ziel ist es, dem Betroffenen eine positive Identitätsbildung zu ermöglichen. Dies erreicht man im Rahmen der Psychoedukation zunächst durch eine Aufklärung über die vorliegende Form der Autismus-Spektrum-Störung unter Einbeziehung der individuellen Persönlichkeits- und Temperamentsausprägungen. Menschen mit hochfunktionalem Autismus neigen – auch aufgrund fehlenden sozialen Austauschs – dazu, ihre Schwierigkeiten und Besonderheiten ausschließlich dem Autismus zuzuschreiben (Rittmann, 2014). Hier eine Differenzierung vorzunehmen und damit auch die Persönlichkeitsanteile zu benennen, die stärker beeinflussbar sind, ist ein wesentliches Ergebnis einer individuellen Aufklärung. Bezüglich des autismspezifischen Teils der Persönlichkeit verfolgt man das Ziel, mit dem Betroffenen zusammen ein individuelles Ressourcenprofil zu erarbeiten, was es ihm ermöglicht, bewusst seine Stärken und Talente z. B. im beruflichen Zusammenhang zu nutzen, ohne seine Schwächen verleugnen zu müssen. Ein offensiver Umgang mit den individuellen Beeinträchtigungen reduziert langfristig das persönliche Stressniveau und beugt komorbiden Erkrankungen vor.

Seit es vermehrt Erfahrungen mit sozialen Kompetenzgruppen im gesamten Spektrum autistischer Kinder und Jugendlicher gibt, weiß man, dass der Gruppenkontext ein sehr fruchtbares Feld für soziales und imitatives Lernen ist. Die Therapeutinnen und Therapeuten übernehmen hier die Aufgaben, inhaltliche Vorschläge zu machen, den Rahmen zu gestalten sowie Moderation und Mediation. Das Imitationslernen geschieht hauptsächlich zwischen den verschiedenen Teilnehmern, von denen – je nach angeschnittenen Themen – in der Regel einer oder einige weiter in ihrer Entwicklung sind als andere.

■ Umfeldberatung

Im Mittelpunkt stehen Elternberatung und -training sowie Beratung des Umfelds, z. B. Lehrer*innen, Mitschüler*innen, Arbeitgeber*innen, mit Vermittlung des Störungskonzeptes.

Verhaltensanalytische Grundlagen zu vermitteln, gehört zu den zentralen Teilen der von den Autismus-Therapiezentren geleisteten Umfeldarbeit. In vielen Zentren nutzen Eltern die angebotenen verhaltenspsychologischen Trainings, bei denen häufig Video-Feedback eingesetzt wird. Auf diese Weise kann den Bezugspersonen anschaulich vermittelt werden, wie stark sie z. B. den Kontakt zum autistischen Kind durch ihre Aufmerksamkeitslenkung beeinflussen. Sie erkennen, dass sie im Erziehungsalltag einem positiven Verhalten oft kaum Aufmerksamkeit schenken, da es nicht weiter auffällt, sich in der Wahrnehmung nicht in den Vordergrund drängt und damit übersehen wird. Auf ein störendes Verhalten reagieren sie jedoch meist sofort – und damit in negativer Weise verstärkend.

Diese Reaktionsweisen passieren fast jedem Menschen in der Erzieherrolle und sind meist vollkommen unbewusst. Wenn die Eltern diese Dynamik erkennen und verstehen, können sie zukünftig bewusst den Kindern die Aufmerksamkeit dann schenken, wenn die Kinder ein erwünschtes Verhalten zeigen. Dadurch werden die Kinder weniger Anlass zu provokativem Verhalten haben. Es entsteht eine verständnisvolle Beziehung zum Kind und eine proaktive, vorausschauende Erziehungshaltung. Das positive Erleben von Selbstwirksamkeit in der Erziehung vermindert das Stresserleben der Eltern (»Ich kann jetzt was tun!«).

Literatur

Bach, H. (2006): *Wer tauscht mit mir? Kommunikationsförderung autistischer Menschen mit dem »Picture Exchange Communication System« (PECS)*; Stuttgart: ibidem-Verlag

Biscaldi-Schäfer, M. (2008): *Psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit frühkindlichem Autismus und Asperger-Syndrom*. Beitrag 5 auf der 6. ICF-Anwenderkonferenz; Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, Bremen

Bundesministerium für Arbeit und Soziales – BMAS (2016): *Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)*. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 66, ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 2016; Köln, Bundesanzeiger Verlag

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – WHO-Kooperationszentrum (Hrsg.) (2019): *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10 GM)*; DIMIDI, Köln

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – WHO-Kooperationszentrum (Hrsg.) (2005): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Köln: DIMIDI

Esser, H./Hoenig, K. (2018): *Leistungsgerechtigkeit und Bildungsungleichheit. Effekte der Verbindlichkeit der Grundschulempfehlungen beim Übergang auf das Gymnasium. Ein Vergleich der deutschen Bundesländer mit den Daten der »National Educational Panel Study« (NEPS)*. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 70, S. 419–447; <https://doi.org/10.1007/s11577-018-0558-2> [8.7.2019]

Faherty, C. (2012): *Asperger... Was bedeutet das für mich? Ein Arbeitsbuch für Kinder und Jugendliche mit high-functioning Autismus oder Asperger-Syndrom*; St. Gallen, Autismusverlag

Falkai, P./Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*; Göttingen, Hogrefe

Kaluza, G. (2011, 4. Aufl. 2018): *Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*; Heidelberg: Springer

Medizin-Wissen-Online (2018). *Asperger-Syndrom*. Verfügbar unter: <http://medizin-wissen-online.de/index.php/psychiatrie/193-tiefgreifende-entwicklungsstoerungen-autismus-spektrum-stoerung/134505-asperger-syndrom>

Rittmann, B. (2014): *Gruppentraining für Erwachsene mit hochfunktionalem Autismus – ein praktischer Leitfaden für Konzeption und Durchführung*. In: autismus Deutschland e.V. (Hrsg.), *Autismus in Forschung und Gesellschaft* (S. 141–156); Karlsruhe, von Loeper

Schmidt, P. (2012): *Ein Kaktus zum Valentinstag. Ein Autist und die Liebe*; Ostfildern, Patmos

Schulforum Berlin (2018): *Bildungsgerechtigkeit: »Differenzierung nach Leistungsgruppen«*. Was Risikoschülern hilft. Verfügbar unter: <http://schulforum-berlin.de/differenzierung-nach-leistungsgruppen-waere-im-sinne-der-bildungsgerechtigkeit-das-gebot-der-stunde/> [6.1.2019]

Schuntermann, M. F. (2018): *Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen*; Landsberg a. Lech, eco-med-stork

Wilken, B. (2006, 8. Aufl. 2018): *Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die Psychotherapeutische Praxis*; Stuttgart, Kohlhammer

Wilken, E. (2010, 5. Aufl. 2018): *Unterstützte Kommunikation: Eine Einführung in Theorie und Praxis*; Stuttgart, Kohlhammer

ZBFS – Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt (2019): *Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensstörungen*. Verfügbar unter: www.elternimnetz.de/kinder/sorgenkinder/verhaltensauffaelligkeiten.php

Zahlen - Daten - Fakten



Psychische Auffälligkeiten junger Menschen

Höhere Bedarfslagen bei konstanter Prävalenz

Dr. Jens Pothmann (Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik im Forschungsverbund DJI/TU Dortmund)

Die Jugendsozialarbeit zeichnet sich durch ein breit gefächertes Spektrum an Angeboten und Arbeitsansätzen aus. Die Handlungsfelder der Schulsozialarbeit, der Streetworkarbeit, der Jugendberufshilfe und andere mehr umfassen verschiedene sozialpädagogische Angebote zur sozialen, schulischen und beruflichen Unterstützung und Integration junger Menschen. Das Ziel der Jugendsozialarbeit ist ganz allgemein, die sprachliche, schulische, berufliche und soziale Integration junger Menschen zu fördern (vgl. Deutscher Bundestag 2013, S. 324; Jordan/Maykus/Stuckstätte 2012, S. 155ff.). Das Erreichen dieser Zielsetzung scheint aktuell für die Träger aufgrund herausfordernder oder auch problematischer Verhaltensweisen junger Menschen schwieriger zu werden.

Die nachfolgenden Ausführungen greifen einzelne Berichte aus der Praxis in diesem Heft auf, nach denen die Zahl der jungen Menschen mit »Multiproblemen«, insbesondere mit psychischen Auffälligkeiten, in den Maßnahmen und Angeboten der Jugendsozialarbeit beständig zunehmen. Diesen Beobachtungen wird im Folgenden nachgegangen, indem unterschiedliche Datenquellen zu psychischen Beeinträchtigungen junger Menschen in den Blick genommen werden. Diese werden dahingehend ausgewertet,

- wie hoch die Zahl der jungen Menschen mit psychischen Auffälligkeiten ist,
- inwiefern beispielsweise alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede oder auch andere besondere Verteilungen innerhalb dieser Gruppe zu beobachten sind,
- ob sich bezogen auf die ersten beiden Fragestellungen für die letzten Jahre Veränderungen beobachten lassen.

Die für den Beitrag vorgenommene Auswahl an Datenquellen ist weit davon entfernt, einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Vielmehr wird eine Auswahl getroffen. Eingehender betrachtet werden amtliche Sozialstatistiken wie die Kinder- und Jugendhilfestatistik sowie die Sozialhilfestatistik, Ergebnisse aus der Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen sowie Resultate mehrerer Erhebungswellen seit 2003 von einer Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, kurz KiGGS. Abschließend werden die zum Teil widersprüchlichen Ergebnisse der hier in den Blick genommenen Datenquellen diskutiert.

Amtliche Sozialstatistiken

Einen ersten empirischen Zugang stellt die amtliche Statistik dar, genauer zum einen die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik (a) sowie zum anderen die Sozialhilfestatistik (b). Beide Erhebungen erfassen die Inanspruchnahme von Eingliederungshilfen für junge Menschen – die Kinder- und Jugendhilfestatistik bei einer (drohenden) seelischen Behinderung und die Sozialhilfestatistik bei einer körperlichen bzw. geistigen Behinderung.³⁹

Kinder- und Jugendhilfestatistik

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 94.166 Eingliederungshilfen aufgrund einer (drohenden) seelischen Behinderung (§ 35a SGB VIII) in Anspruch genommen, davon 82.265 von Minderjährigen und 11.901 von jungen Volljährigen bis zum Alter von 26 Jahren. Zwischen 2010 und 2016 hat sich das jährliche Fallzahlenvolumen von 54.903 auf die besagten 94.166 Hilfen erhöht; das entspricht einem Plus von 39.263 Leistungen oder auch 71,5% pro 10.000 Personen der unter 21-jährigen Bevölkerung weist die amtliche Statistik etwa 58 »35a-Hilfen« aus. Rein statistisch wären das umgerechnet knapp 0,6% der genannten Bevölkerungsgruppe.

Es ist nach den Zahlen der Kinder- und Jugendhilfestatistik davon auszugehen, dass nicht nur das Gros der jährlich durchgeführten Hilfen, sondern auch die Fallzahlenzunahme der letzten Jahre auf ambulante Hilfen zurückzuführen ist, die als Integrationshilfen rund um die Schule eingesetzt werden. Hierfür spricht auch, dass sowohl bei den Mädchen als auch bei der zahlenmäßig sehr viel größeren Gruppe der Jungen die meisten Hilfen für 6- bis unter 10- sowie vor allem bei den 10- bis unter 14-Jährigen gezählt werden. Die höchsten Inanspruchnahmequoten entfallen also auf die Übergangphase zwischen dem Ende der Grundschule und den ersten Jahren auf einer weiterführenden Schule. Ein Zusammenhang des Hilfebedarfs mit der Schule wird auch darüber deutlich, dass erstens bei den Gründen für die Inanspruchnahme einer Leistung schulische Probleme mit am häufigsten genannt werden sowie zweitens die Schule selbst mittlerweile zu einem der zentralen Durchführungsorte von Eingliederungshilfen in Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe geworden ist – Stand 2016 immerhin jede dritte »§35a-Hilfe«.

Eingliederungshilfen bei einer (drohenden) seelischen Behinderung umfassen allerdings weitaus mehr als ambulante schulische Integrationshilfen. Vielmehr gehören zum Leistungsspektrum auch stationäre Hilfesettings – beispielsweise bei Verhaltensstörungen wie bei schwerwiegenderen Fällen von ADHS oder auch bei Entwicklungsstörungen wie den unterschiedlichen Formen des Autismus. Für die letzten Jahre ist unabhängig von Alter und Geschlecht sowie einem ambulanten oder stationären Setting eine Zunahme der Inanspruchnahme zu konstatieren.

Sozialhilfestatistik

Im Jahr 2016 erhielten insgesamt 251.917 Minderjährige Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen gemäß Kapitel 6 SGB XII. Von diesen erhielten 172.748 eine Eingliederungshilfe außerhalb von Einrichtungen

³⁹ Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf Analysen des Kinder- und Jugendhilfereports 2018 der Autorengruppe Kinder- und Jugendhilfestatistik, genauer dem Beitrag von Fendrich/Schilling/Tabel (2019) im besagten Band. Weitgehend außen vor gelassen werden daher hier methodische Erläuterungen, die im besagten Beitrag nachgelesen werden können. Vielmehr steht eine Zusammenfassung zentraler Ergebnisse im Vordergrund.

(ambulante Hilfen) und 99.579 eine Hilfe in einer Einrichtung (stationäre Hilfen). In der zeitlichen Entwicklung von 2010 hat sich die Anzahl der Minderjährigen, die eine Hilfe erhalten haben, um 11% erhöht.⁴⁰ Im Verhältnis zur Zahl der Minderjährigen am Ende des Jahres 2016 entspricht die Zahl der über die Sozialhilfestatistik erfassten Leistungen einem Anteil von nicht ganz 1,9%.

Zentrale Hilfearten für Minderjährige sind heilpädagogische Hilfen, betreute Wohnmöglichkeiten in einer Wohneinrichtung sowie Hilfen zur angemessenen Schulbildung. Zu diesen Leistungsbereichen ist mit Blick auf die Gruppe der Minderjährigen insgesamt Folgendes zu konstatieren:

- Heilpädagogische Hilfen: Insgesamt weist die amtliche Statistik 171.781 dieser Hilfen aus. Ein Großteil davon entfällt auf Kinder vor Erreichen der Schulpflicht, also beispielsweise Leistungen der Frühförderung bzw. Eingliederungshilfen im Kontext der Inanspruchnahme einer Kindertagesbetreuung. Der Großteil dieser Leistungen – 125.036 – findet außerhalb von Einrichtungen statt, hat also einen ambulanten Charakter. Zwischen 2010 und 2016 ist die Zahl der Empfänger*innen von ambulanten Leistungen in diesem Bereich um etwa 16% gestiegen. Zum Vergleich: Die Zahl der heilpädagogischen Hilfen insgesamt hat lediglich um 8% zugenommen.
- Betreute Wohnmöglichkeiten in einer Wohneinrichtung: Für 2016 beziffert die amtliche Statistik die Zahl der Unterbringungen in einer Wohneinrichtung auf 6.464. Gegenüber 2010 mit 6.552 erfassten Fällen hat sich das Fallzahlenvolumen kaum verändert.
- Hilfen für eine angemessene Schulbildung: Auf diese Hilfeart entfallen im Jahre 2016 68.111 Fälle. Gegenüber dem Jahr 2010 bedeutet das eine Zunahme von 21,8%. Diese Zunahme ist vor allem auch auf Integrationshilfen zur Unterstützung bzw. Ermöglichung eines Schulbesuchs zurückzuführen.

Alles in allem zeigt sich somit, dass die Inanspruchnahme von Eingliederungshilfen bei Minderjährigen im Zuständigkeitsbereich der Sozialhilfe deutlich zugenommen hat. Ein besonders deutlicher Anstieg ist dabei für Hilfen zur Unterstützung bzw. Ermöglichung schulischer Bildung zu konstatieren. Hier werden Parallelen zu den Eingliederungshilfen im Zuständigkeitsbereich der Kinder- und Jugendhilfe deutlich.

Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen

Einen schon altersmäßig anderen Fokus setzen Reporte und Monitoringberichte der Krankenkassen. Sie fokussieren alleine aufgrund der herangezogenen Daten die Jugendlichen und jungen Volljährigen. Die Krankenkassen leisten aber gleichwohl auf der Basis von Daten ihrer jeweiligen Versicherten wichtige Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung für die Gruppe der jungen Menschen. Die Erfassungsgrundlage sind dabei die gestellten Diagnosen, die den Krankenkassen vorliegen.

Allgemein stellen die Gesundheitsreporte der Krankenkassen über einen längeren Zeitraum betrachtet eine Zunahme von psychischen Erkrankungen fest, beispielsweise konkret für Depressionen oder das vermehrte Auftreten des Burn-Out-Syndroms. Dabei werden Zusammenhänge zu psychischen Belastungen in der Arbeitswelt beobachtet und herausgearbeitet (vgl. z. B. Morschhäuser/Lohmann-Haislah 2016).⁴¹ Insgesamt gehören psychische Erkrankungen – schaut man beispielsweise auf Daten der DAK – mit zu den häufigsten Krankheiten (vgl. z. B. Storms 2019, S. 16ff.). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass es erhebliche regionale Unterschiede bei Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen gibt. So stellt der Barmer Gesundheitsreport die höchsten Zahlen bei psychischen Störungen im Saarland sowie in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen fest, während der niedrigste Wert für Baden-Württemberg ausgewiesen wird (vgl. Barmer 2018, S. 60).

⁴⁰ Hierbei ist zu beachten: Da nicht alle Mehrfachnennungen bei mehreren unterschiedlichen Hilfearten desselben Minderjährigen in einem Jahr ausgeschlossen werden konnten, ist die Gesamtanzahl geringer als die Summe der Meldungen für ambulante und stationäre Hilfen.

⁴¹ Dies ist kein kontinuierlicher oder unumkehrbarer Trend. So stellt beispielsweise der Gesundheitsreport 2019 auf der Basis von Daten der DAK erstmals seit 2006 auch wieder einen Rückgang der Fehltagel aufgrund psychischer Erkrankungen fest (Storm 2019, S. 192).

Das Reporting und Monitoring der Krankenkassen umfasst allerdings ungleich weniger Daten zu speziell psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen sowie zu Adressatengruppen der Jugendsozialarbeit im Besonderen. Eine Ausnahme stellt der Themenschwerpunkt eines Gesundheitsreports der Techniker Krankenkasse (TKK) dar. Dieser befasst sich ebenfalls mit der Arbeitswelt junger Menschen, und zwar mit der Analyse der gesundheitlichen Situation von Auszubildenden, also einer Gruppe, die vor allem junge Menschen im Alter von 16 bis 25 Jahren umfasst. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass die Fehlzeiten aufgrund von Depressionen, Anpassungs- und Belastungsstörungen etc. bei Auszubildenden zwischen eben 16 und 25 Jahren seit dem Jahre 2000 um 108 Prozent gestiegen sind. Zum Vergleich: Über alle Altersgruppen betrug der Anstieg »nur« 88 Prozent. Allerdings liegt der Umfang der Fehlzeiten bei den Auszubildenden trotz der höheren Steigerung immer noch deutlich unter den Fehlzeiten der anderen Altersgruppen im Falle einer solchen Diagnose (vgl. TK 2017, S. 25ff.).⁴²

Die Daten der Krankenkasse weisen allerdings geschlechtsspezifische Unterschiede auf. So werden für weibliche Auszubildende bei Diagnosen wie psychische Verhaltensstörungen, Schizophrenie, neurotische Belastungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten oder -störungen deutlich mehr Arbeitsunfähigkeitstage verzeichnet als bei männlichen Auszubildenden (vgl. TK 2017, S. 31 ff.). Diese Unterschiede korrespondieren mit altersunabhängigen Differenzen zwischen den Geschlechtern. Bei den Männern insgesamt folgten 2016 in Bezug auf ihre anteilige Bedeutung am Krankenstand nach den »Erkrankungen des Bewegungsapparats« in absteigender Reihenfolge »psychische Störungen«, »Krankheiten des Atmungssystems« und »Verletzungen«. Bei weiblichen Erwerbspersonen führten demgegenüber 2016 »psychische Störungen« zu den meisten gemeldeten Erkrankungstagen. Mit absteigender Bedeutung folgten »Krankheiten des Bewegungsapparats« und »Krankheiten des Atmungssystems« (vgl. TK 2017, S. 76).⁴³

Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Nimmt man die Ergebnisse aus den amtlichen Sozialstatistiken sowie der Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen, scheint die eingangs aufgegriffene Beobachtung, nach denen die Zahl der jungen Menschen mit »Multiproblemen«, insbesondere mit psychischen Auffälligkeiten, beständig zunehmen, zuzutreffen. Die Ergebnisse der Erhebungen der »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland«, kurz KiGGS, können diese Beobachtungen hingegen nicht bestätigen. Vielmehr zeigen die Befunde der Elternangaben zu emotionalen Problemlagen ihrer Kinder, zu Problemen mit Gleichaltrigen, zu Verhaltensproblemen sowie zur Hyperaktivität, dass etwa 20 % der 3- bis unter 18-Jährigen aufgrund des Überschreitens eines bestimmten Punktwertes zu der Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit Auffälligkeiten gehören (vgl. Klipker u.a. 2018). Diese Quote erweist sich zumindest auf den ersten Blick nicht nur seit Anfang der 2000er-Jahre über die verschiedenen Erhebungswellen hinweg als stabil, sondern bestätigt auch Ergebnisse anderer Prävalenzschätzungen, die je nach Messmethode und Klassifizierungen auf Quoten zwischen 10% und

⁴² Ein ähnliches Ergebnis deutet sich auch im Gesundheitsreport 2018 der Barmer an (vgl. Barmer 2018, S. 52).

⁴³ Diese geschlechtsspezifischen Differenzen bestätigen auch Ergebnisse des Gesundheitsreports der Barmer (vgl. Barmer 2018, S. 124).



20% kommen (vgl. RKI 2014). Schaut man noch etwas genauer hin, so ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Auffälligkeiten zwischen der Basiserhebung (2003 bis 2006) und der zweiten Welle (2014 bis 2017) sogar zurückgegangen – von 19,9% auf 16,9% (vgl. Klipker u.a. 2018, S. 40).

Diese Quote von knapp 17% gilt allerdings nicht für alle Gruppen von Kindern und Jugendlichen gleichermaßen. Vielmehr zeigen sich nach Ausführungen von Klipker u.a. (2018) auf der Basis der zweiten Erhebungswelle Unterschiede dahingehend, dass

- Jungen mit 19,1% eine höhere Prävalenz⁴⁴ als Mädchen mit 14,5% ausweisen.
- die höchsten Prävalenzquoten bei Jungen im Alter von 6 bis unter 9 Jahren sowie 9 bis unter 12 Jahren ausgewiesen werden (jeweils mehr als 22%), während dies für die Mädchen die 9- bis unter 12-Jährigen (mit rund 16%) sowie die 15- bis unter 18-Jährigen (mit knapp 15%) sind; diese Altersgruppe ist im Übrigen die einzige, bei der die Prävalenzquote bei Mädchen höher als bei den Jungen ist (rund 12%) (vgl. auch Baumgarten u.a. 2018).
- Minderjährige aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger nach den Angaben ihrer Eltern von Auffälligkeiten betroffen sind als Kinder und Jugendlichen aus sozioökonomischen bessergestellten Familien.

Der oben festgestellte Rückgang ist nicht für alle der hier genannten Gruppen gleichermaßen zu beobachten. Vielmehr ist der Rückgang insbesondere auf Jungen im Alter ab 9 Jahren zurückzuführen (vgl. Klipker u.a. 2018, S. 39f.).

Diskussion der Ergebnisse

Eine Diskussion der referierten Befunde sollte zunächst die insgesamt schlechte Datenlage für das Arbeitsfeld der Jugendsozialarbeit berücksichtigen. Die Datenlage zur Jugendsozialarbeit ist nicht zuletzt aufgrund der zahlreichen institutionellen Besonderheiten dieses Arbeitsfeldes der Kinder- und Jugendhilfe gleich in mehrfacher Hinsicht defizitär. Zu diesen institutionellen Besonderheiten gehört, dass sich die rechtlichen Grundlagen für die Jugendsozialarbeit mit ihren heterogenen Handlungsfeldern nicht nur im SGB VIII (Kinder- und Jugendhilferecht) finden, sondern in mehreren Büchern des SGB wie beispielsweise im SGB XII (Sozialhilfe) oder auch im SGB II und III für die von der Bundesagentur finanzierten Arbeitsmarktmaßnahmen im Rahmen der Jugendberufshilfe. Diese rechtlichen Grundlagen sind auch ein Grund für die organisatorische Zergliederung der Jugendsozialarbeit, was nicht zuletzt auch negative Auswirkungen auf die Datenlage zu diesem Arbeitsfeld hat.



Defizite bei der Datenlage bestehen einerseits hinsichtlich fehlender Angaben zum Arbeitsfeld selbst, also zu den Institutionen. Andererseits mangelt es auch an Kenntnissen über die Lebenslagen der im Falle der Jugendsozialarbeit in der Regel benachteiligten jungen Menschen, also den – in einem weiteren Sinne – Adressat*innen der Jugendsozialarbeit (vgl. auch Pothmann 2014). Die nicht ausreichende Datenlage erschwert aber eine Verständigung über Entwicklungen im bzw. Herausforderungen des Arbeitsfeldes. Dies zeigt sich auch bei der hier aufgegriffenen Beobachtung aus Praxiskontexten der Jugendsozialarbeit, dass eine Zunahme von jungen Menschen mit »Multiproblemen«, insbesondere mit psychischen Auffälligkeiten, unter den verschiedenen Adressat*innengruppen der Jugendsozialarbeit das Agieren in Praxiskontexten zunehmend erschwert.

Auch wenn die zur Überprüfung dieser Beobachtung im Rahmen dieses Beitrags ausgewerteten Daten keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben können, sind sie dennoch von Relevanz für die Einordnung der eingangs gemachten Beobachtungen. Die Ergebnisse können so zusammengefasst werden: Auf der einen Seite ist in den letzten Jahren der Bedarf und die Inanspruchnahme von Eingliederungshilfen für junge Menschen genauso gestiegen wie

⁴⁴ Der Begriff der »Prävalenz« ist ein Terminus aus der Epidemiologie, einer Teildisziplin der Gesundheitswissenschaft. In epidemiologischen Untersuchungen drückt Prävalenz das Verhältnis zwischen erkrankten und untersuchten Personen aus.

die über die Berichte der Krankenkassen dokumentierten Fälle psychischer Störungen. Auf der anderen Seite stellt aber die KiGGS-Studie zumindest für Kinder und Jugendliche keine Zunahme der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten in Form von emotionalen Problemlagen, sozialen Problemen oder Hyperaktivität fest.⁴⁵

Bei dieser Befundlage ist allerdings zu berücksichtigen, dass die über die »KiGGS-Daten« vorliegenden Prävalenzraten für psychische Auffälligkeiten um ein Vielfaches höher liegen als die Inanspruchnahmequoten für Eingliederungshilfen. Wenn Klipker u.a. (2018, S. 40f.) mit den KiGGS-Daten nun darauf hinweisen, dass mehr als 70% der Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Auffälligkeit keine entsprechende Behandlung in Anspruch nehmen, so scheinen die Eingliederungshilfen weniger für eine Zunahme von (drohenden) seelischen oder geistigen Behinderungen zu sprechen. Vor diesem Hintergrund deuten die zunehmenden Inanspruchnahmequoten bei den Eingliederungshilfen aufgrund (drohender) Behinderungen, aber auch die über die Krankenkassenberichte dokumentierten gestiegenen Fehlzeiten bei Auszubildenden aufgrund psychischer Erkrankungen eher darauf hin, dass bislang unerkannte oder zumindest nicht angemessen bewertete Bedarfslagen von Agenturen des Gesundheits- und Sozialwesens zumindest häufiger registriert werden und mit entsprechenden Maßnahmen darauf reagiert wird. Möglicherweise macht sich dies auch in Handlungsfeldern der Jugendsozialarbeit bemerkbar und lässt sich mit Beobachtungen eines Aufwachsens in veränderter und mehr öffentlicher Verantwortung im Rahmen des 14. Kinder- und Jugendberichts kontextualisieren (vgl. Deutscher Bundestag 2013, S. 37f.).

Die eingangs geäußerte Problemanzeige aus Praxiskontexten der Jugendsozialarbeit, nach denen psychische Auffälligkeiten bei den Adressat*innen von Maßnahmen und Angeboten der Jugendsozialarbeit zunehmen, muss allerdings nicht zwangsläufig aus entweder bislang nicht vorhandenen oder auch nicht erkannten Problembelastungen resultieren. Zumindest wäre es denkbar, dass diese Praxisberichte auch ein Symptom für gestiegene Anforderungen bis hin zu einer Zunahme von Überforderungskonstellationen bei den Fachkräften darstellen, beispielsweise aufgrund fehlender Kompetenzen oder Qualifizierungen oder auch aufgrund ineffektiver oder gar morbider Organisationen. Diese Überforderungen könnten aber auch aus einer unzureichenden Ressourcenausstattung resultieren, beispielsweise aufgrund einer nicht auskömmlichen Finanzierung von Einrichtungen oder Diensten oder auch wegen fehlender Fachkräfte bzw. nicht ausreichend verfügbarer Kompetenzen bei tätigen Personen in den Handlungsfeldern.

Allein die beiden hier angedeuteten Erklärungen für die Problemanzeigen aus der Praxis der Jugendsozialarbeit verdeutlichen, dass in diesem Fall ein Blick in amtliche Statistiken oder diverse Formen einer Gesundheits- und Sozialberichterstattung notwendig, aber keineswegs hinreichend ist. Die Wahrnehmung und erst recht die Problematisierung psychischer Auffälligkeiten von Adressat(inn)en ist keineswegs zwingend oder muss zumindest nicht allein das Ergebnis steigender Prävalenzraten bei jungen Menschen sein. Vielmehr können hierfür auch organisations- oder auch professionsbezogene Faktoren alleine oder mit verantwortlich sein.

Literatur

Barmer (Hrsg.) (2018): *Gesundheitsreport 2018*. Berlin: Müller Verlagsservice. Online verfügbar unter: www.barmer.de/presse/infotehk/studien-und-reports/gesundheitsreports-der-laender/gesundheitsreport-2018-155292

Baumgarten, F./Klipker, K./Göbel, K./Janitzka S./Hölling, H. (2018): *Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte*. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (1), S. 60–65

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2013): *14. Kinder- und Jugendbericht*. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland; Bundestagsdrucksache 17/12200; Berlin

⁴⁵ Klipker u.a. (2018) befassen sich im Rahmen der KiGGS-Studie mit den zuletzt sogar zurückgegangenen Prävalenzquoten. Sie spekulieren in diesem Zusammenhang auch über mögliche Wirkungen einer verbesserten Versorgungslage bei Kindern und Jugendlichen. Vermutet werden Zusammenhänge zu verbesserten Rahmenbedingungen wie einer verbesserten institutionellen Betreuung oder auch die Implementierung sozialpolitischer Programme mit einer präventiven Wirkungsweise.

Fendrich, S./Schilling, M./Tabel, A. (2019): *Eingliederungshilfen (§ 35a SGB VIII und 6. Kapitel SGB XII)*. In: Autorengruppe Kinder- und Jugendhilfestatistik (Hrsg.): *Kinder- und Jugendhilfereport 2019*; Opladen u.a. 2019: Barbara Budrich, S. 85–102

Jordan, E./Maykus, S./Stuckstätte, E.C. (2012): *Kinder- und Jugendhilfe. Einführung in Geschichte und Handlungsfelder, Organisationsformen und gesellschaftliche Problemlagen*. 3. Aufl. Weinheim, Basel; Beltz-Juventa

Klipker, K./Baumgarten, F./Göbel, K./Lampert, T./Hölling, H. (2018): *Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (3), S. 37–45

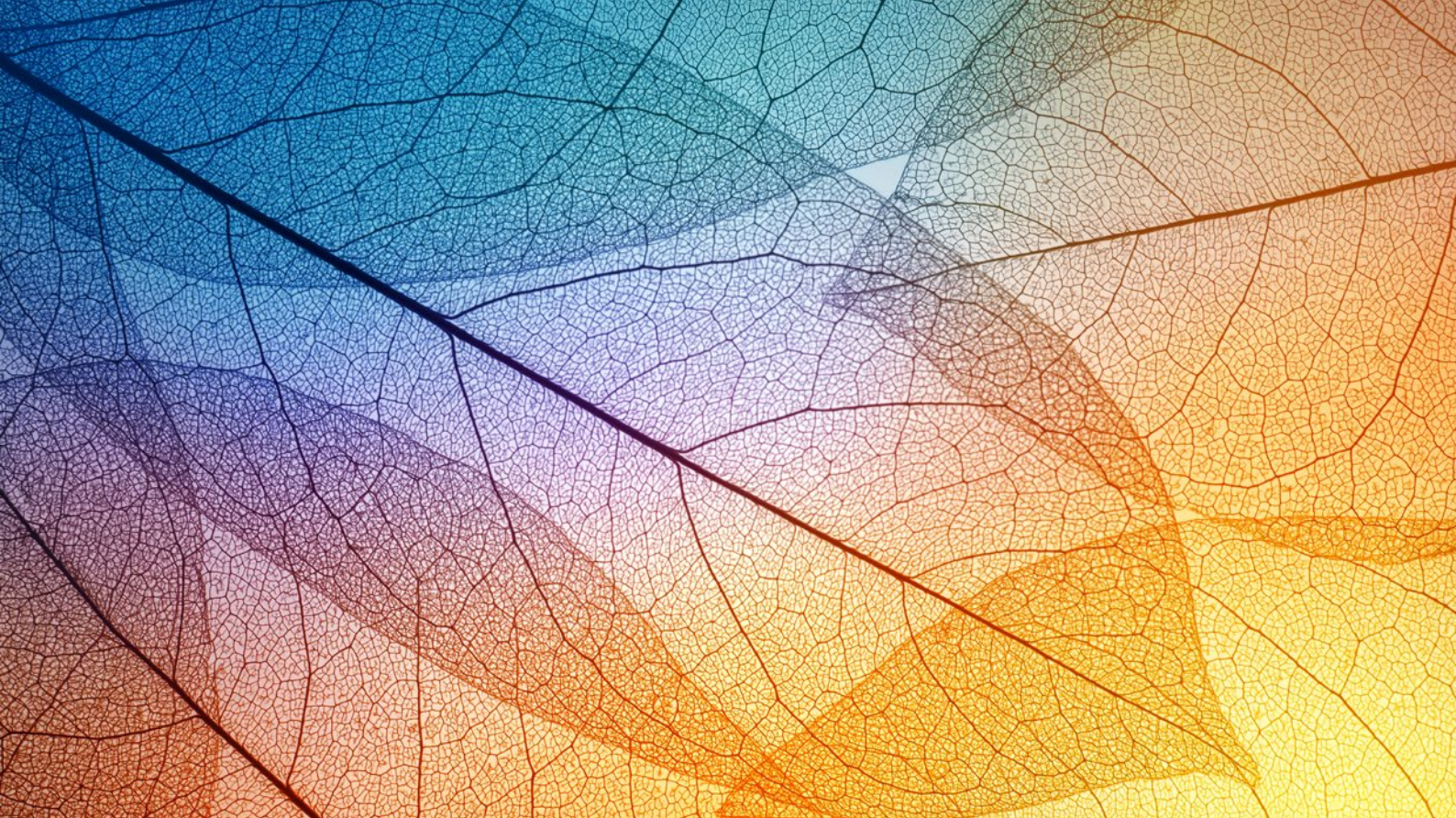
Morschhäuser, M./Lohmann-Haislah, A. (2016): *Psychische Belastungen im Wandel der Arbeit*. In: Knieps, F./Pfaff, H. (Hrsg.): *Gesundheit und Arbeit. Zahlen, Daten, Fakten mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (BKK Gesundheitsreport 2016). Online verfügbar unter www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2016/BKK_Gesundheitsreport_2016.pdf

Pothmann, J. (2014): *Benachteiligung in Zahlen. Datenlage zur Jugendsozialarbeit in Nordrhein-Westfalen. Eine Expertise*. Köln: Online verfügbar unter http://www.jugendsozialarbeit-nrw.de/lagjsanrw/images/attachments/lag_expertise_datenlage.pdf

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): *Psychische Auffälligkeiten. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012*. RKI, Berlin. Online verfügbar unter: <http://www.kiggs-studie.de>

Storm, A. (2019): *Gesundheitsreport 2019. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Alte und neue Süchte im Betrieb*. Herausgegeben von A. Storm (Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit); Heidelberg; medhochzwei Verlag

Die Techniker (2017): *Gesundheitsreport- Gesundheit von Auszubildenden*. Hamburg: Eigenverlag



Jugendsozialarbeit und ihre Schnittstellen

Kooperationen in der Arbeit mit jungen Menschen mit psychischer Problematik

Prof. Gunter Adams (Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt)

Das Jugendalter ist die zentrale Lebensphase, in der junge Menschen sich selbst in den sozialen, ökonomischen, kulturellen und politischen Zusammenhängen unserer Gesellschaft platzieren«, so die Expert_innenkommission des 15. Kinder- und Jugendberichts. Für die im Bericht benannten Kernherausforderungen junger Menschen – »Qualifizierung, Selbst-optimierung und Verselbstständigung« – bedarf es einer starken Jugendsozialarbeit, denn zumindest ein Teil der jungen Menschen braucht eine verlässliche Unterstützung auf dem Weg in das »Erwachsenwerden«. So führt Giersen in das Heft 17 des Kooperationsverbundes Jugendsozialarbeit ein. (Giersen. dreizehn Heft 17/2017 S.2). Schröder und Oehme führen darin weiter aus, dass aktuell an sie große Erwartungen gerichtet werden, es sei ihr gelungen »sich im Kontext der Übergangssysteme wieder neu zu profilieren (S.5), sie werde »als Hoffnungsträger« gerade im Kontext der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Schule sowie in der Unterstützung von jungen Menschen, die als Geflüchtete in Deutschland leben« genannt (S.5 dreizehn Heft 17, 2017).

Hilfe für benachteiligte Kinder und Jugendliche

Jugendsozialarbeit ist zwischen allgemeiner Förderung junger Menschen und den individuellen Hilfen zur Erziehung angesiedelt. Jugendsozialarbeit leistet sozialpädagogische Hilfe zur Integration von benachteiligten jungen Menschen. Diese Benachteiligungen können *strukturelle (soziale) Benachteiligungen* sein, wie die Lebenslage von Flüchtlingen oder Obdachlosen und es können *individuelle Beeinträchtigungen* sein, wie Lern- und Leistungsschwächen, Abhängigkeiten, Delinquenz oder psychische Probleme (vgl. Wiesner 2015).

Im Folgenden wird der Fokus auf diese individuellen Beeinträchtigungen gelegt und zwar auf die Beeinträchtigung junger Menschen durch *psychische Probleme*.

In vier der fünf umfangreichsten Arbeitsfelder der Jugendsozialarbeit, nämlich der *Jugendberufshilfe*, der *Schulsozialarbeit*, der *Jugendmigrationsarbeit*, insbesondere die Arbeit mit (unbegleiteten) jungen *Flüchtlingen*, und der *Streetwork* werden die Sozialarbeiter immer häufiger mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen junger Menschen konfrontiert, insbesondere auch mit psychischen Störungen.

Dies kann nicht überraschen. Es entspricht genau der Herausforderung, der sich auch die Hilfen zur Erziehung und die Eingliederungshilfen der Kinder- und Jugendhilfe aktuell und in der Zukunft stellen müssen.

Risikofaktoren für gesundes Aufwachsen

Nach der vom Robert-Koch-Institut von 2003 bis 2017 durchgeführten Langzeitstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) haben 15,4% der Minderjährigen *Übergewicht*, 5,9% sogar *Adipositas*. Die Prävalenzen steigen mit dem Alter der Minderjährigen. Nur 22,4 % der Mädchen und 29,4 % der Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren sind mindestens 60 Minuten körperlich aktiv pro Tag und erreichen damit die Bewegungsempfehlung der Weltgesundheitsorganisation.

Ein weiterer Risikofaktor für gesundes Aufwachsen ist die *Mediennutzung*. Die empfohlenen Werte für die Mediennutzung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werden laut der Studie BLIKK-Medien (2017) insbesondere bei der Fernsehnutzung häufig überschritten. Bei der Smartphone- und Internetnutzung liegt die Überschreitung bei den Zwei- bis Achtjährigen in geringerem Ausmaß vor als bei den 9- bis 14jährigen. Kinder- und Jugendärzte sehen Auswirkungen des übermäßigen Medienkonsums auf die Gesundheit, u.a. Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen.

Etwas über 7% der 11–17jährigen *rauchen*. 2016 *trinken* von den 12–17jährigen über 10% regelmäßig Alkohol und 1,5% konsumieren regelmäßig *Cannabis*. 2015 hat von den 12–17jährigen 0,3% *Kokain* konsumiert und 0,5% nahm *Ecstasy* (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung vom Oktober 2018).

Die KiGGS Basiserhebung (2003 – 2006) erfasste, dass 20,0 % der Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig waren. Die Welle 2 dieser Untersuchung (2014–2017) ergab eine Prävalenz *psychischer Auffälligkeiten* bei 16,9% der jungen Menschen.

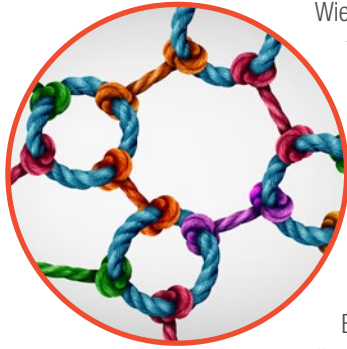
Die *Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung* (ADHS) gehört zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter und geht mit vielen Beeinträchtigungen der psychosozialen und kognitiven Funktionsfähigkeit einher.

4,4% der 3 bis 17jährigen Kinder und Jugendlichen haben eine derartige ADHS-Diagnose, das sind 492 TSD Kinder und Jugendliche. Weiter berichtet die Studie, dass 14,8% der Kinder und Jugendlichen bis 17 Jahre »Verhaltensprobleme« zeigen (ermittelt mit »Strengths and Difficulties Questionnaire« SDQ von Goodman) und dass 7,6 % *aggressiv-dissoziales Verhalten* zeigen (7,9% der Jungen und 7,2% der Mädchen – ermittelt mit CBCL-Fragebogen von Achenbach in der BELLA-Studie).

Diese gesundheitlichen Risikofaktoren haben sicher mit dazu beigetragen, dass 2017 48,5 Milliarden Euro für Kinder- und Jugendhilfe ausgegeben wurden, eine Steigerung von 7,5% zu 2016. Die Ausgaben für Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII) stiegen sogar in 2017 um 9,9% auf 1,5 Milliarden Euro.

Dieser Zusammenhang zeigt, wie notwendig die Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe, insbesondere Kinder- und Jugendpsychiatrie ist.

Aktuell wird diese Kooperationsaufgabe befeuert durch die Herausforderung, mit sogenannten »*Systemsprengern*« in den Gesundheits-, Jugendhilfe- und Bildungssystemen zu arbeiten. Es sind die jungen Menschen, die in den drei Systemen nicht ausreichend betreut werden können und deshalb durch die Systeme wandern und/oder durch Streetworker betreut werden.



Wie dieses Thema auch die Öffentlichkeit bewegt, zeigt die Resonanz auf den Spielfilm »Systemsprenger«, der gerade in die Kinos kam. Der Film von Nora Fingscheidt handelt von einer Neunjährigen, die zwischen Wohngruppen und Kinder- und Jugendpsychiatrie wechselt und aufgrund ihres impulsiv-aggressiven Verhaltens nie lange bleiben kann (Schadt 2019). Auf der Berlinale 2019 wurde der Film mit dem Silbernen Bär Alfred-Bauer-Preis ausgezeichnet.

Auch die hohe Anzahl von *Kindeswohlgefährdungen*, es waren 2018 insgesamt 50.400 Feststellungen und damit 10 Prozent mehr als 2017, zeigt den hohen Bedarf an Vernetzung und Intensivierung der Hilfen. Hinzu kommt die ebenfalls ständig steigende Zahl an *Inobhutnahmen*.

Der Kooperationsauftrag zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen

Vor fast 30 Jahren, am 20. und 21. Juni 1991, beschloss die Konferenz der Jugendminister und Jugendsenatoren der Länder in Mainz: »Die Jugendministerkonferenz ist der Auffassung, dass zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie sowohl in den Versorgungsstrukturen wie auch bei Hilfe in schwierigen Einzelfällen enge Wechselbezüge bestehen. Die Jugendministerkonferenz setzt sich dafür ein, dass diesen Wechselbezügen durch enge Kooperation und Kommunikation zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen sowohl bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen als auch im Einzelfall Rechnung getragen wird.«

Am 13. August 1990 wurde ein gemeinsames Positionspapier der Jugendministerkonferenz und Gesundheitsministerkonferenz zum Thema Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie erstellt. Die o.a. Konferenz 1991 verabschiedete dieses Papier und beauftragte die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesjugendbehörden, die Umsetzung der Grundsätze des Positionspapiers zu betreiben. Das Positionspapier führt aus: »Zwischen den Bereichen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es sowohl in den *Versorgungsstrukturen* als bei den *Hilfen in schwierigen Einzelfällen* enge Wechselbezüge und Überschneidungen, so dass zwischen beiden Bereichen eine Kooperation und Kommunikation notwendig ist.«

»Anliegen der verschiedenen Ansätze sollte es sein, im Interesse einer bestmöglichen Hilfe für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, eines qualifizierten Umgangs mit den jeweiligen Problemen, und im Bewusstsein der Leistungsfähigkeit der jeweiligen Angebote und ihrer Auswirkungen, sich über geeignete Kooperationsformen und sinnvolle Abgrenzungen zu verständigen.« Es wird vorgeschlagen, Auswahl, Gestaltung und Koordination der differenzierten Hilfen in größtmöglicher Nähe zum bestehenden Lebensbereich des Kindes zu garantieren und ganzheitlich anzulegen. »Um eine kontinuierliche Begleitung und Behandlung erkrankter Kinder und Jugendlicher auch ambulant zu gewährleisten, sollten Kinder- und Jugendpsychiater mit den Einrichtungen der Jugendhilfe und anderen Diensten kooperieren oder in sie integriert sein. Die Inanspruchnahme der fachlichen Kompetenz der Jugendpsychiatrie kann für die Jugendhilfe eine entlastende Funktion haben. Wie jugendpsychiatrisches Handeln nicht ohne Einbeziehung psychosozialer Behandlungskonzepte denkbar ist, so ist die Jugendhilfe bei der Abklärung seelischer Krankheiten auf die fachliche Zusammenarbeit mit der Jugendpsychiatrie angewiesen.« Die Hilfeangebote müssen so strukturiert und die praktische Kooperation so angelegt sein, dass ein Abschieben und Verweisen von Kindern und Jugendlichen in die unterschiedlichsten Einrichtungen, was durch sogenannte »differenzierte, spezialisierte Versorgungsketten« zu befürchten sei, vermieden werden. Zur Umsetzung wird vorgeschlagen, »um unklare Zuständigkeiten verschiedener Ressorts und Träger zu überwinden, sollten vorrangig inhaltliche und strukturelle Elemente entwickelt werden, die Kooperation und Verzahnung bereits vorhandener Dienste und Einrichtungen verbessern helfen« (s. Positionspapier). Mit der Novellierung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes hat Jugendhilfe auch die Verantwortung für Kinder und Jugendliche und junge Heranwachsende mit seelischer bzw. drohender seelischer Behinderung zu übernehmen. Wiesner führt dazu aus: »Die Vorteile der neuen Zuständigkeitsregelung werden deutlich, wenn Vertreter beider Disziplinen für ein vielseitiges Behandlungsvorgehen offen sind und gleichberechtigt und partnerschaftlich mit Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern zusammenarbeiten.« (Wiesner 1995, S. 44).



Notwendig ist nicht nur ein »gegenseitiges Verständnis von Sozialpädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie, sondern die Kinder- und Jugendpsychiatrie muss den sozialen Kontext der Entstehung störenden und gestörten Verhaltens einbeziehen und deshalb auch sozialpädagogische Kompetenz in Anspruch nehmen. Von der Sozialpädagogik ist andererseits zu erwarten, dass sie neben belastenden Bedingungen der Lebenssituation des Kindes oder Jugendlichen auch individuelle (anlagebedingte) Faktoren berücksichtigt und deshalb psychiatrische Kompetenz bei der differentialdiagnostischen Klärung und Behandlung seelischer Störungen in Anspruch nimmt« (Wiesner, 1995, S. 114 f.)

Das Würzburger Modell der Kooperation

In unterschiedlicher Qualität und Intensität sind in Folge dieses Auftrags Kooperationsmodelle und Kooperationsvereinbarungen entstanden. Einige haben sich in der Praxis bewährt. In Würzburg arbeiten Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie seit 20 Jahren in einem Kooperationsmodell zusammen. In diesem Jahr wird das Modell durch einen Kooperationsvertrag mit Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe in Unterfranken ergänzt.

Versorgungsstruktur			
Kinder- und Jugendhilfe	Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Erziehungsberatung (SkF und DWW) Flexible ambulante Jugend- und Familienhilfe (SkF und EKJFH)	Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater Poliklinik der KJP (Uniklinikum)	ambulant	Versorgungssetting
Heilpädagogische Tagestätte (SkF und EKJFH) Therapeutische Wohngruppen (SkF und EKJFH, EAL-EJ)	Tagesklinik (DWW) Kinder- und Jugendstation (Uniklinikum)	teilstationär	
Clearingstelle mit Anschlussgruppe (EKJFH) Inobhutnahme (EKJFH) Integrationsgruppe (Georg-Böhm-Str. EAL-EJ)	Intensivstation (Bezirk Unterfranken) Krisenintervention (Uniklinikum) Klinik am Greinberg (Bezirk Unterfranken)	stationär	
Grundschule · Mittelschule · Realschule · Förderschule e/s · Schule für Kranke · Förderschule I und g · Gymnasium · Berufsschule		SCHULE	

Abb. 1: Das Würzburger Modell der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule

Es begann mit einer Modellkonzeption, die zur Entwicklung, teilweise auch zum Neubau analoger Versorgungsstrukturen in der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie führte. Es entstanden zeitgleich eine Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einer therapeutischen Wohngruppe für psychisch kranke junge Menschen und einer Übergangstagesgruppe für diese Zielgruppe in einem gemeinsamen Gebäude in Verbindung mit einer Jugendhilfeeinrichtung in unmittelbarer Nachbarschaft zur Kinder- und Jugendpsychiatrie des Uniklinikums Würzburg. Später wurden dann eine Intensivstation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie eine Clearingstelle und zwei Einheiten geschlossener therapeutischer Heimerziehung ergänzt (siehe Übersicht). Die Konzeption der Schule für Kranke wurde auf dieses Modell speziell angepasst.

Leistungen der Jugendhilfe für die Kinder- und Jugendpsychiatrie	Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Jugendhilfe	Leistungen der Schule für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe
<ul style="list-style-type: none"> • Anschlussbetreuung • Mittel- und längerfristige Interventionen • Integration in Lebensalltag 	<ul style="list-style-type: none"> • Eingangsdiagnostik • Krisenintervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Sonderpädagogische Diagnostik, Gutachten • Einzel- und Kleingruppenunterricht Schule für Kranke • Unterricht, Integration in Klassen Förderschulen und Regelschulen
Gemeinsame Leistungen		
<ul style="list-style-type: none"> • Multidisziplinäre Diagnostik • Fallberatung, Hilfeplanung und Behandlungsplanung • Multidisziplinäre Förderung und Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperative Familienarbeit • Datendokumentation und Evaluation • Qualitätsentwicklung und Forschung 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildung und Fachtagungen • Außenkooperation, Öffentlichkeitsarbeit • Nutzung von Kompetenzen, Materialien und Räumlichkeiten

Abb. 2: Leistungen des Kooperationsmodells

■ Gemeinsame Leistungen der Kooperationspartner

Fort- und Weiterbildung. Neben den jährlichen Fachtagungen bieten Jugendhilfe und Psychiatrie in Würzburg wechselseitig Fort- und Weiterbildungen für Pädagogen, Psychologen und Mediziner an, die u.a. auch das Ziel haben, über die ganzheitliche Situation junger Menschen und die Arbeit der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie zu informieren.

Multidisziplinäre Diagnostik und Fallbesprechung. Die Durchführung von sozialpädagogischen Diagnosen und die Feststellung des erzieherischen Bedarfes ist eine pädagogische Aufgabe. Das Bayerische Landesjugendamt hat dafür eine Arbeitshilfe »Sozialpädagogische Diagnose-Tabelle & Hilfeplan« erstellt (2013).

Im deutschen Sprachraum führt die Kinder- und Jugendpsychiatrie überwiegend eine multiaxiale Klassifikation für psychische Störungen und Verhaltensstörungen im Kinder- und Jugendalter durch, die sich in Achsen I bis IV dem ICD 10 folgt. Es handelt sich um:

- Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom
- Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen
- Achse III: Intelligenzniveau
- Achse IV: Körperliche Symptomatik
- Achse V: »Abnorme psychosoziale Umstände«
- Achse VI: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Für Beurteilungen auf den Achsen fünf und sechs benötigt die KJP die Unterstützung von Psychologen und Pädagogen.

Sozialpädagogische Diagnose und multiaxiale Klassifikation werden ergänzt durch eine funktionale verhaltenstheoretische Problemanalyse in der Jugendhilfe.

Wechselseitig können sich die Fachdienste der Kinder- und Jugendhilfe, Psycholog*innen, Heilpädagog*innen und Sozialpädagog*innen, und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, hier vor allem die Ärzt*innen und Psycholog*innen, unterstützen.

An den Teambesprechungen der Wohngruppen für psychisch kranke junge Menschen nehmen alle 14 Tage Kinder- und Jugendpsychiater teil und ermöglichen so eine multidisziplinäre Fallarbeit. Ebenfalls 14tägig und bei Neuaufnahmen wird in den Wohngruppen eine Visite mit Kinder- und Jugendpsychiater*innen durchgeführt.

Kooperative multidisziplinäre Förderung und Behandlung. Durch die kooperative Förderung in Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schule und Jugendhilfe, können die Kooperationsbereiche Förderschwerpunkte bilden und ihre Förderung und Behandlung aufeinander abstimmen. Der Unterricht der Schule für Kranke dient nicht mehr nur der Erfüllung der Schulpflicht, sondern erhält auch eine therapeutische Wirkung. Trainingsprogramme werden von Spezialisten der Fachdienste angeboten. Gruppen können in Hinblick auf die Nutzung von gruppenspezifischen Prozessen zusammengestellt werden. Indiziert werden häufig Problemlösetrainings, Soziale Kompetenz Trainings, Rollenspiel und Kontingenzmanagement und Selbstkontrollverfahren eingesetzt. Ein aktueller Schwerpunkt ist die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT). Um eine wirksame und verantwortungsvolle Psychopharmakotherapie zu ermöglichen, müssen die Pädagogen/-innen die spezifische Wirkung der eingesetzten Medikamente kennen und das konkrete Verhalten der Patienten im therapeutischen Setting beobachten. So kann der behandelnde Arzt die wirksame Medikation optimieren.

Krisenintervention. Besondere Bedeutung hat die begleitende kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung u. a. bei suizidgefährdeten Jugendlichen. Sie werden ambulant in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern betreut. Bei Krisen ist eine sofortige Aufnahme in die Intensivstation der Klinik möglich. Auch magersüchtige Mädchen und Mädchen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bedürfen in der Jugendhilfe einer intensiven kinder- und jugendpsychiatrischen Begleitung. Bei kritischem Gewichtsverlust oder Kontrollverlust ist auch hier eine unmittelbare Unterbringung in der Intensivstation möglich. Auch massive Gewalt von Kindern und Jugendlichen kann eine Krisenintervention durch den Kinder- und Jugendpsychiater erfordern. Dies kann durch Psychopharmaka oder durch die Unterbringung in der geschlossenen Intensivstation geschehen.

Kooperative Familienarbeit bei poliklinischer oder klinischer Begleitversorgung junger Menschen in stationärer Heimerziehung. Speziell qualifizierte Fachkräfte der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie bieten für gemeinsame Adressaten spezielle Formen von Elternarbeit bzw. Elterntrainings an.

Gemeinsame Nutzung von Kompetenzen, Materialien und Räumlichkeiten. Die vielfältigen Kompetenzen der multidisziplinären Experten der Kooperationspartner werden in Institutionsentwicklung, Teambesprechung, Fallarbeit und Familienarbeit genutzt. Auch Förderräume und Arbeitsmaterialien können gemeinsam genutzt werden.

Qualitätsentwicklung und Forschung. Durch eine Vereinheitlichung der Datenerhebung und diagnostischen Verfahren können Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie auch in Qualitätsentwicklung und Forschung voneinander profitieren.

Außenkooperationen und Öffentlichkeitsarbeit. Sowohl auf Tagungen als auch auf Fortbildungen wird das Kooperationsmodell und seine Weiterentwicklung vorgestellt. Insbesondere an einer Ergänzung und Erweiterung der schulischen Versorgung wird aktuell gearbeitet.

Schnittstelle Hochschule – Praxis: Der Campus Community Dialogue. Die Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg – Schweinfurt hat mit dem Campus Community Dialogue (FHWS-CCD) eine Strategie zur institutionalisierten Vernetzung und zum vor allem regional ausgerichteten Austausch von Wissenschaft und Lehre sowie Praxis und Gemeinwesen entwickelt. Durch den FHWS-CCD ergänzt nun auch der sozial- und geisteswissenschaftliche Bereich der FHWS das bereits prämierte Transferprofil der Hochschule.

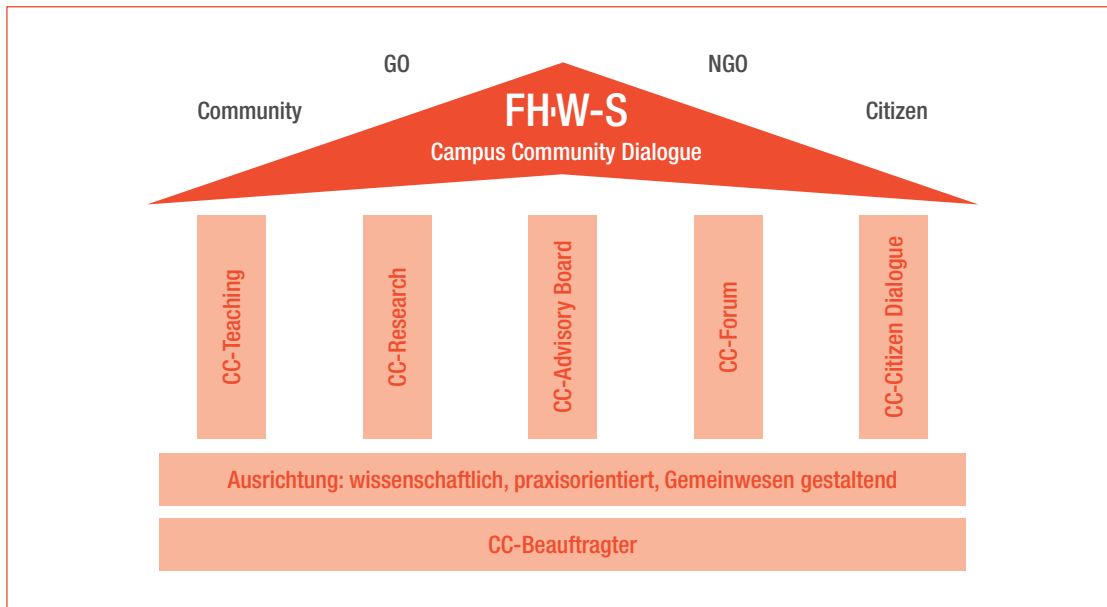


Abb.3 Kooperation Hochschule-Praxis

Das CC Forum »Junge Menschen und Familien« hat aus Vertretern der Hochschule, der öffentlichen und freien Träger der Jugendhilfe, des Bezirkes, der Regierung und der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Arbeitsgruppe »Schwierige Fälle und pädagogische Lösungen« eingesetzt, die eine Kooperationsvereinbarung zwischen den Akteuren erstellt hat.

Die Ziele der Vereinbarung sind:

1. Kenntnis des jeweils anderen Systems mit Definition der Aufgaben der jeweiligen Systeme in der Kooperation
2. Verlässliche Handlungsstrategien mit klarer Verbindlichkeit und Verantwortlichkeit
3. Gemeinsamer Auftrag der Begleitung und Versorgung der jungen Menschen

In einem nächsten Schritt wurde eine neue Arbeitsgruppe gegründet, die nun auch das dritte System, Schule und Ausbildung, mit umfasst. Ob eine vergleichbare Kooperationsvereinbarung mit diesem erweiterten Kreis an Akteuren gelingen kann, bleibt eine spannende Frage.

■ Schnittstelle Jugendsozialarbeitspraxis und Hochschule – Arbeit im interdisziplinären Team – Konsequenzen für Fort- und Weiterbildung

Jugendsozialarbeiter werden als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen ausgebildet, in Würzburg in einem eigenen Vertiefungsbereich. Gerade dieses Studium und die ausbildende und forschende Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften zeichnen sich durch eine interdisziplinäre Zugangsweise zu psychisch kranken jungen Menschen aus. Jugendsozialarbeiter werden ausgebildet von *Pädagogen, Psychologen, Soziologen, Mediziner* und *Juristen*. Damit lernen sie Zugänge aus fünf Perspektiven zu den jungen Menschen. Häufig bieten diese Fakultäten auch eine Spezialisierung dieser Disziplinen, die sehr hilfreich für die Arbeit mit psychisch kranken jungen Menschen ist. Zum ersten sind das die Grundlagen der *Sozial- und Heilpädagogik*, dann die *Entwicklungspsychologie* und *klinische Psychologie, Familiensoziologie* sowie *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Diese Interdisziplinarität findet sich in den Berufsfeldern der Jugendsozialarbeit nur unzureichend.

In stationärer und teilstationärer Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeiten Fachleute der verschiedenen Disziplinen zusammen. In Schule, Ausbildung, Flüchtlingssozialarbeit und Streetwork ist das in der Regel nicht der Fall,

es fehlen in der Praxis dazu die Kapazitäten. Dieser Mangel kann nur dadurch ausgeglichen werden, dass verstärkt in *Fort- und Weiterbildung der Jugendsozialarbeiter*innen* Kenntnisse zur Ätiologie, Wirkung und Behandlung von psychischen Störungen und zum sozialpädagogischen Umgang damit vermittelt werden.

■ **Jugendsozialarbeit in Kooperation mit Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe, Hochschule und Kinder- und Jugendpsychiatrie**

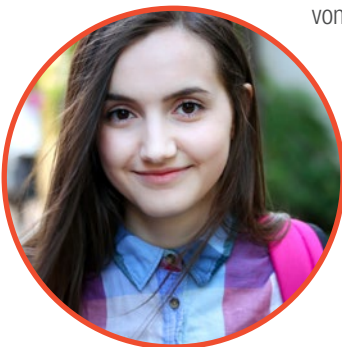
Jugendsozialarbeit ist in diesen Kooperationen bisher kaum bis gar nicht präsent. Wenig entwickelt sind die Handlungsstrategien für ambulante Kooperationen. Geprägt wird die Kooperationsarbeit vor allem durch die stationären Hilfen sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in der Jugendhilfe.

■ **Streetwork**

Gerade in der Streetwork ist die Einbeziehung der Jugendsozialarbeit in die Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie ein wichtiger Schritt, um die Ausgrenzung von sogenannten Systemsprengern zu reduzieren. Gerade die psychisch kranken jungen Menschen, die aus dem stationären Setting der Kinder- und Jugendpsychiatrie entlassen werden und keinen Platz in stationärer Jugendhilfe wollen oder erhalten, suchen nicht selten niederschwellige »Notschlafstellen«, »Sleep-ins« oder zumindest »Anlaufstellen« auf, in denen Jugendsozialarbeiter Hilfe anbieten. Hier könnte eine engere Zusammenarbeit von Streetwork mit den drei Systemen Schule, ambulanter, teilstationärer und stationärer Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie verhindern oder zumindest abschwächen, dass ein Ausstieg oder eine Entlassung eines jungen Menschen aus einem dieser drei Systeme dazu führt, dass auch die Verbindung zu den anderen beiden Systemen gekappt wird. Auch die Wiedereingliederung in diese Systeme kann durch ein Kooperationsmodell mit den oben genannten Zielsetzungen wesentlich verbessert werden.

■ **Schulsozialarbeit und Kooperationspartner**

Können Schüler aufgrund ihrer psychischen Störungen Regel- oder Förderschulen nicht mehr besuchen, erhalten sie Unterricht in der Schule für Kranke. Diese ist in der Regel vernetzt mit teilstationärer und stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie, darüber hinaus manchmal auch mit stationärer Jugendhilfe. Zunehmend häufiger findet man die Verbindung von teilstationärer Jugendhilfe in Form von Tagesgruppen und besonderen Klassen von allen Arten von Förderschulen oder Modellklassen wie die Stütz- und Förderklasse in Bayern.



Eine besondere Herausforderung ist die Reintegration dieser Schüler in das reguläre Schulsystem mit einer möglichen begleitenden ambulanten Jugendhilfemaßnahme und einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung. Unterstützt werden kann dieser Prozess von den »Mobilen sonderpädagogischen Diensten. Schulpsychologinnen und Schulpsychologen sind in der Beratung schulübergreifend tätig. Ein Krisen-Interventions- und Bewältigungsteam Bayerischer Schulpsychologinnen und Schulpsychologen (KIBBS) leistet in Krisenfällen Unterstützung an den Schulen.

Weiter wird die Arbeit der Lehrkräfte in Bayern z. B. von (»heilpädagogischen) Förderlehrer*innen«, von »heilpädagogischen Unterrichtshilfen« und »Schulsozialpädagog*innen« (Art. 60 BayEUG) unterstützt. In Abs.3 Art 60 BayEUG heißt es: »Schulsozialpädagoginnen und Schulsozialpädagogen unterstützen die Erziehungsarbeit der Schule durch gruppenbezogene Prävention und wirken in gruppenbezogener Arbeit an der Werteerziehung und der Persönlichkeitsentwicklung der Schülerinnen und Schüler mit.«

Die jährlichen Würzburger Fachtagungen und die Arzt-Lehrer-Tagungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Uniklinikums Würzburg informieren über psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen, Symptome, Ätiologie und Behandlungsmöglichkeiten.

Im SGB VIII wird explizit die Notwendigkeit der Abstimmung der Angebote der Jugendsozialarbeit mit Maßnahmen der Schulverwaltung, der Bundesagentur für Arbeit und der Träger betrieblicher und außerbetrieblicher Ausbildung sowie der Träger von Beschäftigungsangeboten genannt. Die Kooperationsaufgabe mit den Trägern des Gesundheitssystems wird noch nicht benannt, bekommt aber eine immer wichtigere Bedeutung (vgl. Münder u.a. SGB VIII § 13).

Im oben vorgestellte Kooperationsmodell von Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule kann Jugendsozialarbeit eine wichtige Scharnierfunktion zwischen Jugendhilfe, Schule und Kinder- und Jugendpsychiatrie übernehmen, wenn die Fachkräfte ausreichend qualifiziert werden im Umgang mit jungen Menschen mit psychischen Störungen. Sie können sehr viel dazu beitragen, zu verhindern, dass junge Menschen aus der Schule ausgeschlossen werden müssen aufgrund von psychischen Störungen und sie können ebenfalls wesentlich dazu beitragen, dass junge Menschen mit psychischen Störungen wieder in die Schulgemeinschaft integriert werden können.

Unterstützt werden sollte diese Aufgabe durch die konsiliarische Unterstützung durch Kinder- und Jugendpsychiater und die pädagogische und psychologische Beratung durch Fachdienste der ambulanten, teilstationären und stationären Jugendhilfe.

Literatur

Adams, Gunter (1999): *Ein Würzburger Beitrag zur Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie: Kooperation in einem räumlichen und konzeptionellen Verbund*. In EREV Heft 3.99

Adams, Gunter (2005): *Die geschlossene Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe – Indikation, Behandlung und Rechtsgrundlage*. In: Beck, N., Warnke, A., Adams, G. Zink-Jakobeit, K. (Hrsg. 2005): Tagungsband der 6. Würzburger Fachtagung: Krisen im Kindes- und Jugendalter. Pädagogisch-therapeutische Interventionen; Lengerich, Pabst S.33–84

Adams, Gunter (2007): Abschlussbericht des Forschungsprojektes »*Würzburger Kooperationsmodell – Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie im konzeptionellen und räumlichen Verbund*«

Adams, Gunter (2008): *Ein Beitrag zur Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In: Plume, E., Adams, G., Beck, N., Warnke, A. (Hrsg. 2008): Tagungsband der 9. Würzburger Fachtagung: Psychisch auffällig, krank, behindert. Was nun? Lengerich, Pabst S.117–163

Bayerisches Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. Mai 2000. (GVBl. S. 414, 632) BayRS 2230-1-1-K

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (1991): Top 10: *Jugendhilfe und Psychiatrie*. Konferenz der Jugendminister und -senatoren der Länder am 20./21. Juni 1991 in Mainz

Graupner, B. (2018): ICD-10-GM 2019 Alphabetisches Verzeichnis: *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, 10. Revision. Herausgegeben vom Deutschen Institut für medizinische Information und Dokumentation (DIMDI)

Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2015): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern

Kerdar, M.S./Wewetzer, CH. (2003): *Institutionalisierte Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In: Flosdorf, P./Patzelt, H. (Hrsg.): *Therapeutische Heimerziehung*. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation. Eigenverlag des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe, S.141–150

Maierhofer, A./Zankl, P. (2017): *Jugendsozialarbeit – Jugendhilfe an Schnittstellen*. In: Kooperationsverbund Jugendsozialarbeit (Hrsg.): Was bewegt die Jugendsozialarbeit. Anforderungen, Erfolge, Perspektiven. Fachzeitschrift DREIZEHN, Nr. 17, Berlin, S. 10 – 14

Münder, J./Meysen/ Th., Trenczek, Th. (Hrsg.): *Frankfurter Kommentar SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe*. Nomos, Baden-Baden, 8. Aufl. 2019

Remschmidt, H./Mattejat, F. (2010): *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Ein integratives Lehrbuch für die Praxis*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Schadt, Th. (Hrsg.) (2019): *Systemsprenger*. Drehbuch von Nora Fingscheid. BoD Filmakademie Baden-Württemberg

Schöer, W./A. Oehm, A. (2017): *Jugendsozialarbeit everywhere*. In: Kooperationsverbund Jugendsozialarbeit (Hrsg.): Was bewegt die Jugendsozialarbeit. Anforderungen, Erfolge, Perspektiven. Fachzeitschrift DREIZEHN, Nr. 17, Berlin, S. 4 – 9

Seifried, K./ Drewes, St./ Hasselhorn, M. (Hrsg.) (2015): *Handbuch Schulpsychologie: Psychologie für die Schule*. Kohlhammer, 2. Aufl.

Warnke, A./ Heid, W. (1993): *Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie im Rahmen des KJHG aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Mitgliederrundbrief III, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Deutschland, Aachen, S.25–36

Wiesner, W. (1995): *Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche – Gründe, Anforderungen und Konsequenzen*. In: Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe; Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin

Wiesner, W. (Hrsg.) (2015): *SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe*. Beck, 5. Aufl.

Drogenbeauftragter der Bundesregierung (2018). Drogen- und Suchtbericht 2018



Eine bundespolitische »Leerstelle«?

Psychische Gesundheit/Krankheit in der Jugendsozialarbeit

Dr. Christian Lüders (Deutsches Jugendinstitut)

Vor welchen Herausforderungen die Jugendsozialarbeit zum Thema »psychisch beeinträchtigte Jugendliche« im Kontext ihres Bildungsauftrages steht, was sie bereits leistet und was zur erfolgreichen Umsetzung dieser individuell und gesellschaftlich wichtigen Aufgabe benötigt wird, wird in diesem Heft deutlich beschrieben. In diesem Beitrag soll speziell der politische Aspekt in den Blick genommen und die Frage nach den bundespolitischen Rahmenbedingungen gestellt werden.

Dazu sprachen wir mit Dr. Christian Lüders vom Deutschen Jugendinstitut (DJI) in München.

»» *Das Thema Gesundheit hat ja bundespolitisch ein eigenes Ministerium. Ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Adresse für unsere Thematik? Oder sind die Aktivitäten dieses Ministeriums – Stichwort z. B. Präventionsgesetz – für unsere Anliegen doch eher irrelevant?*

Dr. Christian Lüders: Bevor man diese Frage beantwortet, wäre zu klären, worauf der Fokus liegen soll. Auf Gesundheit bzw. gesundheitliche Belastungen junger Menschen ganz allgemein oder – deutlich begrenzter – auf psychische Gesundheit bzw. Beeinträchtigung Jugendlicher im Kontext des Praxisfeldes der Jugendsozialarbeit? Im zweiten Fall hätten wir es mit den Leistungen der Jugendsozialarbeit ggf. in Kombination mit § 35a SGB VIII zu tun. Je nach Art und Intensität der Beeinträchtigung kämen noch andere Hilfen bzw. andere Sozialgesetzbücher und ggf. Ressortzuständigkeiten dazu.

Diskutiert man das Thema auf einer etwas allgemeineren Ebene, wie es z. B. der 13. Kinder- und Jugendbericht umrissen hat, wird sofort deutlich, dass sich hier ein klassisches Schnittstellenthema abzeichnet. Und wie bei vielen Schnittstellen der Kinder- und Jugendhilfe ist dafür nicht ein Ministerium allein zuständig. Wenn es um Gesundheit bzw. gesundheitliche Belastungen geht, stehen die für Gesundheit zuständigen Ressorts und Behörden auf Bundes- und Landesebene

sowie die entsprechenden Ämter auf kommunaler Ebene mit in der Verantwortung. Und sollten die Belastungen bzw. Beeinträchtigungen sich zu Behinderungen verfestigen, wären weitere Ressorts und Ämter, föderale Ebenen und übrigens ggf. auch Träger mit im Spiel.

Zugleich gilt auch, dass die Jugendsozialarbeit ihre rechtliche Grundlage im SGB VIII hat und deshalb das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und die entsprechenden Ressorts auf Landesebene und die Jugendämter auf kommunaler Ebene die ersten Ansprechpartner sind.

Warum die Aktivitäten des BMG irrelevant sein könnten – und das auch noch mit Verweis auf das Präventionsgesetz –, erschließt sich mir nicht ganz. Auch wenn man zugeben muss, dass aus der Sicht der Kinder- und Jugendhilfe das Präventionsgesetz nicht gerade alle Erwartungen erfüllt, so ist es keineswegs für unsere Praxis bedeutungslos. Wenn man dann noch bedenkt, wie folgenreich Entscheidungen im BMG – sei es z. B. bei der Definition von Leitlinien oder jüngst der Diskussion um die Impfpflicht – für unsere Praxis sind, kann ich nur dafür plädieren, diesem Politikfeld deutlich mehr Aufmerksamkeit zu widmen, zumal eben gesundheitliche Probleme in nicht wenigen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe, nicht nur in der Jugendsozialarbeit, zur alltäglichen Praxis gehören.

» *Dieselbe Frage ist natürlich auch an das zuständige BMFSFJ zu richten. Was kommt aus Ihrer Sicht denn aus diesem Hause für die Jugendsozialarbeit an nützlichen und unterstützenden Beiträgen?*

Dr. Christian Lüders: Will man die Frage in der gestellten, sehr allgemeinen Form beantworten, müsste man vor allem auf die lange Reihe von Modellprogrammen des BMFSFJ und viele jugendpolitische Initiativen verweisen. Dabei wäre zu bedenken, dass dem Bund in der Ausgestaltung der Praxis der Jugendsozialarbeit neben der Förderung der bundeszentralen Infrastruktur im Rahmen seiner Anregungsfunktion vor allem das Instrument der Modellprojektförderung zur Verfügung steht. Allerdings ist in dem hier anstehenden Kontext auch anzumerken, dass das Thema Gesundheit bzw. gesundheitliche Belastungen in keinem dieser Programme bislang einen prominenten Stellenwert eingenommen hat.

Zugleich gestehe ich, provoziert mich diese Frage. Aus meiner Sicht geht es nicht nur um die Frage, was das BMFSFJ an nützlichen Beiträgen leistet. Im Rahmen der viel beschworenen Partnerschaft zwischen der öffentlichen und freien Seite wäre für mich auch zu fragen, welche Impulse von Seiten der Fachpraxis an das BMFSFJ kommen.

Bezieht man die Frage jedoch auf den engeren Fokus dieses Gesprächs, das Thema Gesundheit und gesundheitliche Belastungen, so ist zu konstatieren, dass das BMFSFJ zumindest im Jugendbereich ein getreues Abbild der allgemeinen





Fachdiskussion in der Kinder- und Jugendhilfe ist. Gesundheitsfragen spielen eine marginale bis keine Rolle. Das gilt sicherlich nicht für den Bereich frühe Hilfen und für Teilbereiche der frühen Bildung, aber sicherlich für das Jugendalter. Ob die »inklusive Lösung«, wie sie im Kontext des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG) diskutiert worden ist, und in welcher Form ein zweites Mal Gegenstand der Reform des SGB VIII wird, wird man abwarten müssen. Sollte tatsächlich das SGB VIII schrittweise inklusiv ausgestaltet werden, würde es unweigerlich wenigstens an dieser Stelle auf allen Ebenen den Blick öffnen und alle Beteiligten vor eine Fülle neuer Herausforderungen stellen.

» Am mangelndem Wissen und an mangelnder Erkenntnis kann es doch nicht liegen. Man denke beim Thema Gesundheit/Krankheit nur an den 13. Kinder- und Jugendbericht oder Gesundheitssurveys, an unzählige Studien, Expertisen, Gutachten (Stichwort Krankenkassen-Reporte) oder Tagungen und Kongresse oder auch an spezifische Institutionen und Organisationen (z. B. INQA, BaUA, Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung). Haben wir also wie in so vielen Bereichen ein Umsetzungsproblem?

Dr. Christian Lüders: Nun ja, schon der 13. Kinder- und Jugendbericht markierte erhebliche Forschungslücken. Und obwohl seitdem eine Zeit ins Land gegangen ist, muss ich gestehen, dass ich den Forschungsstand noch immer nicht so berauschend finde. Denn es stimmt ja, dass wir viele Daten haben. Wenn wir aber einmal Genaueres über unsere jeweiligen Adressat*innengruppen, z. B. in der Jugendsozialarbeit oder den Hilfen zu Erziehung, erfahren wollen, wird die Datendecke schnell dünn.

Zugleich hält sich auch das Interesse der Fachdiskussion in Grenzen – was einerseits verständlich, andererseits aber auch bedauerlich ist. Vielleicht regt ja das für Herbst angekündigte »Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit neues Interesse an.

Unabhängig davon haben wir weniger ein Umsetzungsproblem als ein Aufmerksamkeitsproblem. Dafür gibt es zwei Gründe: Nicht zufällig hat der 13. Kinder- und Jugendbericht die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte ausdrücklich als wichtige Herausforderung betont – und zwar sowohl in Bezug auf die gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen (z. B. Salutogenese, Empowerment, New Public Health, Transfer der medizinischen und entwicklungspsychologischen Forschungsergebnisse in die Praxis) als auch in Bezug auf das Kooperationswissen in Bezug auf Gesundheitsdienste, Eingliederungshilfe und Rehabilitation. Ich kann nicht erkennen, dass diese Forderung heute überholt sei. Analoges gilt übrigens auch für die anschließende Forderung, dass es einer Organisationsentwicklung in Richtung gesundheitsfördernde institutionelle Kulturen in den Einrichtungen und Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe bedürfe.

Stattdessen – und dies ist der zweite Grund – war und ist die Kinder- und Jugendhilfe seit Jahren mit einer Reihe von Megathemen (U3-Ausbau, frühe Hilfen, Ganztagsbetreuung, Inklusion, zwischendurch junge Geflüchtete etc.) befasst – mit der Folge, dass andere Themen unvermeidlich an den Rand gedrängt werden. Es ist absehbar, dass, sollte der Rechtsanspruch auf Ganztagsbetreuung im Grundschulalter Realität werden, sich daran für die nächste Zeit wenig ändern wird.

» In der Praxis wird ja viel getan, wie die Beispiele in der Publikation eindrücklich zeigen. Wäre ein Bundesprogramm hilfreich, um der Thematik auch auf der Bundesebene Gewicht zu verleihen, Impulse zu geben und die Praxis weiterzuentwickeln? Gibt es im DJI, das ja eine wissenschaftliche Forschungseinrichtung des BMFSFJ ist, Erkenntnisse, die für ein solches Bundesprogramm sprechen?

Dr. Christian Lüders: Bundesprogramme sind bewährte Instrumente, wenn es darum geht, bestimmte Impulse für die Weiterentwicklung in ausgewählten Praxisfeldern zu setzen. In Bezug auf das Thema Gesundheit bzw. gesundheitliche Belastungen würde ein solches Programm nur Sinn machen, wenn man es fokussieren würde. Man müsste sich dann darauf verständigen, wo es die größten Bedarfe gibt. Ich selbst habe schon mehrfach angeregt, vor allem im Bereich der inklusiven Öffnung der Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Behindertenhilfe ein derartiges

Bundesprogramm auf den Weg zu bringen. Diese Forderung ist allerdings weniger eine Konsequenz aus belastbaren Forschungsergebnissen als vielmehr Ausdruck der Erfahrung, wie viele Hürden die Praxis an dieser Stelle bewältigen muss – und immer wieder daran scheitert. Die Forschung hilft uns an dieser Stelle bislang herzlich wenig, weil es sie kaum gibt und sie bislang nicht finanziert wird.

» Ist der Eindruck, dass es zu unserem Thema viel zu wenig Forschung gibt, Ihrer Meinung nach richtig? Oder gibt es doch Erkenntnisse, die vielleicht nur zu wenig bekannt sind oder für die Praxis wenig nutzbar?

Dr. Christian Lüders: Ja, es gibt m. E. zu wenig Forschung in den hier angesprochenen Feldern, was mit politischen und fachlichen Aufmerksamkeiten, etablierten Förderstrukturen von Forschung, bei denen eine Reihe der hier angesprochenen Themen keinen richtigen Ort haben, und der Spezialisierung der Diskurse und der Forschung zusammenhängt. Auch auf dieser Ebene erzeugen Schnittstellenthematiken ihre eigenen Herausforderungen. Man benötigt einen sehr, sehr langen Atem, um kleine Schritte zu ermöglichen.

Zugleich muss natürlich auch festgehalten werden, dass mehr Forschung allein nicht in der Lage sein wird, die notwendigen Impulse auszusenden.

» Wer könnte (und sollte) was tun, damit für die Jugendsozialarbeit zu dieser Thematik die bundespolitische »Leerstelle«, die behauptete Lücke, geringer wird?

Dr. Christian Lüders: Zuerst müssten natürlich die Fachpraxis selbst und die einschlägigen Fachverbände aktiv werden. Ich gestehe, dass ich an dieser Stelle noch größeren internen Verständigungsbedarf vermute. Zugleich bin ich – ehrlich gesagt – skeptisch, dass es angesichts der aktuellen politischen Schwerpunktsetzungen – vor allem im Bereich Ganztags – gelingen wird, im nennenswerten Umfang neue Themen zu setzen. Die Aufmerksamkeit liegt derzeit auf anderen Feldern und Themen als der Jugendsozialarbeit und ihren vielfältigen Herausforderungen.



ADHS im jungen Erwachsenenalter

Eine diagnostische und therapeutische Herausforderung

Dr. med. Jan Frölich (Arzt und Privatdozent)

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) weisen zwar einerseits bis in das junge Erwachsenenalter im Hinblick auf die Kernsymptomatik des Störungsbildes eine relativ hohe (Teil-)Remissionsrate von bis zu 70 % auf (Biederman et al. 2010). Trotzdem liegt bei einer substantiellen Anzahl von Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach wie vor ein Teil- oder sogar das Vollbild der Störung vor.

Geringes psychosoziales Funktionsniveau und viele Komorbiditäten

Symptombezogen lässt die motorische Unruhe und die Impulskontrollproblematik zwar erheblich nach, es bestehen aber weiterhin erhebliche Probleme im Hinblick auf die Konzentrationsfähigkeit. Desweiteren entstehen eine Vielzahl an psychosozialen und gesundheitlichen Folgeproblemen: Probleme mit Freunden, Lebenspartner sowie in der Familie, geringere schulische und berufliche Abschlussqualifikationen, häufige Arbeitsplatzwechsel, sowie niedrige berufliche Positionen. Hinzu kommen in einem erhöhten Ausmaß risikoreiches Sexualverhalten, Autounfälle, Inhaftierungen oder Konflikte mit dem Gesetz (Scholtens et al. 2013, Harpin et al. 2013, Klein et al. 2012, Loe & Feldman 2007, Patros et al 2013, Barkley & Cox 2007, Narad et al. 2013, Nigg 2013).

Doppelt so häufig liegt außerdem Substanzmissbrauch vor, vor allen Dingen mit Cannabis (Wilens and Morrison 2012). Aktuell bestehen auch Hinweise darauf, dass von ADHS Betroffene signifikant häufiger eine Mediensucht aufweisen (Wang et al. 2017). Neuere Studien weisen auch in höherem Ausmaß auf somatisch-medizinische Probleme hin mit schlechten Ernährungsgewohnheiten, welche in der Folge häufig zu Übergewicht und Diabetes führen aber auch zu kardiovaskulären und Infektionskrankheiten (Chen et al. 2018, Nigg 2013). Hinzu kommt eine deutlich schlechtere Compliance Kooperation in der Behandlung im Hinblick auf medizinisch notwendige Behandlungen. Die Mortalität von Erwachsenen mit ADHS ist vierfach so hoch wie bei nicht Betroffenen (Barbaresi et al. 2013).

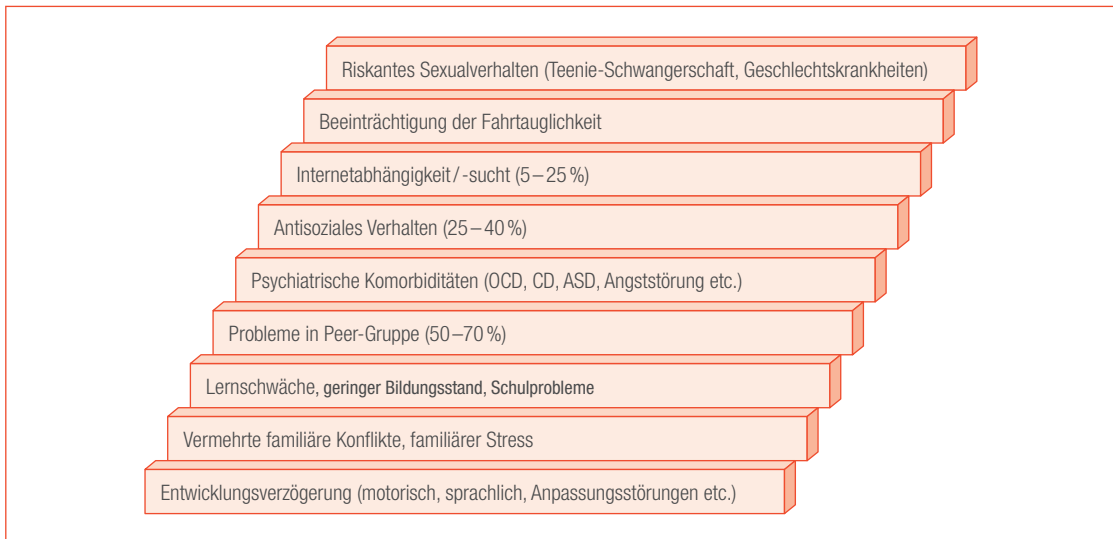


Abb. 1: Entwicklungsrisiken der ADHS im Jugendlichenalter

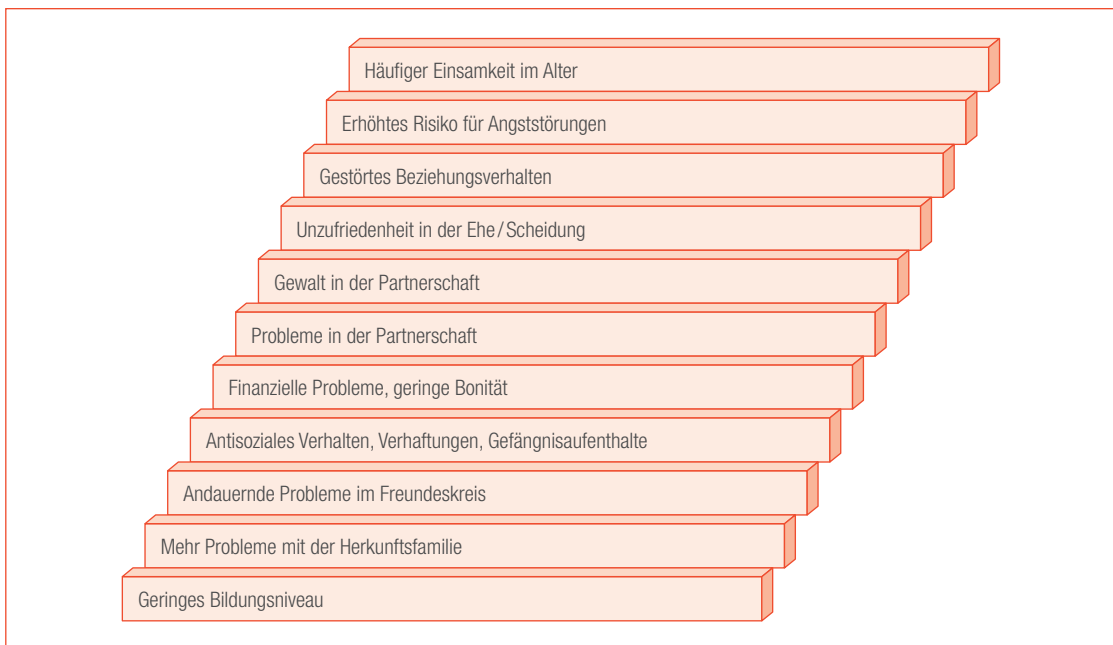


Abb. 2: Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit ADHS im Erwachsenenalter

Die Abbildungen 1 und 2 fassen typische Entwicklungsrisiken von Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS zusammen (Quelle: Barkley RA (2018): APSARD Annual Meeting, 12.–14.01.2018, Washington, USA).

Symptompräsentation und Behandlungcompliance

Da die Kernsymptomatik im Jugendlichen- und jungen Erwachsenenalter deutlich nachlässt, stellen sich im Rahmen der (Verlaufs-)Diagnostik erhöhte Anforderungen. Zum einen müssen adoleszenztypische Verhaltensweisen abgegrenzt werden. Zum anderen kann die Kernsymptomatik auch in dieser Altersspanne hinter komorbiden Störungen wie beispielsweise Depressionen, Angststörungen oder Suchtstörungen verborgen bleiben (Fisher et al. 2002; Clure et al., 1999). Wichtig ist zugleich der Hinweis, dass die genannten komorbiden Störungen immer auch ihrerseits die Symptomatik einer ADHS aufweisen können.

Eines der größten Probleme besteht darin, dass die Behandlungscompliance bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer ADHS häufig defizitär ist und diese medizinische oder psychotherapeutische notwendige Behandlungen abbrechen, was gerade am Übergang zwischen der Behandlung von Jugend- zu Erwachsenenärzten eine große Problematik darstellt (Charach & Fernandez 2013). Eine große Rolle spielt hierbei, dass die Patient*innen sich psychosozial nicht als eingeschränkt oder gar erkrankt fühlen und dass sie fürchten, stigmatisiert zu werden. Auch besteht nach Jahren der Behandlung eine Erschöpfung, die es erschwert, die Behandlung konsequent weitherzuführen (Bussing et al., 2011).

Gerade im Jugendlichenalter ist deshalb die intensivierte therapeutische und pädagogische Arbeit mit den betroffenen Patienten im Einzelkontakt sehr wichtig, zugleich aber auch die (behutsame) Einbeziehung der Eltern im Hinblick auf die fortdauernde Behandlungsbedürftigkeit im Erwachsenenalter. Sehr häufig müssen die Eltern dabei behilflich sein, die Weiterbehandlung mit zu organisieren. Sonst könnte es häufig zu einer teilweise Jahre lang anhaltenden Behandlungsunterbrechung kommen mit den entsprechenden negativen Folgen für die Betroffenen.

Da die Introspektionsfähigkeit der Betroffenen (d.h. die Fähigkeit, das eigene Erleben und Verhalten zu betrachten, zu beschreiben und zu analysieren) häufig defizitär ist, ist es für die Verlaufsdiagnostik auch aus diesem Grund von größter Bedeutung, immer auch das persönliche Umfeld (Eltern, Lehrer*innen, Ausbilder*innen) mit einzubeziehen (Smith et al. 2000). Die Diagnostik sollte sich neben der Exploration und Eigen- sowie Fremdanamnese auch auf Fragebögen stützen, welche für das Erwachsenenalter im deutschsprachigen Raum vorliegen und auch evaluiert wurden.

Die folgende Darstellung gibt einen Überblick über ADHS-Symptome im Jugendlichen- und Erwachsenenalter (nach Wender 1995: Attention-deficit hyperactivity disorder in adults; Oxford University Press; New York, Oxford):

Kriterium	Symptome
Aufmerksamkeitsstörung	Unvermögen, Gesprächen zu folgen; Ablenkbarkeit; Schwierigkeiten, sich auf Schriftliches zu konzentrieren; Vergesslichkeit; häufiges Verlieren von Gegenständen
Motorische Hyperaktivität	Gefühl innerer Unruhe; Unfähigkeit, sich zu entspannen, oder sitzende Tätigkeiten durchzuhalten; dysphorische Stimmungslage bei Inaktivität
Affektlabilität	Häufige und schnelle Stimmungswechsel innerhalb von Stunden und Tagen
Desorganisiertes Verhalten	Unzureichende Planung und Organisation von Aktivitäten im Bereich Arbeit, Schule oder Haushalt; planloses Wechseln von einer Aufgabe zur nächsten, ohne dass eine Aufgabe tatsächlich abgeschlossen wurde; Probleme beim Zeitmanagement
Affektkontrolle	Permanente Reizbarkeit; geringe Frustrationstoleranz; Wutausbrüche
Impulsivität	Dazwischenreden; Ungeduld; kaum überdachte Handlungen
Emotionale Überreagibilität	Kein adäquater Umgang mit alltäglichen Stressoren; überschießende oder ängstliche Reaktion

Zugehörige Literaturstelle: Groß C., Figge S., Matthies A., Philipsen, S.: ADHS im Erwachsenenalter, in: Nervenarzt 2015/86:1171–1180 DOI 10.1007/s00115-015-4328-3, Springer-Verlag Berlin Heidelberg)

Behandlungcompliance und ausbildungsbezogene Förderung

Im Hinblick auf die Behandlung ergeben sich wegen der reduzierten Behandlungstreue und -bereitschaft folgende Notwendigkeiten: im Regelfall ist es sinnvoll primär einen niederschweligen Ansatz der Behandlung anzustreben und den Patienten nicht zu überfordern. Es reicht zunächst einmal alle 3–4 Monate ein kurzer Behandlungskontakt beim Facharzt oder auch beim Allgemeinarzt, um überhaupt die Behandlungskontinuität zu wahren. Ein ressourcen-orientierter Ansatz ist hierbei umso wichtiger, weil es die von ADHS Betroffenen von Kindesalter an gewohnt sind, auf ihre Defizite hingewiesen zu werden. Im besten Fall verhält sich der behandelnde Arzt dem Patienten gegenüber völlig frei von Bewertungen und nimmt eine wohlwollende, beratende Rolle ein, indem er auf verschiedene Behandlungsalternativen hinweist. Bei Einverständnis des Patienten, welches im Regelfall häufig gegeben wird, ist zusätzlich ein flankierender Kontakt zu den Eltern empfehlenswert, einerseits um anamnestisch Informationen einzuholen, zum anderen aber auch um Behandlungsmaßnahmen mit dem Patienten hierdurch zu stützen und zu koordinieren. Wichtig ist hierbei, die Eltern aus der ursprünglich seit dem Kindesalter von ihnen eingenommenen Haltung, Ziele und Strukturen vorzugeben, herauszuhalten. Stattdessen erweist sich ein Kompromiss zwischen Zulassen der Autonomieentwicklung trotz aller bestehenden Defizite und eine vorsichtige Unterstützung seitens des Umfeldes als am tragfähigsten.

Gerade in dieser Entwicklungsphase kommt dem Auffinden von Ressourcen bei den Betroffenen eine herausragende Rolle zu, einerseits im Freizeitbereich, zum anderen aber auch vor allen Dingen im beruflichen Bereich. Aus der klinischen Erfahrung heraus sind sowohl die ADHS-Symptomatik als auch die sich hieraus ergebenden psychosozialen Einschränkungen oft gut kompensierbar, wenn die Ausbildung oder die Berufswahl für den Betroffenen hoch motivational positiv besetzt ist, praxisnah orientiert ist und in einem überschaubaren, persönlichen Betriebsrahmen stattfindet. Zusätzlich müssen bei einem Teil der Jugendlichen oder jungen Erwachsenen Ausbildungsmaßnahmen im Rehabilitationsrahmen organisiert werden, beispielsweise in Berufsbildungswerken. In diesem Ausbildungsrahmen ist einerseits eine Teil- oder Vollausbildung möglich, zum anderen ist aber auch eine spezifische fachliche Expertise vorhanden, welche dazu geeignet ist, den von ADHS Betroffenen einen geeigneten pädagogischen und didaktischen Rahmen zur Verfügung zu stellen. In Einzelfällen ist im Verlauf auch die Beantragung einer Minderung der Erwerbstätigkeit zu erwägen.

Die Behandlung orientiert sich an verschiedenen Gesichtspunkten. Wenn Suchterkrankungen im Vordergrund stehen, ist primär dieses Störungsbild in der Behandlungsplanung vorrangig, sei es im ambulanten oder stationären Rahmen. Erst nach ausreichender Behandlung in diesem Bereich erfolgt eine Adressierung der ADHS. Auch bei komorbiden psychiatrischen Störungen wie Depressionen oder Angststörungen können diese zunächst im Fokus der Therapie stehen, wobei in diesem Kontext durchaus parallel die ADHS zum Beispiel medikamentös behandelt werden kann.

Sowohl im Jugendlichen- als auch im Erwachsenenalter ist die Behandlung multimodal ausgerichtet, in der Regel kommen medikamentöse, psychotherapeutische aber auch Hilfen im Rahmen der Ausbildung zum Einsatz.

Die Grundlage der Behandlung stellt eine ausführliche Psychoedukation dar, mit der Zielsetzung über die Wissensvermittlung eine Entlastung der Betroffenen zu bewirken (Hansson Halleröd et al., 2015), aber auch um sie für verschiedene Behandlungsansätze zu motivieren. Hierbei können spezifische Techniken des sogenannten *Motivational Interviewing* zum Einsatz kommen, wodurch bei dem Patienten Ambivalenzen im Hinblick auf eine Behandlung aufgedeckt werden sollen mit nachfolgender Bewertung der positiven und negativen Konsequenzen einer Behandlung versus keiner Behandlung (Mackenzie 2017).

Medikamentöse Behandlung

Die Fortführung der medikamentösen Behandlung – vor allem mit Psychostimulanzien – spielt eine herausragende Rolle, weil nur hierdurch eine zuverlässige und ausreichend wirksame Beeinflussung der Kernsymptomatik des Störungsbildes möglich ist. Hier gilt es allerdings von Behandlerseite her sehr vorsichtig zu agieren. Von größter Bedeutung ist hier bei der Wahl der geeigneten Substanz die Bedürfnisse des Patienten wahr- und ernst zu nehmen. In den meisten Fällen ist es vorteilhafter, sich hier nach den Patientenwünschen als nach der medizinischen Einschätzung und Notwendigkeit zu

richten, also beispielsweise den Bedürfnissen des Patienten nach einem kurzwirksamen, unretardiertem Präparat den Vorzug zu geben gegenüber einer möglicherweise medizinisch besser indizierten retardierten Gabe. Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene weisen eine erhöhte Abbruchquote der Psychostimulanzienmedikation auf, unter anderem, weil sie sehr empfindlich sind gegenüber Nebenwirkungen der Medikation im emotionalen Bereich (Charach & Fernandez 2013). Ein weiterer einschränkender Gesichtspunkt – vor allem bei der Psychostimulanzienmedikation – stellt komorbider Substanzmissbrauch dar. Aufgrund der erhöhten Missbrauchsgefahr der Medikation in diesem Kontext ist hier von einer Psychostimulanzienmedikation primär abzuraten, diese gegebenenfalls aber zu einem späteren Zeitpunkt bei Drogenfreiheit wieder aufzunehmen. In diesen Fällen kommen sogenannte *Second Line Agents* zum Einsatz, welche im Regelfall nicht missbraucht werden können und darüber hinaus eine 24-stündige Wirksamkeit aufbauen (Atomoxetin und Guanfacin). Zu berücksichtigen ist hierbei aber auch, dass die Konzentrationsfähigkeit bei diesen Substanzen weniger gut beeinflussbar ist. Letztgenannte Substanzen sind auch dann indiziert, wenn Psychostimulanzien nicht vertragen werden oder eine durchgehende Wirksamkeit im Tagesverlauf notwendig ist (Banaschewski et al. 2017).

Sowohl die Zielsetzung der medikamentösen Behandlung als auch deren Dauer und Absetzphasen sind mit dem Patienten genau zu besprechen. Gerade in diesem Bereich erweist sich der behandelnde Arzt als äußerst wichtig, um eine maßgeschneiderte individualisierte Therapie mit dem Patienten zusammen in die Wege zu leiten. In aller Regel wünschen die Patient*innen vor allen Dingen bei den Psychostimulanzien keine durchgehende Gabe sondern wollen die Medikation an den Wochenenden und in den Ferien absetzen. Der Patient sollte hierbei kritisch beraten werden, inwieweit es bei Absetzen der Medikation zu verstärkten Problemen kommen kann, beispielsweise zu erhöhter Unfallgefahr oder Neigung zu Risikoverhaltensweisen.

Die folgende Darstellung gibt einen Überblick über zur Verfügung stehende medikamentöse Behandlungsvarianten der ADHS (die Handelsnamen der Stimulanzien sind in Klammern geschrieben):

Medikation	Wirkmechanismen	Effektivität / Tolerabilität
<p>STIMULANZIEN</p> <p>Methylphenidat und d-Amphetamin (Attentin®, Elvanse®)</p> <p>Methylphenidat und Ritalin (Ritalin®, Ritalin LA®, Concerta®)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indirekter Dopamin-Agonismus durch Wiederaufnahmehemmung durch DAT-Blockade • Indirekter Noradrenalin-Agonist • Setzt Dopamin aus Reserpinsensitiven Granula frei 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurze Wirkung von 3–5 h der nicht-retardierten Form (Attentin®, Ritalin®) • Retardierte Form mit Doppel-peak mit Wirkung von 8–12 Stunden nach (Elvanse®, Ritalin LA®) Concerta® einmal tägliche Gabe 70–80 % Responderrate • Kontraindikation bei bestimmten komorbiden psychischen Störungen
<p>SELEKTIVE NORADRENALINWIEDERAUFNAHMEHEMMER (SNRI)</p> <p>Atomoxetin (Strattera®)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemmung des präsynaptischen Noradrenalintransporters mit Erhöhung des Noradrenalins • Indirekte Erhöhung des Dopamins im präfrontalen Kortex 	<ul style="list-style-type: none"> • Atomoxetin wirkt auf alle drei ADHS-Kernsymptome gleichmäßig, 24 Stunden-Wirkung, Wirkungseintritt nach 8–12 Wochen • Geringer wirksam auf die ADHS Kernsymptomatik als Stimulanzien • Kein Suchtpotential
<p>GUANFACIN</p> <p>Agonist an zentralen Alpha2A-Rezeptoren. Ursprünglich wurde Guanfacin als Antihypertensivum entwickelt.</p> <p>(Intuniv®)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guanfacin erhöht die Signalübertragung im präfrontalen Kortex und in den Basalganglien durch eine direkte Modifikation der synaptischen Noradrenalin-Übertragung an den alpha2-adrenergen Rezeptoren 	<ul style="list-style-type: none"> • 24 Stunden Wirkung, Wirklatenz mehrere Wochen • Wirkung auf alle ADHS-Kernsymptome, am stärksten auf die Impulskontrollstörung • Kein Suchtpotential

Psychotherapeutische Ansätze

Kognitiv-behaviorale Konzepte stellen die am verbreitetsten und am besten evaluierten psychotherapeutischen Interventionen zur Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter dar (Vidal-Estrada al. 2012). Die Patient*innen lernen u.a. Copingstrategien (z. B. Methoden zur Strukturierung, Umgang mit starken Gefühlen) sowie die Hinterfragung ungünstiger verzerrter Grundannahmen (z. B. »Egal, was ich tue, es geht schief«). Kognitiv-behaviorale Methoden zur Behandlung der ADHS bei Erwachsenen haben sich in der Einzel- als auch Gruppenbehandlung bewährt (Safren et al. 2010, Kubik 2010, Emilsson et al. 2011). Bei dialektisch-behavioralen Behandlungskonzepten lernen die Patienten unter anderem Fähigkeiten im Umgang mit Anspannung und Stress, Strategien zur Emotionsregulation und achtsamkeitsbasierte Fertigkeiten. Die Wirksamkeit des Behandlungsansatzes konnte in mehreren Studien gezeigt werden (z.B. Hirvikoski et al. 2011, Philipsen et al. 2007). Im Hinblick auf den Einsatz von Nahrungsmittelergänzungen (Omegafettsäuren), Neurofeedback-Verfahren oder ressourcenorientierten Ansätzen (Sport) liegen noch keine ausreichend evaluierten Behandlungstudien vor. In Zukunft könnten diese Ansätze allerdings durchaus vielversprechend sein.

Ausblick

Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen im Jugendlichen- und jungen Erwachsenenalter stellen nach wie vor sowohl eine große diagnostische als auch therapeutische Herausforderung dar. Aufgrund der zum Teil desaströsen Entwicklungsverläufe muss eine fachlich fundierte Diagnose bei anhaltenden Problemen im Ausbildungs- und Arbeitsbereich unbedingt in Erwägung gezogen werden. Sehr wichtig erscheint eine therapeutische sowie pädagogische Betreuung der Betroffenen im Übergang vom Jugendlichen- in das Erwachsenenalter. Das gilt in Bezug auf die medizinisch psychotherapeutische Versorgung aber auch im Hinblick auf Hilfen bei der Berufswahl und während der Ausbildung. In der pädagogisch-therapeutischen Arbeit empfehlen sich ressourcenorientierte Vorgehensweisen, die darauf abzielen, mit dem Patienten Kompensationsstrategien zur Bewältigung der ADHS-Symptome aufzufinden und einzuüben. Hierzu liegen einige vielversprechende Ansätze vor (zum Beispiel Canela et al. 2017).

Die Betroffenen sollten die Möglichkeit erhalten, zumindest während der Ausbildung auf eine individualisierte professionelle Hilfe am Arbeitsplatz zurückgreifen zu können. Auch sind Maßnahmen des Nachteilsausgleichs notwendig, z. B. Reduzierung der zu leistenden Arbeitsstunden aufgrund verminderter Belastbarkeit, mehr Arbeitszeit bei schriftlichen und mündlichen Prüfungen und Unterstützung bei der Selbstorganisation am Arbeitsplatz.



Literatur

- Banaschewski, T./Becker K./Döpfner, M./Holtmann, M./Rösler, M./Romanos, M. (2017): *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. In: Deutsches Ärzteblatt International. 2017;114(9):149–159
- Barbarese, William J./Colligan Robert C./Weaver Amy L./Voigt Robert G./ Killian Jill M./, Katusic Slavica K. (2013): *Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study*. Pediatrics 31(4):637–644
- Barkley, R.A./Cox, Daniel J. (2007): *A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance*. Journal of safety research. 2007;38(1):113–128
- Barkley, R.A. (2018): *APSARD Annual Meeting*, 12.-14.01.2018; Washington, USA
- Biederman, J./ Petty, C.R./Evans, M./Small, J./Faraone, S.V. (2010): *How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD*. Psychiatry Res. 2010;177(3):299–304
- Bussing, R./Zima, B.T./Mason, D.M./Porter, P.C./Garvan, C.W. (2011): *Receiving treatment for attention-deficit hyperactivity disorder: do the perspectives of adolescents matter?*The Journal of adolescent health, official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2011 Jul;49(1):7–14
- Charach, A./Fernandez, R. (2013): *Enhancing ADHD medication adherence: challenges and opportunities*. Current psychiatry reports. 2013 Jul;15(7):371
- Chen M.H./Pan, T.L./Hsu J.W./Huang, .K.L.et al. (2018): *Risk of Type 2 Diabetes in Adolescents and Young Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Nationwide Longitudinal Study*. J Clin Psychiatry. 2018 May/Jun;79(3)
- Canela, C./Buazde, A./Eich, D./Liebrenz, M. (2017): *Skills and compensation strategies in adult ADHD – A qualitative study* PLoS One. 2017; 12(9): e0184964
- Clure, C./Brady, K.T./Saladin, M.E./Johnson, D./Waid, R./Rittenbury, M. (1999): *Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use: symptom pattern and drug choice*. The American journal of drug and alcohol abuse. 1999 Aug;25(3):441–448
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (2017): *Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie »Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter«*; AWMF-Registernummer 028-045
- Emilsson, B./Gudjonsson, G./Sigurdsson, J.F.F. et al. (2011): *Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial*. BMC Psychiatry. 2011;11:116
- Fischer, M./Barkley, R.A./Smallish, L./Fletcher, K. (2002): *Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD*. Journal of abnormal child psychology. 2002 Oct;30(5):463–475
- Hansson Halleröd, S.L./Anckarsäter, H./Råstam, M. (2015): *Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult – a qualitative study*. BMC Psychiatry (2015) 15:31
- Harpin, V./Mazzone, L./Raynaud, J.P./Kahle, J./Hodgkins, P. (2013): *Long-Term Outcomes of ADHD: A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function*. Journal of attention disorders. 2013 May 22
- Hirvikoski, T./Waalder, E./Alfredson, J. et al (2011): *Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial*. Beh Res Ther. 2011; 49:175–185

- Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA, et al (2012): *Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later*. Archives of general psychiatry. 2012 Dec;69(12):1295–1303
- Kubik, J.A. (2010): *Efficacy of ADHD coaching for adults with ADHD*. J Atten Disord. 2010; 13:442–453
- Loe, I.M./Feldman, H.M. (2007). *Academic and educational outcomes of children with ADHD*. Ambulatory pediatrics. The official journal of the Ambulatory Pediatric Association. 2007 Jan-Feb;7(1 Suppl):82–90
- Mackenzie, G. (2017): *Integrating Motivational Interviewing and ADHD Coaching: A Comprehensive Approach towards Treatment for Youth*. Critical Intersections in Education: An OISE/UT Students' Journal Fall 2017, 1, 1-18 .ISSN 2291- 0697
- Narad, M./Garner, A.A./Brassell, A.A. et al (2013): *Impact of distraction on the driving performance of adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder*. JAMA Pediatr. 2013 Oct;167(10):933–938
- Nigg, J.T. (2013): *Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes*. Clinical psychology review. 2013 Mar;33(2):215–228
- Patros, C.H./Hudec, K.L./Alderson, R.M./Kasper, L.J./Davidson, C./Wingate, L.R. (2013): *Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) moderate suicidal behaviors in college students with depressed mood*. Journal of clinical psychology. 2013 Sep;69(9):980–993
- Philipsen, A./Richter, H./Peters, J. et al (2007): *Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: results of an open multicentre study*. J Nerv Ment Dis 2007; 195:1013–1019
- Safren, S.A./Sprich, S./Mimiaga, M.J. et al 2010): *Cognitive behavioral therapy vs. relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized control trial*. JAMA . 2010; 304:875–880
- Scholtens, S./Rydell, A.M./Yang-Wallentin, F. (2013): *ADHD symptoms, academic achievement, self-perception of academic competence and future orientation: a longitudinal study*. Scandinavian journal of psychology. 2013 Jun;54(3):205–212
- Smith, B.H./Pelham Jr., W.E./Gnagy, E./Molina, B./Evans, S. (2000): *The reliability, validity, and unique contributions of self-report by adolescents receiving treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder*. Journal of consulting and clinical psychology. 2000 Jun;68(3):489–499
- Vidal-Estrada, R./Bosch-Munso, R./Nogueira-Morais, M. et al (2012): *Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review*. Actas Esp Psiquiatr 2012; 40:147–154
- Wang, B.Q./Yao N.Q./Zhou, X./Liu J./Lv, Z.T. (2017): *The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis*. BMC Psychiatry. 2017;17(1):260
- Wender, P.H. 1995) *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. Oxford Univ Press, New York Oxford)
- Wilens, T.E./Morrison, N.R. (2012): *Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: focus on treatment*. Neuropsychiatry (London). 2012;2(4):301–312. doi:10.2217/np.12.39





DIE PRAXIS – WAS VOR ORT GETAN WIRD

In elf Beispielen wird anschaulich vorgestellt, was in der Praxis der Jugendsozialarbeit in den verschiedenen Handlungsfeldern bereits geleistet wird. Von stabilisierenden und alltagsstrukturierenden Angeboten in niedrigschwelligen Maßnahmen der Jugendhilfe bis zur gezielten Unterstützung während der Ausbildung reicht hier die Palette. Es wird beschrieben, um welche Jugendlichen es geht und mit welchem pädagogischen Konzept gearbeitet wird. Auch die Kooperation mit anderen Fachstellen und die Finanzierung werden angesprochen.



Erfolgreich die Schule schaffen

Hilfe für Schüler*innen mit psychischen Beeinträchtigungen

Marco Weibel und Silke Müller (Diakonisches Werk an der Saar gGmbH)

Im Rahmen der Schulsozialarbeit, die das Diakonische Werk an der Saar gGmbH (www.diakonie-saar.de) an den Gemeinschaftsschulen Dudweiler und Rastbachtal leistet, erhalten im Rahmen des »Regelbetriebs« Schüler*innen mit psychischen Auffälligkeiten durch individuelle Begleitung und Gruppenangebote Unterstützung.

Blick in die Praxis

*Psychische Auffälligkeiten bei Schüler*innen* treten vermehrt sogar ab Klasse fünf in unseren Schulen auf: Ritzen, Depression, Schulabsenke, Drogenkonsum, hygienische Vernachlässigung, Suizidankündigungen, Schulängste, Aggression, dissoziales Verhalten, Nicht-Beschulbarkeit/Teilzeitbeschulung, Einnässen/-koten und Freundschaftsprobleme, die ausufern und den Unterricht sprengen. Die betroffenen Schüler*innen kommen entweder von selbst zu unserem Beratungsangebot oder wir werden durch Lehrer*innen- und Elternhinweise auf die Schüler*innen aufmerksam. Dann nehmen wir die Beratungsarbeit sowohl mit den Schüler*innen als auch mit den Lehrer*innen und Eltern auf und empfehlen ggf. andere Beratungsstellen.

Unsere Ziele sind das Clearing der Problemlage in der Klasse, Schule oder im Elternhaus, die Klärung von Krisen und Konflikten und Hilfe bei der Überwindung bzw. Lösung der Probleme, die damit verbunden sind. Dazu gehört auch Hilfe bei der stabilen Fortführung der Schulkarriere und – nach Möglichkeit – die Stabilisierung der Person, sowie die Vermittlung zu anderen Gruppen, Beratungs- und Therapiestellen. Wir bieten dabei häufig mehrere Gesprächstermine für/ mit einem Fall an.

Unsere eingesetzten *Methoden* sind Casemanagement, Beratungsgespräche mit Techniken der beratenden und einfühlsamen Gesprächsführung, eventuell auch kreative Methoden wie das Malen mit bestimmter Zielsetzung (z. B. Beruhigung). Wir bieten Klärungs- und Schlichtungsgespräche mit den Beteiligten (Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen) an. Dabei arbeiten wir mit verschiedenen Methoden – z. B. Einzelschlichtung, No Blame Approach oder auch Impulsarbeit mit der ganzen Klasse zum Thema Klassenstimmung («Wer fühlt sich wohl oder nicht wohl in der Klasse?»). Beratungsgespräche bieten wir den Schüler*innen, Lehrer*innen und den Eltern der betroffenen Personen an.

Bei Bedarf geben wir den Betroffenen die Kontaktdaten von Expert*innen und sind ihnen im Bedarfsfall bei der Kontaktaufnahme behilflich. Fachlich kompetente Ansprechpartner*innen finden sich im Schulpsychologischen Dienst, Therapiestellen oder Erziehungsberatungsstellen. Für die Wiedereingliederung der Personen z. B. nach einem stationärem Aufenthalt in einer Klinik stehen wir als Kontakt- und ggf. mit einer Begleitperson zur Verfügung.

Wir arbeiten mit einer Vielzahl von *Kooperationspartner*innen* zusammen. Zum vernetzten Arbeiten gehören Absprachen und Fallbesprechungen im Rahmen der Förderangebote in der Schule (Gespräche mit Förderlehrer*innen, Förderkonferenzen, runder Tisch) oder mit entsprechenden (externen) Fachkräften wie z. B. Therapeut*innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schulpsycholog*innen, dem Sozialraumbüro mit den dortigen ambulanten Helfer*innen, dem Jugendamt sowie Projekten zur Begleitung von Schulverweigerern.

Die Finanzierung

Zur Finanzierung von Projekten wenden wir uns an den Förderverein der Schule, unseren Träger (die Diakonie), an das Jugendamt des Regionalverbandes oder an andere Organisationen, die soziale Projekte unterstützen (wie z. B. Aktion Mensch).

Was wirkt?

Die Beziehungsarbeit besonders der Lehrer*innen zu den von dem Thema betroffenen Schüler*innen verspricht Wirkung und Unterstützung. Ebenso hilfreich ist der Kontakt mit den Schulsozialarbeiter*innen, die deutlich ihr Interesse und ihre Anteilnahme an den Schüler*innen zum Ausdruck bringen. Sind die Betroffenen bereit, Hilfe und Beratung von fachlich kompetenten Beratungsstellen anzunehmen, ist schon viel gewonnen.

Schlichtungen und Stimmungsklärungen in der Klasse, initiiert von Lehrer*innen oder der Schulsozialarbeit, können klärend, entspannend, wirksam und hilfreich sein. Impulsveranstaltungen zu verschiedenen Themen in der Klassengemeinschaft können wirksam sein. Meist ist für diese Wirksamkeit die nachhaltige Fortführung des Themas von Seiten der Lehrer*innen wichtig.



Allgemeine Einschätzung zur Entwicklung

Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Probleme bei Schüler*innen unserer Schulen haben in den letzten Jahren drastisch zugenommen. Die Einzelfallarbeit und daraus resultierende Gespräche mit Lehrer*innen, Eltern und z. B. dem Jugendamt und dem schulpsychologischen Dienst sowie die dazu gehörende Dokumentationsarbeit beansprucht erheblich mehr Zeit in unserer Arbeit im Schulalltag.

Was wird benötigt?

Aus unserer Sicht werden mehr personelle Ressourcen zur Einzelarbeit mit den betroffenen Schüler*innen und deren Familien in der Schule benötigt d.h.

- mehr Förderlehrer*innen, Schulsozialarbeiter*innen und Schulpsycholog*innen (und dies vor allem verbunden mit Präsenzzeiten vor Ort in der Schule)
- qualifiziertere Ausbildung für Lehrer*innen (z. B. zum Thema Beziehungsarbeit mit Schüler*innen und in der Gesprächsführung mit Schüler*innen und Eltern) Lehrer*innen müssen ausreichend sensibilisiert werden, damit sie Auffälligkeiten in ihrer Klasse frühzeitig wahrnehmen und rechtzeitig Kontakt zu Eltern und zu internen oder externen Beratungsstellen aufnehmen.
- mehr Verfügungsstunden / Deputatstunden für Lehrer*innen zur Absprache und zur Arbeit mit den Schüler*innen
- mobile externe Berater*innenteams
- mehr externe schnelle Angebote/Hilfe für seelisch belastete Eltern oder Kinder
- mehr Plätze in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- (neue) Konzepte an den Schulen zum Umgang, zur Unterrichtung und zur Förderung von Schüler*innen mit psychischen Beeinträchtigungen

Kontakt

Diakonisches Werk an der Saar gGmbH
 Fachabteilung Kinder-Jugend-Familie
 Bettina Molitor (Bereichsleitung)
 Rembrandtstraße 17–19
 66540 Neunkirchen
 Tel: 06821 956-323
 www.diakonie-saar.de

Diakonie 
 Saar



Endlich im Leben weiterkommen

Stabilisierung und berufliche Orientierung im Projekt FARO

Franziska Brückner (Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.)

Das Projekt FARO der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart e.V. ([eva, www.eva-stuttgart.de](http://eva.stuttgart.de)) richtet sich an junge Menschen bis 27 Jahre, die bisher aufgrund ihrer persönlichen und gesundheitlichen (auch psychischen) Belastungen keinen passenden beruflichen Weg in eine Ausbildung oder Beschäftigung gefunden haben. Teilnehmende im Projekt sind insbesondere junge Erwachsene, die eine psychische Auffälligkeit zeigen, zum Teil bereits eine Diagnose erhalten haben und Arbeitslosengeld II beziehen.

FARO besteht aus zwei aufeinander aufbauenden Angeboten. In FARO I liegen die Schwerpunkte auf der Anamnese und Diagnostik und ggf. in der Begleitung und Unterstützung bei der Vorbereitung auf ein Praktikum. Dazu gehört die Unterstützung der Teilnehmenden bei Themen wie Schulden, Schriftverkehr mit Behörden, Wohnen und Gesundheit. Dies erfolgt in einem Zeitraum von drei Monaten (im Bedarfsfall Verlängerung um weitere drei Monate). Das Projekt FARO II hat zum Ziel, die Teilnehmenden in einem Zeitraum von maximal neun Monaten bei der Integration in den Arbeitsmarkt zu unterstützen. Jobcoaches des Kooperationspartners Rudolf-Sophien-Stift vermitteln die Teilnehmenden in ein Praktikum. Dort können sie erproben, welcher Arbeitsbereich zu ihnen passt und wie fit sie gesundheitlich sind. Auch in der Praktikumsphase unterstützen die Fachkräfte der eva die jungen Frauen und Männer bei ihren persönlichen Themen. Sie können in Gesprächen mit Psycholog*innen und Therapeut*innen weitere Hilfeangebote erhalten.

Blick in die Praxis

Wie im Projekt FARO mit den Teilnehmenden gearbeitet wird, zeigen wir am Beispiel von F. Müller (Name geändert).

Bei F. Müller wurde eine rezidivierende depressive Störung mittleren Grades diagnostiziert. Sie zeigt selbstverletzendes Verhalten und hat eine spätadoleszente Ablösungs-, Selbstwert- und Identitätsproblematik. Diese ist kombiniert mit einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung mit dependenten, selbstunsicheren und emotional-instabilen Anteilen.

Im Projekt FARO erhält F. Müller in einem geschützten Rahmen die Möglichkeit einer beruflichen Orientierung und Arbeitserprobung durch diverse Praktika. Bestenfalls kann trotz psychischer Einschränkung die Integration in den ersten Arbeitsmarkt erreicht werden. Dazu arbeiten Sozialpädagog*innen, Jobcoaches, Psycholog*innen und Therapeut*innen zusammen.

Im Fall von F. Müller wurde der Teilnahme am Projekt FARO die Maßnahme »Yes, you can!« (www.eva-stuttgart.de/nc/unsere-angebote/angebot/projekt-yes-you-can/) vorgeschaltet, um einen Beziehungsaufbau und die Offenlegung der tatsächlichen Hemmnisse zu erarbeiten. Sie wurde vom Jobcenter dem Projekt »Yes, you can!« zugewiesen. Hier wurde eine erste Stabilisierung erreicht, indem F. Müller offen über alle Themen reden konnte, die sie belasteten. Allen Höhen und Tiefen hielt die Beziehungsarbeit stand. F. Müller hatte zudem die Möglichkeit, eine niederschwellige Tagesstruktur zu erhalten. So gelang es ihr mehr und mehr ihre Wünsche und Ziele für sich zu formulieren. Es wurde eine passende Klinik für sie gesucht, in der sie für drei Monate einen stationären Klinikaufenthalt antrat. Nach dieser weiteren Stabilisierungsphase konnte sie dann am Projekt FARO teilnehmen.

Sie wurde dabei weiterhin von der Mitarbeiterin von »Yes, you can!« in Kooperation mit FARO begleitet und konnte nun zur beruflichen Orientierung beim Kooperationspartner, der Rudolf-Sophien-Stift gGmbH gehen. Auch hier wurde sie zur weiteren psychischen Stabilisierung von der Psychologin von FARO beraten. Inzwischen hat sie eine ambulante Therapie begonnen.

Bei ihrer beruflichen Orientierung wurde F. Müller durch einen Jobcoach von FARO begleitet. Zeitraum und die Arbeitszeiten wurden persönlich und individuell passend für sie festgelegt. Dabei war ihr psychischer Zustand maßgeblich. Der Jobcoach begleitete sie während der Praktika und holte Einschätzungen des Betriebes ein. So erhielt F. Müller sowohl eine umfassende Rückmeldung bezüglich ihrer Berufswahl, als auch eine Arbeitseinschätzung des Betriebes. Nach einiger Zeit war sie in der Lage, von zwei Tagen Praktikum in der Woche auf vier Tage zu erhöhen.



F. Müller nahm wöchentlich ein Reflexionsgespräch bei der Psychologin von FARO wahr, um eine weitere Stabilisierung zu erreichen und um die notwendige Unterstützung in ihrer psychischen Situation bei den Anforderungen in den Praktika erhalten zu können. Sie besuchte Seminare, um sich beispielsweise mit dem Thema »Vorstellungsgespräche auseinander zu setzen. Darüber hinaus hatte sie einmal pro Woche begleitend ein Gespräch bei der Mitarbeiterin von FARO I/«Yes, you can!«, um eine konstante Beziehung zu gewährleisten.

Finanzierung und Kooperationen

Auftraggeber ist das Jobcenter. Die Zuweisung erfolgt durch einen Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein. Die Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V. und der Caritasverband Stuttgart e.V. führen in Kooperation mit der Rudolf-Sophien-Stift gGmbH das Projekt FARO durch.

Erfahrungen

Zur Vermittlungsquote können zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund von zu geringem Teilnehmerdurchlauf noch keine Aussagen getroffen werden. Projektstart war im Juni 2018.

Zum konkreten Fallbeispiel: F. Müller berichtete, dass es ihr sehr gut im Projekt FARO gehe. Sie versteht sich mit allen Beteiligten gut und sei froh über die Unterstützung, die sie bekommt. Ihre Familie ist sehr stolz, dass sie endlich in ihrem Leben weiterkommt. F. Müller möchte nun einen Bundesfreiwilligendienst machen und im Anschluss ihr großes Ziel, eine Ausbildung zur Erziehungshelferin, angehen.



Was wird benötigt?

Wir stellen in unseren Maßnahmen und Angeboten eine steigende Zahl von jungen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen fest, die ohne Unterstützung nicht auf den ersten Arbeitsmarkt integriert werden können.

Für eine qualifizierte und professionelle Arbeit mit diesen jungen Menschen muss es spezifische Angebote geben, deren Konzepte genügend Zeit und Flexibilität bieten, um niedrigschwellig an die jeweilige Lebenssituation, den psychischen und gesundheitlichen Zustand und weitere individuelle Voraussetzungen des einzelnen jungen Menschen anknüpfen zu können. Für die Umsetzung einer solchen Maßnahme braucht es ein multiprofessionelles und erfahrenes Team, ein ausgebautes Netzwerk und Arbeitgeber, die sich auf die Zielgruppe einlassen können.

Kontakt

Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.
Franziska Brückner
Waiblinger Straße 12
70372 Stuttgart
Tel.: 0711/722335-14
E-Mail: Franziska.Brueckner@eva-arbeitsvermittlung.de





Beziehungsaufbau mit einer akzeptierenden Grundhaltung

Multipel belastete Jugendliche in Berufsorientierung und Ausbildung

Frank Karlsen-Lasshof und Jeanette Boetius (Jugendwerkstatt Junge Arbeit)

Die Jugendwerkstatt Junge Arbeit ist eine Einrichtung der Diakonie Hasenberg e.V., die als gemeinnütziges soziales Dienstleistungsunternehmen vorwiegend im Münchner Norden tätig ist. In mehr als 50 Einrichtungen sind über 500 Mitarbeitende und zahlreiche ehrenamtlich Tätige in unterschiedlichen Bereichen der Sozialen Arbeit beschäftigt.

Seit 1984 ist die Junge Arbeit als Betrieb der Berufsbezogenen Jugendhilfe tätig und bietet berufliche und persönliche Förderung im Rahmen eines betrieblichen Lernfeldes für benachteiligte junge Menschen an. Mit sozialpädagogischer, arbeitsweltbezogener sowie berufspädagogischer Unterstützung erhalten die jungen Erwachsenen Orientierung und Stabilisierung für ihren beruflichen und persönlichen Lebensweg. Die jungen Menschen werden in einen realen Betriebsablauf eingebunden und erhalten eine individuelle Förderung.

In den Betrieben Schreinerei, Malerei und in der Siebdruckwerkstatt können sich junge Menschen unter fachlicher Anleitung beruflich orientieren und eine anerkannte Ausbildung absolvieren, die mit einem Gesellenbrief abschließt. Zusätzlich werden im dezentralen Ausbildungsverbund Afra passende Ausbildungsbetriebe für junge Frauen und Männer gesucht und so am Bedarf des Arbeitsmarktes orientierte Ausbildungsplätze mit hohen Übernahmechancen geschaffen. Darüber hinaus bietet die Junge Arbeit am individuellen Bedarf orientierten fachspezifischen Nachhilfeunterricht und Zugang zu allgemeinbildenden und berufsbezogenen Bildungsangeboten. Insgesamt stellt die Junge Arbeit 40 Plätze für die berufliche Orientierung und 35 Ausbildungsplätze zur Verfügung. Jugendliche und junge Erwachsene erhalten hier entsprechend ihrer persönlichen und beruflichen Entwicklung im Rahmen der Maßnahme, an der sie teilnehmen, eine passende Begleitung.

Blick in die Praxis

Die *Auszubildenden und Qualifikanten* in der Jugendwerkstatt sind multipel belastet. Sehr viele haben diagnostizierte psychische Erkrankungen oder zeigen deutliche Symptome. Wir sind hier mit der gesamten Bandbreite konfrontiert. Dies beinhaltet beispielsweise Suchterkrankungen, Depressionen, Ängste, Essstörungen, Traumafolgestörungen oder AD(H)S. Wir haben auch Teilnehmende mit Symptomen aus dem psychotischen Formenkreis.

Hinzu kommt, dass die jungen Menschen zusätzlich zu ihrer psychischen Erkrankung meist auch weitere Problemlagen vorweisen, so z. B. Straffälligkeit, prekäre Wohnsituationen bis hin zur Obdachlosigkeit, Schulden oder schwierige familiäre Situationen, die zusätzlich die Stabilität beeinträchtigen.

Wir nehmen eine Zunahme an jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen oder mit deutlichen Symptomen wahr. Gleichzeitig nimmt aber auch die Fülle der Problemlagen jedes Einzelnen zu.

Unser Ziel ist es, die jungen Menschen auszubilden und beruflich zu orientieren – unabhängig vom Vorliegen einer psychischen Erkrankung. Dabei steht aber häufig zunächst und im Verlauf der Maßnahme oder Ausbildung immer wieder Stabilisierung im Vordergrund. Sehr häufig ist es ein Ziel, eine psychiatrische Abklärung und/oder eine Therapie anzubahnen. Des Weiteren geht es um die Reduzierung bzw. die Bearbeitung der weiteren Problemlagen, um hier zusätzliche Belastungen zu minimieren.

Pädagogisches Ziel ist insbesondere, den jungen Menschen im Umgang mit seiner psychischen Erkrankung und im Umgang mit seinen anderen Problemlagen in den eigenen Zielen zu stärken (siehe dazu auch den Beitrag »Pädagogik der ausgestreckten Hand in der Berufsbezogenen Jugendhilfe« von Frank Karlsen-Lasshof und Jeanette Boetius in diesem Heft).

Unsere Grundhaltung ist akzeptierend. Dies bedeutet in diesem Kontext auch, dass es keine Bedingung für die Anbindung an unsere Einrichtung ist, dass sich der junge Mensch in Therapie befindet oder eine Diagnose vorliegt. Wir respektieren auch, wenn er/sie uns diese nicht kundtut oder mit uns über Therapie o.Ä. sprechen will.

Wir arbeiten konsequent klientenorientiert und partizipativ. Dies betrifft die pädagogische Maßnahmenplanung ebenso wie die individuelle Förderplanung.

Ist die Arbeitsfähigkeit (punktuell) beeinträchtigt, arbeitet der Klient/die Klientin nicht oder bekommt Aufgaben, die für ihn/sie leistbar sind. Für mögliche Schwierigkeiten wie beispielsweise reduzierte Belastbarkeit durch Schlafstörungen finden wir individuelle Lösungen wie einen späteren Arbeitsbeginn oder eine reduzierte Arbeitszeit.

Krisenhafte Situationen, die häufig auch längere Fehlzeiten bedingen, halten wir aus. Wir sanktionieren in diesem Fall nicht. Das bedeutet insbesondere auch, dass wir Fehlzeiten nicht nacharbeiten lassen und keine Auflagen im Hinblick auf die Aufnahme einer Therapie formulieren. Die jungen Menschen bleiben in der Maßnahme oder im Ausbildungsverhältnis.

Wichtigstes Instrument ist der Beziehungsaufbau und das Halten von Beziehungen. Auch bei Abwesenheiten stellen wir dies in den Vordergrund und werden aufsuchend tätig.

Fallbesprechungen sind zentrales Element unserer pädagogischen Arbeit. Diese finden in unterschiedlichen Konstellationen sehr häufig und in großer Regelmäßigkeit statt. Sie dienen auch dazu, den sozialpädagogischen Auftrag von einem therapeutischen Auftrag abzugrenzen und diese Grenze auch zu halten, wenn ein junger Mensch sich nicht in Therapie begibt.

Das Thema der psychischen Erkrankungen greifen wir auch in pädagogischen Angeboten auf. So haben wir eine Beratung für alle Teilnehmenden zum Thema ADHS organisiert und einen Psychiater eingeladen, der seine Arbeit vorstellte.

Kooperationen und Netzwerkarbeit

Die Netzwerkarbeit nimmt einen großen Teil der pädagogischen Begleitung ein, vor allem in krisenhaften Situationen. Wir haben einen standardisierten Ablauf für den Umgang mit psychischen Krisen. Zusätzlich haben wir in unserem sehr niederschweligen Angebot »MAW-light« einen psychologischen Fachdienst, der zu Rate gezogen werden kann. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Umgang mit psychischen Erkrankungen geschult.

Unsere wichtigsten Kooperationen sind die mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und mit dem Krisendienst. Beide nutzen wir für Fallberatungen, auch telefonisch. Zur Einschätzung von Krisen und/oder selbstverletzendem Verhalten nutzen wir immer eine telefonische Fallberatung. Weiterhin wenden wir uns im Sinne der Netzwerkarbeit an unterschiedliche Stellen, wie beispielsweise die Erziehungsberatung und die Suchtberatung

Die Finanzierung

Die dargestellten Maßnahmen werden durch die Landeshauptstadt München, durch den ESF, Jobcenter München, Agentur für Arbeit München und durch Landeskirchenmittel finanziert. Außer der Finanzierung des Fachdienstes im Rahmen von »MAW-light« bekommen wir keine spezifische finanzielle Förderung für die Begleitung von Teilnehmenden mit psychischen Erkrankungen.

Was wirkt?

Als wirkungsvoll betrachten wir eine akzeptierende Grundhaltung. In diesem Kontext stellen wir uns auch nicht die Frage, ob ein Teilnehmer / eine Teilnehmerin nicht kann oder nicht will. Ebenfalls bedeutsam ist in diesem Kontext die intensive Arbeit an der Beziehung. Unerlässlich für den Erfolg sind intensive Fallbesprechungen mit unterschiedlichen Methoden. Wir ringen immer wieder um die individuelle Ausgestaltung der sozialpädagogischen Begleitung und der Ausbildung.

Zentral erachten wir außerdem, dass sich alle Teilnehmenden, auch jene mit psychischer Erkrankung, als wirkungsvoll erleben. Aus diesem Grund nimmt die Partizipation einen großen Stellenwert ein.

Was wird benötigt?

Für die qualifizierte und professionelle Arbeit brauchen die Fachkräfte Inhouse-Fortbildungen, die auf die Gruppe der Teilnehmenden und die Situation in der Einrichtung zugeschnitten sind. Zusätzlich sind Fallreflexionen mit spezialisierten Stellen unerlässlich. Außerdem halten wir es für unbedingt notwendig, die pädagogischen Konzepte an die Zielgruppe anzupassen.

Kontakt

Diakonie Hasenberg e.V.
Junge Arbeit
Frank Karlsen-Lassof (Betriebsleiter)
Schleißheimer Str. 523
80933 München
Tel. 089 370 038-25
E-Mail: Lasshof@diakonie-hasenberg.de





Heranführen an eine Tagesstruktur

Angebote im Rahmen der Regelangebote der Jugendberufshilfe

Rudolf Schulz (ProBeruf GmbH, Hannover)

Die ProBeruf GmbH ist eine Jugendhilfeeinrichtung in Hannover, die arbeitslosen oder von Arbeitslosigkeit bedrohten Jugendlichen und jungen Erwachsenen Plätze in verschiedenen Förder- und Ausbildungsmaßnahmen der arbeitsweltbezogenen Jugendsozialarbeit anbietet. Hinzu kommen Beratungsangebote im Übergang Schule-Beruf.

Im Rahmen der nach §45 finanzierten Maßnahmen des Jobcenters werden Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 17 bis 27 Jahren im Übergang von Schule in Ausbildung bzw. Arbeit in den Jugendwerkstätten von ProBeruf gefördert und begleitet.

Vorgesehen ist, dass die Teilnehmenden sechs Monate an den angebotenen Maßnahmen teilnehmen und danach in Anschlussmaßnahmen des Jobcenters, in einen Sprachkurs, in eine Ausbildung oder Arbeit vermittelt werden. Ein Teil von ihnen beginnt eine Therapie. Manche brechen die Maßnahme ab und ihr Verbleib ist unbekannt. In der Regel beträgt die Verweildauer vier Monate.

In welchen Lebenssituationen befinden sich die Jugendlichen?

Die Teilnehmenden weisen zum Teil psychische Auffälligkeiten aus dem Spektrum der Depressionen, Angststörungen, soziale Phobien sowie bipolare Störungen auf. Hinzu kommen Menschen mit Suchterkrankungen. Außerdem gibt es Teilnehmende mit einem Fluchthintergrund, die kriegs- und fluchtbedingte Traumata aufweisen.

Bei einer Zielgruppenauswertung eines Projektes im Jahre 2017 hatten 47 Prozent der Teilnehmenden eine diagnostizierte psychische Erkrankung. 75 Prozent waren/sind drogen-, spiel- oder alkoholsüchtig. Dabei sind männliche und weibliche Teilnehmende gleichermaßen betroffen.

Psychische Auffälligkeiten haben bei den Zielgruppen in den letzten Jahren zugenommen. Besonders auffällig ist eine Zunahme der Sozialphobien, die zum Teil zu längerer Schulabstinenz und starker Vereinsamung führen.

Ziele und Inhalte der Arbeit

Stabilisierung und die Heranführung an eine Tagesstruktur sind die wesentlichen Ziele der Arbeit mit Teilnehmenden mit psychischen Auffälligkeiten. Weiterhin erfolgt bei entsprechender Indikation eine Heranführung an Beratungsangebote sowie die Förderung der Therapiebereitschaft.

Da es sich bei unseren Projekten um sozialpädagogische und nicht um therapeutische Angebote handelt, werden neben der allgemeinen Beziehungsarbeit beraterische und erlebnispädagogische Methoden eingesetzt.

Kooperationen

Seit mehreren Jahren ist bei ProBeruf ehrenamtlich ein Kinder- und Jugendarzt mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung tätig, der bei Bedarf sehr kurzfristig Beratungsgespräche sowohl für Teilnehmende als auch für Mitarbeitende anbietet.

Weiterhin besteht eine Kooperation mit der Institutsambulanz einer psychiatrischen Klinik, die eine schnelle Terminvereinbarung innerhalb von zwei Wochen für uns ermöglicht. Aufgebaut wurde außerdem eine Kooperation mit einer Tagesklinik, u.a. mit dem Schwerpunkt der Arbeit mit Menschen mit Traumata.

Darüber hinaus implementieren wir aktuell das Angebot einer Psychologin und einer Heilpraktikerin für Psychotherapie für Einzel-Sprechstunden sowie Gruppenangebote bei uns im Haus.



Finanzierung

Die Jugendwerkstätten werden finanziert über das niedersächsische Jugendwerkstättenprogramm (ESF- und Landesmittel), die Landeshauptstadt Hannover, das Jobcenter Region Hannover und die Agentur für Arbeit Hannover.

Was wirkt?

Besonders relevant ist der intensive Beziehungsaufbau mit den Teilnehmenden, da nur so überhaupt die Bereitschaft bei ihnen entsteht, offen über ihre Probleme zu sprechen. Hierzu gehören regelmäßige Gespräche, eine durchgehende Ansprechbarkeit der Mitarbeitenden und eine optimistische und wertschätzende Haltung.

Weiterhin zeigt sich, dass die tägliche gemeinsame Arbeit mit den Teilnehmenden in den Qualifizierungswerkstätten hilft, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Auch die erlebnispädagogischen Aktivitäten tragen dazu bei.

Was wird benötigt?

Benötigt werden Fortbildungsangebote für die Mitarbeitenden mit einem Fokus auf die praktische Arbeit mit den Teilnehmenden, die sich auch an die Fachleitenden in den Qualifizierungswerkstätten richten und konkrete Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit den Teilnehmenden aufzeigen.

Kontakt

Pro Beruf GmbH
Rudolf Schulz (Geschäftsführer) und Anja Holmer, (Bereichsleitung)
Eckenerstr. 5A
30179 Hannover
E-Mail: rudolf.schulz@pro-beruf.de
<https://pro-beruf.de>

Pro Beruf ■ ■ ■
| beraten | bilden | qualifizieren





Produktionsschule als Chance

Arbeit mit jungen Menschen im Übergang Schule-Beruf: Ein Fallbeispiel

Andrea Greiner-Jean (Christliches Jugenddorfwerk Nord)

In der Produktionsschule Vorpommern-Greifswald können Jugendliche sich in fünf Produktionsbereichen beruflich ausprobieren und orientieren. Die Teilnehmer*innen arbeiten und lernen in einem der Werkstattbereiche bis zu 40 Stunden in der Woche. Sie haben die Möglichkeit, einen Schulabschluss (Berufsreife) nachzuholen. Gemeinsame Freizeiten in der Gruppe und Veranstaltungen zu politischen, musischen und sportlichen Themen gehören ebenso zum Lernen in der Produktionsschule, wie eine intensive Unterstützung bei der Ausbildungs- oder Arbeitsplatzsuche.

Anhand eines Fallbeispiels wird dargestellt, wie wir in unserer Produktionsschule in der alltäglichen Arbeit mit jungen Menschen mit psychischen Auffälligkeiten arbeiten. Dabei wird exemplarisch deutlich, was unsere Ziele sind und wie wir konkret inhaltlich arbeiten.

Im Fallbeispiel geht es um die 16jährige Lara (Name geändert). Sie besucht eine regionale Schule. Lara hat hohe Fehlzeiten und die Schule beabsichtigte, Lara nach erfüllter Vollzeitschulpflicht aus Klasse acht ohne Abschluss auszusuchen.

Lara, 16 Jahre alt

Laras Schule beabsichtigte eine Ausschulung wegen hoher Fehlzeiten nach erfüllter Vollzeitschulpflicht aus Klasse acht. Sie hätte dann keinen Schulabschluss gehabt. Im Mai des laufenden Schuljahres 2015/16 nahm die Bildungsbegleiterin Kontakt zur Produktionsschule auf und vermittelte zwischen der Mutter, der Therapeutin und uns. Die Schule empfahl Lara die Produktionsschule und es wurde ein Vertrag über ein »Schüler*innenpraktikum« zwischen Lara, der Schule und der Produktionsschule geschlossen. Dies ist vom Kostenträger nicht vorgesehen und bedeutete, dass die Familie

in der Zeit kein Fahrgeld erhalten und Lara auch kein Produktionsschulgeld bekommen hat. Beides konnte erst nach der »richtigen« Aufnahme in die Produktionsschule gezahlt werden. Hier wird deutlich, wie groß auch die finanzielle Not von Lara (im Hartz IV-Bezug) und der Mutter war. Denn die Fahrkarte für die beiden zu überbrückenden Monate kostete jeweils 110 Euro. Nach dem Schüler*innenpraktikum war Laras Vollzeitschulpflicht erfüllt und es erfolgte die Ausschulung. Lara musste durch dieses Vorgehen nicht abwarten und mündete nahtlos in die Produktionsschule über einen ESF finanzierten Platz ein.

Im September 2016 erhielt Lara dann die Zuweisung des Jobcenters für die Teilnahme an der Produktionsschule. Nach 19 Monaten Verweildauer beendete sie im Dezember 2017 mit erworbener Berufsreife erfolgreich das Angebot.

Ziele

Ziel in der Arbeit mit Lara war, dass sie regelmäßig bis zum Schuljahresende im Juli 2017 an der Produktionsschule teilnimmt und 2017 über eine externe Nichtschüler*innenprüfung die Berufsreife erwirbt. Darauf sollte eine Einstiegsqualifizierung mit Berufsschulbesuch folgen und danach eine Ausbildung am Theater Vorpommern als Assistentin im Besucherservice. Eine weitere Option war der Erwerb der Mittleren Reife über die Volkshochschule.

Die konkrete inhaltliche Arbeit

Im September 2016 stellte die Mutter einen Antrag zur Befreiung von der Berufsschulpflicht. Lara war zu diesem Zeitpunkt nicht in der Lage, die Berufsschule zu besuchen, ein BVJ war keine akzeptable Alternative. So wurde der Antrag auf Befreiung vom Schulamt genehmigt. Die Überleitung in die Produktionsschule erfolgte durch die abgehende Schule nahtlos an die Ausschulung. Lara fiel der Einstieg in die Produktionsschule nicht leicht. Sie hatte extrem hohe Fehlzeiten, die aufgrund ihrer psychischen Minderbelastung immer wieder auftraten. Es bestand von Beginn an ein sehr enger Kontakt zur alleinerziehenden arbeitslosen Mutter.

Lara wählte in der Produktionsschule die Textilwerkstatt. Sie brauchte sehr lange, um sich auf die Rahmenbedingungen der Produktionsschule einlassen zu können. Ihr Durchhaltevermögen war extrem gering und stets tagesformabhängig. Sie nahm anfangs nicht an den gemeinsamen Mahlzeiten teil und mied alles, was im Team passierte. Sie artikuliert sich sehr reif und anspruchsvoll, und stieß dadurch in der Gruppe anfangs auf Ablehnung. Am liebsten arbeitete sie allein, grenzte sich offensiv von den anderen ab und forderte immer wieder Sonderbedingungen für sich ein. Es dauerte lange, bis sie Anschluss fand und akzeptiert wurde.

Hohe Fehlzeiten entstanden durch die Tatsache, dass Lara nicht am Schulort wohnte und nicht in der Lage war, den Schulweg (täglich 70 km Fahrt) mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Bus und Bahn) zu bewältigen. Durch die Abhängigkeit vom Fahrdienst der Großeltern und der Verwandtschaft kam es hier immer wieder zu unlösbaren Konflikten. Trotzdem räumten wir Lara ein schrittweises Ankommen ein. D. h. wir reagierten mit flexiblen Arbeitszeiten, motivierten durch Übertragung besonderer Aufgabenstellungen, die sie herausforderten und nutzten die Vertrautheit zum Werkstattpädagogen und der Produktionsschulleitung, um sie immer wieder zu aktivieren. Lob und Anerkennung Dritter waren hier sehr zielführend. Der Werkstattpädagoge übertrug ihr verstärkt Aufgaben und förderte das Miteinander, indem er ihr vorhandenes handwerkliches Geschick gezielt einsetzte, um andere Produktionsschüler*innen in der täglichen Arbeit zu unterstützen. Das brachte ihr in der Gruppe Gleichaltriger zunehmend Anerkennung und Respekt ein.

Disziplinarische Maßnahmen bei Fehlzeiten setzten wir kaum ein. Lara lernte, offen mit ihren Defiziten umzugehen und brachte keine Krankschreibungen, um unentschuldigte Fehlzeiten zu legitimieren. In unserer Produktionsschule kommunizieren wir allen Jugendlichen, dass uns ein ehrlicher Umgang wichtig ist, um vertrauensvoll miteinander arbeiten zu können. Es ist ausdrücklich erwünscht, bei Fehlzeiten wie Zuspätkommen oder Verschlafen trotzdem noch zu erscheinen. Die Jugendlichen sollen ehrlich dazu stehen und keinen Fehltag haben bzw. keinen manipulierten Krankenschein abgeben. Das hat dazu geführt, dass die Anwesenheitspräsenz der jungen Menschen in unserem Angebot gestiegen ist. Die Herausforderung für uns Mitarbeiter*innen besteht darin, mit Augenmaß und pädagogischem Geschick, individuell

und gerecht zu agieren. Denn: Ungleiche gleich zu behandeln halten wir für falsch (Es gibt nichts Ungerechteres als die gleiche Behandlung von Ungleichen.« Paul Brandwein, amerikanischer Psychologe). Lara profitierte von diesem Vorgehen und entwickelte sich kontinuierlich positiv weiter. Sie erhielt Beratungsangebote einer Psychologin in der Produktionsschule und nutzte Konflikttrainings/Gruppentrainings zur persönlichen Stabilisierung.

Lara bereitete sich parallel zur Werkstattarbeit in der Lernwerkstatt auf die externe NSP (NichtSchülerPrüfung) zum Erwerb der Berufsreife 2017 vor und bestand die Prüfung mit einem Durchschnitt von 2,0. Danach absolvierte sie mehrere Praktika am Theater Vorpommern mit gutem Erfolg. Es gelang ihr hier zu überzeugen, die Bereitschaft für eine Einstiegsqualifizierung wurde vom Theater Vorpommern signalisiert. Lara erwarb in der Produktionsschule Berufswahlkompetenz und trainierte Mobilität. Sie begann, den Schulweg allein mit dem Bus zu bewältigen und hatte weniger Fehlzeiten.



Im Juli 2017 beantragte die Mutter die Verlängerung der Berufsschulbefreiung um ein weiteres Jahr. Auch diese wurde genehmigt. Trotzdem bestand das Ziel darin, eine schrittweise Beschulung in der Berufsschule zu trainieren. Im September 2017, nach Erreichen der Berufsreife, drohte erneut der Abbruch. Lara fehlte unentschuldig, der Druck, zur Berufsschule gehen zu sollen und eine Einstiegsqualifizierung zu beginnen, waren zu groß. Wir nahmen Kontakt zu ihrer Therapeutin auf.

Aus der Diagnostik der Therapeutin wurde deutlich, dass Lara erneut über eine Zunahme depressiver Symptome berichtete (Niedergeschlagenheit, Antriebsminderung, Überforderungserleben und Konzentrationschwierigkeiten). Daher sei es ihr nach Einschätzung der Therapeutin derzeit nicht möglich, regelmäßig die Einrichtung des CJD zu besuchen. Ein Abbruch der Maßnahme zum jetzigen Zeitpunkt sei aus psychotherapeutischer Sicht nicht zu empfehlen. Bei Fortbestehen der Symptomatik sollte die Wiederaufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung in Erwägung gezogen werden.

Gemeinsam mit dem Jobcenter vereinbarten wir im Entwicklungsgespräch mit Lara das weitere Vorgehen. Lara äußerte den Wunsch, die Mittlere Reife zu erwerben, nahm Kontakt zur Volkshochschule auf und erhielt eine Zusage für 2018. Um nahtlos den Übergang zu sichern, verblieb Lara bis Dezember 2017 weiter in der Produktionsschule und konnte sich stabilisieren.

Nun besucht Lara seit Januar 2018 die Volkshochschule und bereitet sich gegenwärtig auf die Mittlere Reife 2019 vor. Sie hält immer noch Kontakt zum Werkstattpädagogen.

Fazit aus unserer Sicht

Ohne die Produktionsschule hätte Lara heute keinen Schulabschluss. Sie hat sich zu einer selbstbewussten jungen Frau entwickelt und ihre Chance genutzt. Der lange Atem der Mitarbeiter*innen, die intensive Elternarbeit und das strikte individuelle Vorgehen aus einer Hand ermöglichte Lara diesen Weg gehen zu können.

Kooperationen

Kooperationspartner*innen in der Region sind das Jobcenter, die Berufsberatung, die Tagesklinik der Odebrechtstiftung Greifswald, die Erziehungsberatungsstelle der NBS (Norddeutsche Gesellschaft für Bildung und Soziales gemeinnützige GmbH) und niedergelassene Ärzt*innen und Therapeut*innen in der Region. In der Region existiert ein belastbares Netzwerk unterschiedlichster Akteur*innen, die sich zu Fallbesprechungen treffen und bedarfsweise kooperieren. Hierbei

steht der Grundsatz »Förderung aus einer Hand im Mittelpunkt. Dieser verhindert ein »Zerren« am Jugendlichen. Der Arbeitskreis Jugend-Beruf-Bildung ist ein Bestandteil im Netzwerk. Jährliche Fachtage vernetzen die Akteur*innen und es wird der Bedarf im Sozialraum ermittelt.

Finanzierung

Die Finanzierung therapeutischer Angebote erfolgt über die Krankenkassen. Die Angebote der Produktionsschule erfolgen in Absprache mit den Therapeut*innen und Termine werden auch während der Produktionsschulzeit wahrgenommen mit entschuldigten Fehlzeiten, wenn sie für die Zielerreichung unabdingbar sind.

Was wirkt?

Wenn wir einen erhöhten Bedarf an Hilfen erkennen, greifen diese nur, wenn es uns gelingt, mit dem Jugendlichen die Akzeptanz herauszuarbeiten. Ohne Mitwirkung gelingt keine wirksame und nachhaltige Therapie und auch keine Integrationsarbeit. Wir beziehen die Jugendlichen grundsätzlich mit ein, halten engen Kontakt zum sozialen Umfeld (Eltern, Betreuer*innen, Bezugserzieher*innen) und informieren über alle Schritte. Es geht keine Einschätzung aus dem Haus, ohne dass diese mit den Jugendlichen vorher besprochen wird. Uns ist immer wichtig zu vermitteln: Du triffst die Entscheidung, wir helfen dir, indem wir dir mögliche Konsequenzen von Entscheidungen aufzeigen. Wir begleiten deinen Lebensweg.

Wir vermitteln auch: Sage nicht »nein«, bevor du es ausprobiert hast. Triff deine Entscheidung erst, wenn du es versucht hast. So können die Jugendlichen völlig sanktionsfrei vier Wochen lang in die Produktionsschule kommen, sich alles anschauen, sich ausprobieren und dann entscheiden. Das minimiert den Druck und fördert die Motivation und Freiwilligkeit! Das heißt: Wir begleiten Jugendliche bei Bedarf und auf ihren Wunsch.

Aktive Netzwerkarbeit im Sozialraum ermöglicht uns, geeignete individuelle Hilfsangebote zu vermitteln. Wir stellen als Träger die Familie in den Mittelpunkt und »bauen« Hilffsysteme um die Familie! Dabei nehmen wir Lotsenfunktion ein und kooperieren mit anderen im Sinne des Hilfebedarfs.

Allgemeine Einschätzung zur Entwicklung

In den letzten zwei Jahren hat sich unsere Zielgruppe stark verjüngt. Die Schulabschlussrate sinkt weiterhin. Junge Menschen haben kaum Ideen zu ihrem weiteren Lebensweg. Zwei Drittel der Jugendlichen ist auf Hilfen angewiesen. Resignation ist sehr verbreitet. Junge Menschen erwarten wenig von ihrer Zukunft, finden sich ab und richten sich ein. Eltern schaffen Abhängigkeiten und halten ihre Kinder in der Region »fest«. (z. B.: »Wenn du woanders lernen willst, müssen wir in eine kleinere Wohnung umziehen. Willst du das?«).

Für uns stellen sich Fragen: Warum verlassen jährlich Jugendliche nach mindestens neun Schuljahren unser Schulsystem ohne Abschluss und Anschlussperspektiven? Was hat Schule hier versäumt? Warum kann ein junger Mensch bis in Klasse neun versetzt werden, hat dann aber keinen Abschluss und kann nicht angemessen lesen, schreiben und rechnen? Die Bereitschaft zum Berufsschulunterricht ist häufig nicht vorhanden, denn unser System ist nicht auf die Anforderungen dieser Zielgruppe vorbereitet!



Was wird benötigt?

Junge Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oder Erkrankungen brauchen die besten Pädagog*innen in der Schule. Eine Selektion wirkt sich nur negativ auf die Persönlichkeitsentwicklung aus. Inklusion muss gelebt werden und braucht machbare Rahmenbedingungen und neue Konzepte!

Benötigt werden, neben Empathie und Professionalität im Handeln der Fachkräfte, berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung, klare Strukturen im Arbeitsalltag, sichere und auskömmliche Finanzierungen der Angebote, starke regionale Netzwerke, Akzeptanz des strikten individuellen Ansatzes sowie Vertrauen in die Arbeit von Trägern seitens der Politik und Kostenträger.

Kontakt

Christliches Jugenddorfwerk Nord
Andrea Greiner-Jean (Produktionsschulleiterin)
Dienststelle Insel Usedom-Zinnowitz
Produktionsschule Vorpommern- Greifswald
Leeranerstr. 5, 17438 Wolgast
E-Mail: andrea.greiner-jean@cjdn.de





Emotional stabilisieren und Türen öffnen

Niedrigschwellige Arbeit im Beruflichen Ausbildungszentrum Esslingen

Nicole Strauß und Anette Lang (Berufliches Ausbildungszentrum Esslingen)

Das Berufliche Ausbildungszentrum (BAZ) Esslingen, das an zwei Standorten präsent ist, ist Teil der Berufsbildungswerk Waiblingen gGmbH. Das BAZ bietet Berufsvorbereitung, Ausbildung und Weiterbildung an und ist ein Partner für Betriebe und Firmen in allen Fragen rund um die Ausbildung. Darüber hinaus bietet es jungen Menschen niedrigschwellige Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung an. Auftraggeber und Kostenträger sind in der Regel die Bundesagentur für Arbeit und das Jobcenter des Landkreises Esslingen.

1. MOVE – Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung

MOVE bietet jungen Menschen individuelle Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung. Ein besonderes Zusatzangebot in MOVE ist die Begleitung der jungen Menschen durch den psychologischen Fachdienst. Diese ist in der Maßnahme selbst nicht vorgesehen und finanziert. Sie erfolgt im Rahmen des Projektes »Psychoàlogisch«, das von der Vector-Stiftung gefördert wird.

Mit MOVE sollen Langzeitarbeitslose im Landkreis Esslingen nachhaltig in Ausbildung oder Arbeit vermittelt werden. Oftmals sind die Teilnehmenden dieser Maßnahme psychisch sehr belastet.

Ziel der Arbeit des psychologischen Fachdienstes ist, die jungen Menschen in therapeutischen Einzelgesprächen emotional zu stabilisieren und den therapeutischen und ärztlichen Bedarf abzuklären. Dabei wird eine diagnostische Einschätzung der verschiedenen vorherrschenden psychischen Problematiken vorgenommen und es werden Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zur Herstellung einer emotionalen Stabilität erarbeitet.

Dies erfolgt in manchen Fällen auch in *Kooperation* mit verschiedenen Fachstellen. So wird z. B. eine Vorstellung beim niedergelassenen Psychiater veranlasst oder auch ein Kontakt zu einer spezifischen Beratungsstelle hergestellt.

Bisherige Erfahrungen: Das therapeutische Angebot in der Einrichtung wird von den Teilnehmenden gerne wahrgenommen. Dies liegt vor allem an folgenden Punkten:

- Es handelt sich um ein sehr niederschwelliges Angebot.
- Die Termine können kurzfristig angeboten werden (meist innerhalb von 14 Tagen). Lange Wartezeiten bei externen Stellen überfordern die Teilnehmenden und führen dazu, dass diese unversorgt bleiben.
- Die / der Psychologe*in ist den Teilnehmenden bekannt und kann zuvor in Augenschein genommen werden. Ein erstes ungezwungenes Vorstellen ist jederzeit möglich.
- Positive Erfahrungsberichte der Teilnehmenden untereinander nehmen die Angst vor dem / der Psychologen*in.
- Bei Nicht-Wahrnehmen von Gesprächsterminen führt dies nicht zur Beendigung der Beratung.
- Bei Strukturlosigkeit und Nicht-Erscheinen können Teilnehmende erinnert und abgeholt werden.

Wir beobachten eine Zunahme von Teilnehmenden mit nicht diagnostizierten psychischen Auffälligkeiten. Diese jungen Menschen sind oftmals aufgrund dieser Auffälligkeiten nicht in der Lage, am beruflichen Alltag teilzunehmen. Die begleitenden therapeutischen Gespräche und die fachspezifische Zuweisung zu externen Stellen ermöglicht eine adäquate Behandlung. Dies führt zur Stabilisierung und erhöht die Chance auf eine zukünftige Teilnahme am Arbeitsleben.

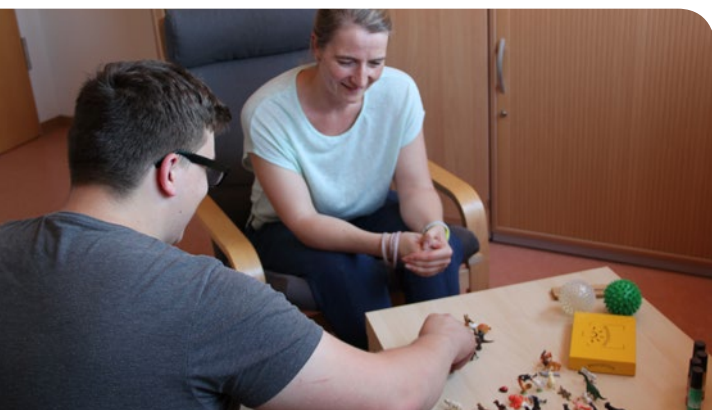
Was wird benötigt? Für eine fachlich fundierte und professionelle Arbeit werden Psychologen*innen mit therapeutischer Zusatzausbildung benötigt. Die Kooperation mit externen Ärzt*innen, Therapeut*innen und Beratungsstellen ist unabdingbar.

Bei Aktivierungshilfemaßnahmen des Jobcenters, die sich an den geschilderten Personenkreis richten, müssen Stellenanteile für Psycholog*innen fest eingeplant werden und mit einer langfristigen Finanzierung abgesichert werden.

2. WorkMobil im Rahmen des Förderkonzeptes GO!ES

Beim Projekt WorkMobil sollen die Lebensverhältnisse der Teilnehmenden stabilisiert werden, um ihre Teilhabe am Arbeitsmarkt zu verbessern. Teilnehmende sollen von der klassischen »Komm-Struktur« zu einer innovativen »Geh-Struktur« aktiviert werden. Das »Aufsuchende Integrationscoaching« mit Anteilen beruflicher Orientierung in den Werkstätten des BAZ Esslingen ist ein so genanntes niederschwelliges Angebot.

WorkMobil findet im Rahmen des Förderkonzeptes GO!ES – Jugendbüros und WorkMobil für benachteiligte und schwer erreichbare junge Menschen nach § 13 SGB VIII und 16h SGBII im Landkreis Esslingen statt (siehe auch <https://baz-esslingen.diakonie-stetten.de/berufsvorbereitung-ausbildung-und-mehr/aktivierung-und-eingliederung/goes-workmobil.html>).



Oftmals sind auch die Teilnehmenden dieser Maßnahme psychisch sehr belastet. Auch hier ist das *Ziel der Arbeit* des psychologischen Fachdienstes, die jungen Menschen in therapeutischen Einzelgesprächen emotional zu stabilisieren und den therapeutischen und ärztlichen Bedarf abzuklären.

Dabei wird ebenso eine diagnostische Einschätzung der verschiedenen vorherrschenden psychischen Problematiken vorgenommen und es werden Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zur Herstellung einer emotionalen Stabilität erarbeitet. In manchen Fällen geht es z. B. auch darum, überhaupt wieder eine Kontaktaufnahme zur Außenwelt anzubahnen oder eine solche zu stabilisieren.

Hier ein *Beispiel aus der Praxis*: Soziale Ängste, depressive Gedanken und Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung machen es einem Teilnehmer unmöglich, vereinbarte Termine in der Einrichtung wahrzunehmen. Bei Hausbesuchen können therapeutische Einzelgespräche geführt werden, ohne dass der Teilnehmer seine gewohnte Umgebung verlassen muss. Er erhält Unterstützung bei der Vereinbarung von Arztterminen und wird zu ärztlichen Untersuchungen begleitet. Gemeinsam können minimale umsetzbare Ziele erarbeitet und kleine Erfolge realisiert werden. So konnte hier u. a. bewirkt werden, dass der Teilnehmende nach mehreren Monaten wieder in der Lage war, die Wohnung zu verlassen.

Durch diese Art der Betreuung werden das Selbstwertgefühl und die Zuversicht der jungen Menschen gestärkt und es kann eine Zukunftsperspektive entwickelt werden.



Wir beobachten eine Zunahme von Teilnehmenden, die aufgrund multipler Problemlagen (psychischer und sozialer Art) nicht in der Lage sind, Termine in der Einrichtung zuverlässig und verbindlich wahrzunehmen. Dies führt dazu, dass die Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten nicht abgerufen werden und die Betroffenen aufgrund Nicht-Erscheinens wieder aus den Maßnahmen abgemeldet werden müssen. Die aufsuchende Tätigkeit im sozialpädagogischen und psychologisch-therapeutischen Bereich kann dazu beitragen diese Zielgruppe zu erreichen, zu stärken und sie langfristig dem Arbeitsleben wieder zuzuführen. Dies ist im Rahmen des Förderkonzeptes GO!ES (nachgelagertes Angebot Work-mobil) möglich.

Was wird benötigt? In Maßnahmen, in denen mit diesen Zielgruppen gearbeitet wird, werden Psychologen*innen mit therapeutischer Zusatzausbildung und Sozialpädagogen*innen gebraucht. Bei den Rahmenbedingungen muss zudem berücksichtigt werden, dass Hausbesuche einen hohen Zeitaufwand erfordern. Dies muss sich in einem entsprechenden Schlüssel für das Zeitkontingent niederschlagen. Damit ein professionelles Arbeiten gewährleistet werden kann, muss ein funktionierendes Netzwerk zwischen den jeweils fachlich zuständigen bzw. fachlich kompetenten Stellen bestehen.

Kontakt

Berufliches Ausbildungszentrum (BAZ) Esslingen
Anette Lang (Bereichsleitung)
Urbanstraße 28
73728 Esslingen
Telefon 0711/931854-230
Anette.Lang@bbb-waiblingen.de-
www.baz-esslingen.com





Individuelles Bildungscoaching für Jugendliche mit Fluchthintergrund

Wege zu einer realistischen beruflichen Perspektive

Maria Giesemann (GESA – Gemeinnützige Gesellschaft für Entsorgung, Sanierung und Ausbildung mbH)

Seit mehr als 20 Jahren gibt die GESA Menschen Arbeit und Perspektive. Jeder Mensch findet hier unabhängig von seiner Herkunft, Konfession oder Vorgeschichte Wertschätzung und Unterstützung – was zählt, sind seine individuellen Möglichkeiten und Kompetenzen.

Die GESA bietet eine große Vielfalt von Beschäftigungsmöglichkeiten in ihren Zweckbetrieben: den Recyclinghöfen, die gleichzeitig auch Annahmestelle für Elektroschrott der Städte Wuppertal und Remscheid sind, dem Holzenergiehof, in dem Waldholz zu Hackschnitzeln und Brennholz verarbeitet wird, und zahlreichen weiteren Projekten, in denen die Teilnehmenden adäquate Arbeitsmöglichkeiten finden.

Berufsorientierung, -vorbereitung und -ausbildung finden junge Menschen bei der GESA vor allen Dingen in handwerklichen Berufen. Schon in den Vorabschlussklassen der Schulen können Jugendliche sich in verschiedenen Berufsfeldern erproben und werden bei der GESA auf dem Weg ins Berufsleben pädagogisch und fachlich begleitet und unterstützt. Beratung, Coaching, Bewerbungstraining und Vermittlung, aber auch spezielle Unterstützung für bestimmte Zielgruppen, wie Alleinerziehende oder Geflüchtete, sind weitere Angebote, die die GESA bereithält.

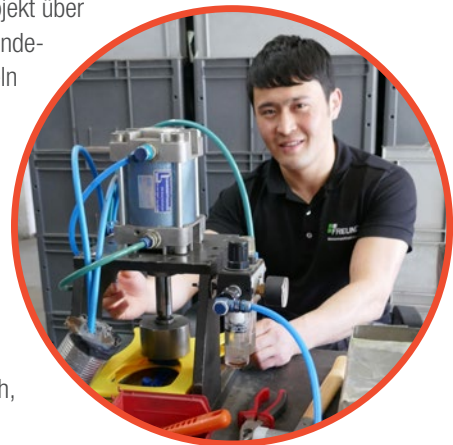
Das Projekt »BiJu – Bildungscoaching für Jugendliche mit Fluchthintergrund« richtet sich an unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, die bei der Berufsorientierung und auf dem Weg in eine Ausbildung unterstützt werden.

Blick in die Praxis

An dem Projekt nehmen *unbegleitete, minderjährige Geflüchtete* teil, die in einem 1:1-Setting bei der beruflichen Orientierung, Ausbildungsplatzsuche und während der Ausbildung begleitet werden. Derzeit (30.04.2019) sind 50 Jugendliche in dem Projekt, die im Durchschnitt 19 Jahre alt sind und entweder zur Schule gehen oder eine Ausbildung absolvieren. Einige wenige Jugendliche haben zurzeit keine Beschäftigung. Seit Beginn der Laufzeit seit Februar 2017 nahmen 82 Jugendliche teil (inkl. der 50 laufenden).

Ein Großteil der Jugendlichen ist traumatisiert, aber nicht immer wurde dies diagnostiziert. Festgestellte Diagnosen sind Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen, Angststörung, Zwangsstörung, Suchterkrankung, Schizophrenie. In der gesamten Projektlaufzeit waren fünf Jugendliche in einer stationären Klinik untergebracht. Ungefähr die Hälfte der Jugendlichen hat im Verlauf der Teilnahme am Projekt über akute Schlafstörungen geklagt, die zu einem unstrukturierten Alltag und damit verbundenem unregelmäßigem Schulbesuch führen. Ein vermehrter Konsum von Rauschmitteln tritt bei ca. 10 Prozent der Jugendlichen auf. Fast genauso viele Jugendliche berichten von Zuständen, die Flashbacks nahekommen.

Insbesondere die Sorge um den Aufenthalt führt bei den Jugendlichen, die einen unsicheren Aufenthalt haben (Duldung/Gestattung) zu einer Krise, in der sie sich hilflos und ausgeliefert fühlen, weil sie die rechtlichen Gegebenheiten nicht nachvollziehen können. In der Phase der beruflichen Orientierung bewegen sich die Jugendlichen in einem Spannungsfeld zwischen der Erfüllung von Anforderungen (eine Ausbildung finden, teilweise um den Aufenthalt zu sichern) und ihrem Wunsch, »einfach nur« junger Erwachsener zu sein.



In der konkreten Beratungsarbeit mit den Jugendlichen zeigen sich folgende Auffälligkeiten:

- Fehlende Tagesstruktur wegen Einschlaf- und/oder Durchschlafstörungen
- Klagen über körperliche Beschwerden, die die Jugendlichen nicht einordnen können
- Mangelnde Konzentrationsfähigkeit
- Negatives Gedankenkarussell und Perspektivlosigkeit, fehlendes Selbstvertrauen
- Alltagsstressoren alleine bewältigen
- Lernschwierigkeiten, die zu schlechten Schulleistungen führen

Ziel des Projektes ist es, eine realistische berufliche Perspektive mit den Jugendlichen zu entwickeln, sie bei der beruflichen Orientierung zu unterstützen und langfristig in eine Ausbildung zu vermitteln.

In dem Projekt wird in einem 1:1-Setting gearbeitet, um auf die individuelle Situation der Jugendlichen einzugehen. In den ersten Terminen geht es hauptsächlich um die aktuelle Situation (Aufenthaltsstatus, Schulbesuch, Wohnsituation). In Gesprächen wird erarbeitet, welche beruflichen Vorerfahrungen vorliegen und welche Wünsche bezüglich der beruflichen Zukunft bestehen. Bei sprachlichen Schwierigkeiten wird Bildmaterial eingesetzt. Zur beruflichen Erprobung werden Praktika organisiert. Vorstellungsgespräche werden begleitet.

Kooperationen und Netzwerkarbeit

In dem Projekt findet eine enge, rechtskreisübergreifende Abstimmung mit Partnern der Jugendhilfe statt: dem Jugendamt als Auftraggeber, mit Trägern erzieherischer Hilfen bzw. mit der Wohneinrichtung, mit der Schule als dem Lebensmittelpunkt der Jugendlichen, ggf. mit dem Vormund sowie nach Bedarf mit Sozialleistungsträgern bezüglich Förderangeboten

zur beruflichen Integration. Das Thema Gesundheit fällt in den Zuständigkeitsbereich des Trägers erzieherischer Hilfen, d.h. die Anbindung an einen Therapeuten wird durch diese geleistet. Dennoch erfolgt eine enge Abstimmung, weil die psychische und physische Gesundheit ein entscheidender Faktor bei der Berufswahl ist.

Die Finanzierung

Das Projekt wird als Angebot nach §13 SGB VIII über den Landschaftsverband Rheinland finanziert.

Was wirkt?

Ein wesentlicher Faktor ist das Vertrauensverhältnis zwischen den Pädagog*innen und dem/der Jugendlichen, außerdem die kontinuierliche Begleitung durch eine*n Ansprechpartner*in. Für die berufliche Integration der Geflüchteten ist außerdem die Vermittlung von Kenntnissen über das Bildungssystem und die Anforderungen einer Ausbildung wichtig, um größtmögliche Transparenz zu schaffen. Insbesondere während der Begleitung in den ersten Ausbildungsmonaten ist ein enger Kontakt sehr bedeutend, um die Jugendlichen stetig zu ermutigen und bei Rückschlägen aufzubauen.

Bisherige Erfahrungen

In der bisherigen Projektlaufzeit hat sich gezeigt, dass unbegleitete minderjährige Geflüchtete gerade in der Phase der beruflichen Orientierung sehr vulnerabel sind. Sie werden mit Anforderungen konfrontiert, die sie teilweise nicht erfüllen können und haben meist keine ausreichenden Ressourcen, diesen zu begegnen. Insbesondere während der ersten Ausbildungsmonate sind unbegleitete Geflüchtete stark überlastet, haben große Selbstzweifel, die teilweise zum Abbruch der Ausbildung führen, weil sie durch Vermeidungsverhalten auftretenden Schwierigkeiten aus dem Weg gehen. In der bisherigen Projektlaufzeit von fast zweieinhalb Jahren kann von einer Zunahme von psychischen Belastungen während der Phase der beruflichen Orientierung und in der Ausbildung berichtet werden.

Was wird benötigt

Für eine qualifizierte und professionelle Arbeit mit der Zielgruppe werden seitens der Mitarbeitenden Kenntnisse über psychische Auffälligkeiten benötigt, um diese einordnen zu können. Auch auf Seiten der Betriebe und Berufsschullehrkräfte ist eine Sensibilisierung für die Zielgruppe der jungen Geflüchteten als Auszubildende wichtig. Für die Geflüchteten ist ein schnellerer Zugang zu ambulanter Therapie notwendig. Außerdem wird Sprachmittlung benötigt, um die Jugendlichen umfassend über das Bildungssystem und Anforderungen in der Ausbildung zu informieren.

Kontakt

GESA – Gemeinnützige Gesellschaft für Entsorgung, Sanierung und Ausbildung mbH
Maria Giesemann (Fachbereichsleitung Kinder, Jugend und Familie)
Hünefeldstraße 14a
42285 Wuppertal
Tel. 0202/28110-150
www.gesaonline.de/projekte-angebote





Arbeit in multiprofessionellen Teams mit zielgruppengerechten Methoden

Reha spezifische berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme beim CJD Berlin

Rebecca Lehmann und Yvonne Conradt (Christliches Jugenddorfwerk Berlin-Brandenburg)

Das Christliche Jugenddorfwerk Berlin bietet im Rahmen des »Regelbetriebs« eine Reha spezifische berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme (Reha BvB) im Rahmen der vergleichbaren Einrichtung nach § 51 SGB IX an.

In der Berufsvorbereitung werden junge Erwachsene im Alter zwischen 17 und 27 Jahren mit unterschiedlichen Förderbedarfen begleitet. Neben Lernbeeinträchtigungen und/oder chronischen Erkrankungen haben eine Mehrzahl der Teilnehmer*innen psychische Auffälligkeiten in verschiedenster Ausprägung. Das Spektrum reicht von beginnenden oder bereits manifestierten Verhaltensauffälligkeiten über den Verdacht auf bzw. bereits diagnostizierte psychische Erkrankungen wie z. B. Depression, bipolare Störung, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeiten oder Asperger-Autismus bis hin zu psychischen Beeinträchtigungen im Akutstadium oder Mehrfachkomorbidität (mehrfache Begleiterkrankungen).

Was soll erreicht werden?

Die Berufsvorbereitung hat allgemein das Ziel, für Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen den Einstieg bzw. Wiedereinstieg in das Berufsleben zu erleichtern oder erst zu ermöglichen. Insbesondere soll die Berufswahl und Berufsorientierung unterstützt werden. Voraussetzungen für die erfolgreiche Aufnahme einer Berufsausbildung oder Arbeit sollen geschaffen werden, die durch die Schulbildung alleine nicht erreicht wurden.

Um dieses Ziel zu erreichen ist es für den jungen Menschen vorrangig notwendig, eine psychische Stabilität zu erlangen und Strategien im Umgang mit psychischen Auffälligkeiten/Beeinträchtigungen zu entwickeln. Es ist erforderlich, eine Abgrenzung zwischen medizinischer Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben vorzunehmen.

Blick in die Praxis

Für die berufliche Orientierung und fachpraktische Erprobung arbeiten die jungen Erwachsenen nach einer Eignungsanalyse mit Kompetenzanalyseverfahren in folgenden Berufsfeldern:

- Wirtschaft und Verwaltung
- Handel und Verkauf
- Mediengestaltung
- Gastronomie und Hauswirtschaft
- Metall- und Zweiradtechnik
- Farbe und Raumgestaltung

Die Teilnehmer*innen werden darüber hinaus intensiv vom CJD-eigenen psychologischen, ärztlichen und sozialpädagogischen Dienst beraten und begleitet. Dies erfolgt recht unterschiedlich und individuell.

Kooperationen

Im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Versorgung innerhalb der Berliner Bezirke existieren je nach Wohnort und Bedarf unterschiedliche Kooperationen mit den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), Angstambulanz, Psychiatrien, sozialpsychiatrischen Diensten (SPD), Berliner Krisendiensten, Kontakt- und Beratungsstellen, Früherkennungs- und Therapiezentrum für beginnende psychotische Erkrankungen (FeTZ), Präventions- und Therapiezentrum für bipolare Störungen und Fachärzten und Psychotherapeut*innen.





Finanzierung

Die behindertenspezifische Berufsvorbereitung ist ein Angebot in der vergleichbaren Einrichtung gemäß § 51 SGB IX und wird nach verhandeltem Kostensatz pro Teilnehmer*in und Monat der Anwesenheit bezahlt.

Allgemeine Einschätzung zur Entwicklung

Die Zielgruppe der psychisch Beeinträchtigten steigt stetig an. Die Erfahrungen zeigen, dass die Komplexität der Einschränkungen und Förderbedarfe zunimmt.

Die langfristige Begleitung und Betreuung einer steigenden Anzahl von jungen Menschen wird immer notwendiger – häufig auch über die vorgegebene Förderdauer einer Maßnahme hinaus. Ferner müssen die angebotenen Berufsfelder kontinuierlich speziell für Menschen mit psychischen Erkrankungen (und meist hohem Bildungsstand) angepasst und erweitert werden.

Was wird benötigt?

Zwingende Voraussetzungen für eine zielführende und erfolgreiche Arbeit sind multiprofessionelle Teams, die mit zielgruppengerechten Methoden arbeiten. Solche Teams bestehen aus Ausbilder*innen, Psycholog*innen, Lehrkräften, Sozialpädagog*innen und Bildungsbegleiter*innen. Dazu gehört auch ein ärztlicher Dienst mit Erfahrungen in der Arbeit mit der Zielgruppe und den Krankheitsbildern.

Für eine professionelle Arbeit wird qualifiziertes Personal gebraucht, welches konstant weiter- und fortgebildet wird. Die Fachkräfte müssen sich regelmäßig mit aktuellen Entwicklungen im Fachgebiet der psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen und dem Umgang damit auseinandersetzen.

Bei den Rahmenbedingungen für die Maßnahmen müsste es die Möglichkeit geben, Förderzeiten individuell für diese Zielgruppe zu vereinbaren. Zudem sind Netzwerkarbeit und Kooperationen mit allen Hilfesystemen eine zwingende Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit.

Kontakt

Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands e.V., CJD Berlin-Brandenburg
Rebecca Lehmann und Yvonne Conradt
Sickingenstraße 20–28
10553 Berlin
E-Mail: Rebecca.Lehmann@cjd.de





Was kann ich für dich tun? Was kannst du tun?

BvB und Ausbildung (Reha) mit Angebot für Jugendliche mit ADHS

Cord Dette, Bruno Oberlander, Vera Scheytt und Friederike Strohm (Mariaberg Ausbildung & Service gGmbH)

Die Mariaberg Ausbildung- und Service gGmbH bietet für Jugendliche mit besonderem Förderbedarf ein breites Spektrum von stationärem und ambulant betreutem Wohnen über Schulunterricht und Ausbildung bis zur Beschäftigung in Werkstätten an. Zudem unterstützt Mariaberg als Bildungsträger unterschiedliche Zielgruppen durch Bildungsmaßnahmen sowie besondere Ausbildungen und Berufsschulen bei der Integration ins Arbeitsleben.

Wir haben immer mehr junge Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Berufsvorbereitung und Ausbildung. Die Tendenz ist weiter steigend. Diese Entwicklung führt dazu, dass die Fachkräfte mit großen Herausforderungen und spezifischen Anforderungen konfrontiert sind.

Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme – Reha und Reha-Ausbildung

In der Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme – BvB-Reha und in den Reha-Ausbildungen werden gezielt auch junge Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gefördert. Kostenträger ist die Agentur für Arbeit mit einer Regelfinanzierung nach § 112 ff. SGB III (Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben).

■ Um welche Jugendlichen geht es?

Die Jugendlichen, die in den genannten Maßnahmen gefördert werden kommen mit ganz verschiedenen psychischen Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen zu uns. Diese sind zum Teil auch ärztlich diagnostiziert. Diagnosen unserer

Teilnehmenden bzw. Auszubildenden sind u.a. Autismus-Spektrumsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Bindungsstörung und Zwangsstörung. Teilweise sind diese Diagnosen kombiniert mit einer Lernbehinderung bzw. Lernbeeinträchtigung. Auch eine Suchtproblematik kann damit verbunden sein.

■ Inhalte und Ziele der Arbeit

Generell soll erreicht werden, dass den Teilnehmenden an der BvB-Reha durch Berufsfindung und Berufsvorbereitung ein Zugang in Ausbildung oder Arbeit ermöglicht wird. Bei den Auszubildenden in der Reha-Ausbildung ist das Ziel die Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Neben dem Kennenlernen und der Vermittlung von berufsbezogenen Inhalten steht die Persönlichkeitsentwicklung im Mittelpunkt. Dazu gehören die Förderung und Stabilisierung des Selbstwertes, die Entwicklung eines positiven Selbstbildes, Akzeptanz und Verständnis für die eigene Person, das Erlernen von Stressfähigkeit und der Umgang mit eigenen und fremden Anforderungen. In der Arbeit mit psychisch auffälligen und psychisch beeinträchtigten jungen Menschen ist die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung von besonderer Bedeutung.

In der BvB-Reha wird die Berufsfindung und Berufsvorbereitung sehr praxisbezogen gestaltet und beinhaltet Erprobungen in eigenen Betrieben und Betrieben des ersten Arbeitsmarktes. Ausbildungen bieten wir in 22 Berufen an – sowohl Fachpraktiker*innen-Ausbildungen als auch »Vollausbildungen« (z. B. mit Gesellenabschluss). Diese werden in eigenen Betrieben in Verbindung mit Praktika in der freien Wirtschaft durchgeführt.

In Workshops werden mit den Teilnehmenden darüber hinaus Themen bearbeitet, die zu ihrer Persönlichkeitsentwicklung beitragen und darin unterstützen, dass sie die Anforderungen auf dem Weg in Ausbildung und Arbeit bewältigen können. Inhalte sind z. B. das Führen eines Lebensordners, PC-Kurs, Umgang mit Geld und Schulden, Prüfungsvorbereitung, Teamarbeit, Kundenorientierung und Bewerbungstraining. Weitere lebensweltorientierte Themen sind Verhütung, soziale Netzwerke, Sucht, Mobbing und Gewalt.

■ Kooperationen

Es besteht eine enge Kooperation mit der Mariaberger Berufsschule und öffentlichen Berufsschulen. Zudem finden wöchentliche kurze Termine beim Sozialdienst statt. Dabei geht es um Absprachen mit den Jugendlichen und es wird Überblick über die Woche gegeben (Welche Termine stehen an? Wie lange dauern sie, wie sind die Arbeitszeiten in der Woche? Usw.) Vereinbarungen werden schriftlich getroffen. Außerdem werden regelmäßige Termine mit dem psychologischen Fachdienst vereinbart. Wichtig ist, dass runde Tische mit allen Beteiligten in kurzen Abständen stattfinden und enge Absprachen getroffen werden. Weitere Kooperationen bestehen mit

- der Reha-Berufsberatung und der Arbeitsvermittlung der Agentur für Arbeit,
- öffentlichen beruflichen Schulen (bei Vollausbildungen),
- der Jugendhilfe der Mariaberger Ausbildung & Service gGmbH sowie anderen Jugendhilfeeinrichtungen,
- den Jugendämtern,
- der Sozialpädagogischen Familienhilfe von Jugendämtern,
- den Erwachsenenpsychiater*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychiater*innen in Marienberg,
- der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marienberg,
- dem Zentrum für Psychiatrie Zwiefalten,
- dem Kreiskrankenhaus mit psychiatrischer Abteilung und der Suchtberatung.



■ Was wirkt?

Die Jugendlichen brauchen eine enge Anbindung an Bezugspersonen und wöchentliche Termine. Dabei muss eine enge Kooperation mit dem/der Psychiater*in vor Ort gewährleistet werden. Zu Beginn der Maßnahme sind Termine alle sechs bis acht Wochen notwendig.

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung sind oft nicht in der Lage, acht Stunden durchzuhalten. Daher müssen die Arbeitszeiten angepasst werden. Die Fachkräfte dürfen nicht zu große Erwartungen haben bezüglich der Heilung der Krankheit, sondern mit Hochs und Tiefs rechnen. Sie müssen die Krankheit des Jugendlichen annehmen. Dabei müssen sie sich immer wieder abgrenzen: Verständnis zeigen, den Jugendlichen abholen und dann mit ihm ins Hier und Jetzt gehen und fragen. Was kann ich für dich tun? Wie kannst du die Woche jetzt durchhalten?

Da bei uns lernbehinderte Auszubildende und Personen mit psychischer Erkrankung gemeinsam ausgebildet werden, ist es besonders wichtig, dass Ausbilder*innen oder der Sozialdienst erklären, warum z.B. Person X früher gehen darf als die anderen. Transparenz wird gefördert im Sinne von: Alle haben ihre eigenen besonderen Schwierigkeiten, deshalb gibt es unterschiedliche Bedingungen.

■ Was wird gebraucht?

Um professionell und wirksam arbeiten zu können, werden reha-pädagogisch qualifizierte Ausbilder*innen und Sozialpädagog*innen und Psycholog*innen mit hoher Beratungskompetenz benötigt. Lehrkräfte müssen über sonderpädagogisches Knowhow verfügen. Es besteht ein höherer Bedarf an Fallberatung, Supervision und Fortbildung für die Mitarbeitenden. Zudem ist eine intensive Auseinandersetzung mit den verschiedenen Krankheitsbildern notwendig.

Kontakt:

Mariaberger Ausbildung & Service gGmbH
Bruno Oberlander (E-Mail: b.oberlander@mariaberg.de) und
Vera Scheytt (v.schett@mariaberg.de)
www.mariaberg.de



ADHS-Gruppe für Reha-Azubis

Im Rahmen der Reha-Ausbildung des Fachbereichs Berufliche Bildung bietet Mariaberg eine ADHS-Gruppe für Reha-Azubis an. Die ADHS-Gruppe hat keine gesonderte Finanzierung. Sie wird im Rahmen der fachdienstlichen Versorgung, der psychologischen Betreuung im Rahmen der Jugendhilfe und / oder der Reha-Ausbildung (finanziert durch die Agentur für Arbeit) geleistet.

ADHS ist eine häufig anzutreffende Diagnose der Klientel der Mariaberger Ausbildung & Service gGmbH. In unserer stationären Jugendhilfe liegen die aktuellen Zahlen derzeit bei mindestens 30 Prozent, in der Reha-Ausbildung bei ca. 15 Prozent. Auffällig viele der Diagnostizierten kennen zwar die Bezeichnung ADHS, haben aber wenig bis sehr wenig Wissen über ihre ADHS und was dies für sie bedeutet.

Zielgruppe des Projektes sind Reha-Auszubildende in unserem Fachbereich Berufliche Bildung, bei denen eine ADHS diagnostiziert wurde. Durchgeführt wird das Projekt von einer Psychologin und einem Soziologen. Beide sind Mitarbeitende unseres Fachdienstes.

Was soll erreicht werden?

Psychoedukation, also der Erwerb von krankheitsspezifischem Wissen, gilt seit längerem und nicht nur bezogen auf ADHS als eine der zentralen Methoden, die Situation der Betroffenen nachhaltig zu verbessern. Damit Psychoedukation bei den Betroffenen auf fruchtbaren Boden fällt, ist zunächst eine Akzeptanz der Diagnose und die damit einhergehende Einsicht des »Anders-Seins«⁴⁶ zwingend erforderlich. Hierfür gibt es ein spezifisches Gruppenangebot für Azubis (Alter 16–21 Jahre).

In dieser Gruppe wird mit den Teilnehmenden ein nachhaltiges Verständnis für die ADHS erarbeitet. Die Teilnehmenden lernen, sich mit den vor allem in Bezug auf die Ausbildung auftretenden Schwierigkeiten und Problemen der Diagnose ADHS auseinanderzusetzen. Sie erlernen Methoden zur Impulssteuerung und erarbeiten Handlungsalternativen sowie Methoden, die präventiv genutzt werden können, um Stressoren zu minimieren. Dies unterstützt die Teilnehmenden dabei, das angestrebte Ausbildungsziel und eine nachhaltige Verbesserung ihrer Lebenssituation aktiv zu erreichen.

Herangehensweisen und Methoden

Aktuell nehmen fünf junge Auszubildende an der ADHS-Gruppe teil. Je Treffen wird gemeinsam mit Mitarbeitenden des Fachdienstes ein zentrales Thema zu ADHS bearbeitet. Dabei folgt der Ablauf immer einer gleichen Struktur. Zunächst wird in einer Ampelrunde anhand der einfachen Ampelmetapher (grün= gut, gelb = geht so, rot = schlecht) die aktuelle Befindlichkeit besprochen. Dieser Einstieg erweist sich als hilfreich, da ADHS-Betroffene oft wenig geübt darin sind, ihre aktuelle Gefühlslage wahrzunehmen, geschweige denn diese anderen mitteilen zu können.

Es folgt eine kurze Vorstellung und ggf. Erklärung des aktuellen Themas durch die Fachdienstmitarbeitenden. Eine offene Frage- und Austauschrunde, in welchen Situationen und Kontexten die Teilnehmenden mit der aktuellen Thematik bereits konfrontiert waren, schließt daran an. Die Fachdienstmitarbeitenden geben anschließend einen kurzen Input zum jeweiligen Thema. Hierauf baut die Erarbeitung möglicher Lösungsstrategien oder alternativer Handlungsmöglichkeiten auf. Dabei erhalten die Azubis die Möglichkeit, ihre eigenen, bisher erfolgreichen Handlungsstrategien einzubringen, die dann ggf. seitens der Fachdienstmitarbeitenden mit den aus der einschlägigen Fachliteratur bekannten und bewährten alternativen Handlungsmöglichkeiten ergänzt werden⁴⁷. So hatte die ADHS-Ausbildungsgruppe im Jahr 2019 zum Beispiel folgende Themen:

⁴⁶ Denn, so die Hypothese, ADHSler haben vor allem Probleme mit der Passung zwischen Eigenwahrnehmung (Selbstbild) und der Beschreibung/Wahrnehmung des Umgebungssystems (Fremdbild). Hier verstehen die ADHSler oftmals nicht oder nur anteilig, weshalb das eigene Verhalten für das Umgebungssystem befremdlich, störend oder gar provozierend gewirkt haben kann. Gleichzeitig sind auch die Personen der Umgebungssysteme oft nicht in der Lage, ADHS-spezifische Verhaltensweisen eher als Ausdruck der ADHS denn als absichtliches und bewusstes Verhalten einzustufen und entsprechend zu handeln. Systemiker sprechen daher in Bezug auf eine ADHS von einem Bio-psycho-sozialem-Interaktionsphänomen.

⁴⁷ Aus dieser Perspektive betrachtet folgt das hier vorgestellte Angebot der Idee der kognitiven Verhaltenstherapie in Gruppensettings.



- Störungswissen ADHS
- Ziele (Bogenschießen)
- Kontrolle Wut & Frust
- Aufgabenstrukturierung => Kalender
- Lernen und Behalten
- Medikamente, Diagnose, Therapie
- Widerstand gegen Versuchung
- Anders-Sein
- ADHS und andere Probleme (Lernbehinderung, Angst, Sucht)
- Freundschaft/Partnerschaft
- Umgang mit Chaos (Finanzen etc.)
- Behauptung der eigenen Unabhängigkeit/Akzeptanz einer Autorität/Lernen, zu verhandeln

■ Kooperationen

Da einige der Azubis in einer Wohngruppe der stationären Jugendhilfe leben, ist eine enge Kooperation mit dem Fachbereich Wohnen der Jugendhilfe der Mariaberger Ausbildung & Service gGmbH gegeben und notwendig. Das hier beschriebene Angebot ist Teil eines umfassenderen ADHS-Konzepts, zu dem insgesamt drei (nach Alter unterteilte) Gruppenangebote, die Möglichkeit von Einzelcoachings sowie Schulungen und Informationsveranstaltungen für die Umgebungs-systeme (Ausbilder*innen, Lehrkräfte, Eltern, Wohngruppenmitarbeitende etc.) gehören.

■ Was wirkt?

Folgende Aspekte stellten sich dabei als hilfreich bzw. weniger hilfreich heraus:

- Ort und Durchführung im Rahmen der Ausbildung
- Einzelne Themen bzgl. ADHS können intensiv beleuchtet werden (max. 30 min.); lange oder sehr umfangreiche Inputs sind nicht hilfreich
- Reflexion eigener als problematisch erlebter Situationen in Bezug auf ADHS
- Teilnahme basiert auf Freiwilligkeit (allerdings sind die jungen Erwachsenen verpflichtet, bei Nichtteilnahme in die Berufsschule oder zum Arbeiten zu gehen); eine strenge, lehrerhafte Anleitung hilft nicht
- Grundsätzliches Festhalten an einem Curriculum (Themen), aber flexibel gestaltbar; Themen unflexibel und wie geplant durcharbeiten, ohne Eingehen auf Tagesverfassung und aktuelle Bedarfe etc. hilft nicht



- Ab 16 Jahren sinnvoll
- Eine Person leitet an, zweite Person ergänzt ggf.
- Sechs Klient*innen maximal
- Einladender Raum bzw. Willkommenskultur (Kaffee, Wasser, Kekse)
- Max.45–60 Minuten, ggf. (längere) Pausen ermöglichen
- Erlebnispädagogische Aktionen wie Klettern oder Bogenschießen einbauen
- Neue Medien gezielt einsetzen
- Handy als Hilfsmittel einbauen bzw. vorstellen (z.B. als Erinnerungshilfe kann gut eine entsprechende Kalender-App genutzt werden) und Handynutzung während der Einheiten zulassen
- Konkrete Methoden zur Alltagserleichterung mit den jungen Erwachsenen durchsprechen und ausprobieren
- Ampelrunde (Gefühlsrunde) zum Einstieg als wiederkehrende Struktur
- Gruppe (mit Namen) ermöglicht eine positive Assoziation mit und Sicht auf ADHS, das Gefühl des Verstanden-Werdens mindert seelische Verletzungen
- Teilnahme auf ein Jahr beschränken, dann (wenn nötig) Coaching

■ Einschätzung zur Entwicklung

Eine kleine Evaluation der bisher durchgeführten ADHS-Gruppe ergab, dass durch dieses Angebot ein positiver Zugang zum Thema ADHS ermöglicht wurde. Die Vermittlung von Grundbegriffen und -wissen zum Thema ADHS gelang und die Azubis konnten selbst erlebte Probleme reflektieren. Jede Einheit, die bei den jungen Menschen zur Entspannung führte (z. B. indem sie verstehen konnten, weshalb sie sind wie sie sind oder Ideen bekamen, wie sie zukünftig anderes agieren können) erlebten die Betroffenen als hilfreich.

Bei konkreten Problemen bzw. bei einem konkreten Wunsch nach nachhaltiger Veränderung des eigenen Handelns ist dieses Gruppenangebot nicht ausreichend und muss durch ein Coaching sowie durch eine Schulung oder Beratung des Umgebungssystems (Ausbildende, Lehrkräfte, Mitarbeitende, Erziehungsberechtigte etc.) ergänzt werden. Denn es zeigte sich, dass seitens der Ausbilder*innen oder Mitarbeitenden zunächst wenig Verständnis für das neue Vorgehen der Jugendlichen gezeigt wurde (z. B. das Zimmer beim Aufräumen oder die Bearbeitung von Lerninhalten in kleine Einheiten einzuteilen und zunächst nur diese zu erledigen). Hier kann die Vermittlung der Methoden, die die jungen Erwachsenen in dem ADHS-Gruppenangebot lernen, an die entsprechenden Personen der Umgebungssysteme hilfreich sein.

■ Was wird benötigt

Die durchführenden Mitarbeitenden benötigen ein fundiertes Wissen über ADHS sowie mögliche alternative Handlungsoptionen in den für ADHS-Betroffene schwierigen Lebenssituationen. Eine klare systemische Grundhaltung ist hilfreich, um in den Gruppensitzungen ressourcenorientiert, wertschätzend und wohlwollend auf die Eigenartigkeiten und Verhaltensweisen der von ADHS betroffenen Auszubildenden mit Ruhe und Gelassenheit reagieren zu können.

Kontakt:

Mariaberger Ausbildung & Service gGmbH
 Cord Dette (E-Mail: c.dette@mariaberg.de)
 und Friederike Strohm (E-Mail: f.strohm@mariaberg.de)
 www.mariaberg.de





Partizipation und Teilhabe erreichen

Jugendhilfe: Persönlichkeitsentwicklung und tagesstrukturierende Angebote

Gabriele Zikoll (Diakonische Jugend- und Familienhilfe Kästorf GmbH)

In der Jugend- und Familienhilfe Kästorf werden junge Menschen von Kindesbeinen an begleitet. Wir sind da, wenn Hilfe und Beratung für Kinder, Jugendliche und ihre Familien notwendig werden. Hilfe ist im elterlichen Haushalt möglich. Es kann aber auch sein, dass die Hilfe mit einer (zeitweisen) Trennung von Eltern und Kind bzw. Jugendlichen einhergeht. Mit etwas Abstand kann sich die Situation entspannen, sodass ein neues Miteinander wieder möglich wird.

Viele der Jugendlichen, die in einer unserer Wohngruppen leben, starten von hier aus in eine eigenständige Zukunft. Wir helfen Familien, Eltern und jungen Menschen dabei, dass dieser Weg gemeinsam gelingt. Unsere pädagogischen Fachkräfte begleiten die Kinder und Jugendlichen und deren Eltern in allen Fragen des Lebens und des Erwachsenwerdens.

Ein niedrighschwelliges Angebot im »Regelbetrieb« der Jugendhilfe ist das »Förderzentrum – eine Tagesstrukturierende Maßnahme im Rahmen der Jugendhilfe«. Rechtsgrundlage dafür sind die §§ 27 ff und 35a SGB VIII (in Verbindung mit § 13 SGB VIII). Im Förderzentrum werden auch Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen gefördert.

Wir beobachten eine Zunahme von Jugendlichen mit einer psychischen Störung – wobei der Anteil der schwer bindungsgestörten Jugendlichen überproportional zunimmt. Bindungsarbeit steht oft im Vordergrund bevor Bildungs- oder Qualifizierungsziele angegangen werden können.

Um welche Jugendlichen geht es?

Die jungen Menschen im Alter ab vierzehn Jahren kommen mit sehr unterschiedlichen Beeinträchtigungen, die fünf verschiedenen Bereichen zugeordnet werden können.

1. Jugendliche mit psychiatrischen Störungsbildern (klassifiziert nach ICD 10):
 - Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10, F12, F13, F15 – F19)
 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20 – F29)
 - Affektive Störungen (F30 – F39)
 - Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40 – F48)
 - Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F54, F55, F59)
 - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60 – F69)
 - Entwicklungsstörungen (F80 – 89)
 - Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in Kindheit/ Jugend (F90 – F99)
2. Jugendliche mit hohem pädagogischen Förderbedarf, z. B. bei Schulabsentismus bzw. Leistungsverweigerung
3. Jugendliche mit Förderplan entsprechend § 69 NSchG, Praktikum statt (Berufs-)Schule
4. Jugendliche, bei denen (noch) keine Ausbildungsreife vorliegt, bzw. welche die Anforderungen einer Maßnahme der Agentur für Arbeit noch nicht erfüllen können (u.a. mindestens 35 Stunden wöchentlich). Die Leistung dient als Vorbereitung für eine solche Maßnahme oder Integration in eine Schule oder einen Schulkurs.
5. Jugendliche, die mittelfristig aufgrund einer diagnostizierten seelischen Behinderung keine Ausbildungsreife erlangen können, nicht in der Lage sein werden, eine Arbeitnehmer*innen-tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen und die auf einen Übergang in eine Werkstatt für seelisch behinderte Menschen (WfsbM) vorbereitet werden

Ziele der Arbeit

Der von Jugendlichen mit Hauptschulbildung »traditionell« begangene Weg in qualifizierte Erwerbsarbeit – die Aufnahme einer betrieblichen Berufsausbildung unmittelbar im Anschluss an die Pflichtschulzeit – wird nur noch von einer Minderheit der Absolvent*innen der Hauptschulen bewältigt. Dies trifft erst recht auf Abgänger*innen aus Förderschulen zu. Insbesondere der direkte Einstieg in eine Ausbildung nach Beendigung der Pflichtschulzeit gelingt benachteiligten Jugendlichen bzw. Jugendlichen mit einem Handicap immer seltener.

Im Ausbildungsverlauf zeigt sich, dass sich die Quote der Vertragsauflösungen in den Berufen für Menschen mit Behinderungen seit 2004 mit steigender Tendenz deutlich über der Quote von Vertragsauflösungen bei den anerkannten Ausbildungsberufen bewegt (vgl. Nationaler Bildungsbericht »Bildung in Deutschland 2018«). Für die Autor*innen des Bildungsberichts ergibt sich daraus die zwingende Schlussfolgerung, dass es für benachteiligte bzw. von Behinderungen betroffene Jugendliche und junge Erwachsene eine zielgerichtete Unterstützung im Übergang von Schule in das Arbeitsleben geben muss. Nur so kann ihnen eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht werden.

Ausbildungsbetriebe bzw. Maßnahmen der Agentur für Arbeit stellen an die sozialen und emotionalen Fähigkeiten des genannten Personenkreises Anforderungen, die von ihnen noch nicht erfüllt werden können.

Das übergeordnete Ziel unseres Hilfeangebotes im Förderzentrum ist zu ermöglichen, dass die Jugendlichen ein größtmögliches Maß an sozialer Partizipation erreichen. Um dieses Ziel zu erreichen, wird entsprechend den besonderen Förderbedürfnissen, an der Nachreifung der Persönlichkeit sowie der Lern- und Leistungsentwicklung gearbeitet. Erreicht werden soll auch eine Steigerung der Belastungsgrenzen im Bereich der beschäftigungsorientierten Tagesstruktur sowie der Leistungsfähigkeit. Weitere Ziele sind die Reduzierung von eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten und die größtmögliche Integration in Regelschulsysteme und Qualifizierungsbereiche.

Im Förderzentrum arbeitet ein multiprofessionelles Team in enger Abstimmung mit dem jeweiligen Betreuungssystem, der Fachbereichsleitung Berufliche Bildung sowie dem therapeutischen / psychologischen Dienst an der Umsetzung der Hilfeplanung des jungen Menschen. Das Unterscheiden von störungsbedingten Symptomen bzw. Reaktionen auf erlebte Traumatisierung von Verhaltensdefiziten ist eine Kompetenz der Multiprofessionalität.

Gemeinsam mit dem jungen Menschen werden die (beruflichen) Ziele entsprechend den individuellen Ressourcen und Fähigkeiten entwickelt und in seiner Qualifizierungsplanung festgehalten.

Spezifische Zielsetzungen der Arbeit im Förderzentrum sind:

- Langsames Heranführen an eine Tagesstruktur (z.B. nach Klinikaufhalten und/oder längerer Schulabstinenz)
- Entwicklung sozialer, kommunikativer und/oder emotionaler Fähigkeiten, um im Arbeitskontext bestehen zu können
- Verbesserung der Integrations- und Anpassungsfähigkeit
- Förderung handwerklicher Fertigkeiten, Vermittlung von Arbeitstechniken
- Verbesserung von Grob- und Feinmotorik
- Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit
- Steigerung des Durchhaltevermögens und der allgemeinen Leistungsfähigkeit
- Förderung von Verantwortungsübernahme
- Aufbau von Selbstbewusstsein und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten
- Entwicklung realistischer individueller Zukunftsperspektiven
- Wiedereingliederung in Schule, Überleitung in Qualifizierung, Ausbildung oder geförderte Maßnahmen z. B. der Agentur für Arbeit

Herangehensweisen, Methoden und Instrumente

Mit jedem jungen Menschen wird gemeinsam mit den Gruppenpädagog*innen eine *Qualifizierungsplanung* erstellt, die mit SMARTen (spezifisch messbaren akzeptablen realistischen und terminierten) Zielvorgaben und -überprüfungen in die Gesamt-Hilfeplanung mit einfließt. Dazu gehört die *Ressourcenermittlung*. Individuelle Fähigkeiten und Ressourcen werden durch Testverfahren, Leistungsbeobachtung und/oder Fähigkeitsanalyse (z. B. MELBA) innerhalb der ersten zwei Monate nach Aufnahme und während der Praktika ermittelt. Die Ergebnisse und Erkenntnisse dienen als Grundlage für die *Schul- bzw. Berufswegeplanung*. Einmal im Monat wird mit den jungen Menschen in Form einer standardisierten Selbst- und Fremdeinschätzung Bilanz gezogen und diese dokumentiert. Das *Bilanzgespräch* dient den jungen Menschen als Orientierungshilfe und zur Reflexion des Standes der Zielerreichung.

Für die *Alltagsgestaltung* wird für jeden Jugendlichen ein *Wochenplan* erstellt. Dieser setzt sich aus Pflichtmodulen, individuell frei wählbaren Modulen zu feststehenden Zeiten und individuell frei wählbaren Tätigkeiten zusammen. Hier ein Beispiel:

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag		Freitag	
08:30	Ankommen						
09:00	Morgenrunde*						
09:15	Sport in der Sporthalle*	Fahrradwerkstatt	14-tägig Metall- und	Therap. Reiten, Reiterhof in Pässe	Video-Interaktions-training (VIT)	Wochenreflektion, Praktikumsauswertung, Aufräum- und Reinigungsarbeiten*	
10:00							
10:15	Pause						Pause
11:00	Sport in der Sporthalle*	Fahrradwerkstatt	Schmiedearbeiten		Körper / Wahrnehmung / Aktivierung (KWA)		
11:30							
12:00	Mittagspause bzw. Beschäftigungsende						
13:00	z. B.: Schulische Hilfen, Hauswirtschaftliche Angebote, Kreatives Gestalten mit unterschiedlichen Materialien, Aktivierungsmodulen (Gartenarbeit, Renovierungsarbeiten, kleine Umzüge usw.)						
14:00							
14:15							
15:00							
16:00							

■ Feststehende Angebotszeiten ■ Individuell abgesprochene Inhalte *Pflichtmodul

Jede*r Teilnehmer*in wählt aus den freien Modulen mindestens zwei aus (z. B. Fahrradwerkstatt und Körperwahrnehmung, -aktivierung), die dann in der Regel für fünf Termine verpflichtend sind. Danach wird neu ausgewählt. Die frei wählbaren Tätigkeiten aus einer Palette von Angeboten können täglich wechseln, vorausgesetzt die Tätigkeit ist zu Ende gebracht worden. (z. B. Herstellen eines Deko-Artikels aus Holz, Pflege eines Gartenabschnittes). Der Zeitumfang wird individuell in der Hilfeplanung festgelegt und ist damit auch verpflichtend.

Jeden Tag findet die *Morgenrunde* statt. Hier werden Belange des täglichen Ablaufs, der Aufgabenverteilung und des Zusammenarbeitens besprochen. Ebenso werden Kritikpunkte, Wünsche und Anregungen etc. hier aufgegriffen, erörtert und Lösungen erarbeitet.

■ Förderung der Persönlichkeitsentwicklung durch spezifische Angebote

In die Gesamt-Hilfeplanung gehören als wesentliche Elemente auch Angebote zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung. Wichtig ist dabei die systemische Sichtweise, die das Lebensumfeld und die individuellen Voraussetzungen jedes Teilnehmers / jeder Teilnehmerin einbezieht. Die Angebote können ganz unterschiedlicher Art sein. Hier Beispiele aus der Arbeit in der Jugend- und Familienhilfe Käßdorf:

- Stabilisierung des jungen Menschen durch individuell angepasstes Stunden- und Lernpensum
- Ressourcenorientierte und multidimensionale Förderung durch ergotherapeutische und arbeitstherapeutische Methoden
- Sportliche Aktivitäten
- Interaktion in Kleingruppenarbeit
- Video-Interaktions-Training
- Therapeutisches Reiten

- Körperwahrnehmung und Aktivierung (KWA)
- Training von Konzentration und Ausdauer (praktische und theoretische Aufgaben)
- Individuelle, nach Zeitumfang und Inhalt an die Qualifizierungsplanung angepasste Stundenpläne

Zur Vorbereitung auf eine Ausbildung können die Jugendlichen sich in kleinen *Projekten* z.B. in den Bereichen Holz, Farbe, Metall, Garten und Fahrradwerkstatt ausprobieren und sich praktische Fertigkeiten aneignen. Auch wird schulischen Basiswissen nachgeholt und geübt und es werden Bewerbungstrainings angeboten.

In verschiedenen *Praktika* erfolgt ein abgestuftes und begleitetes Herantasten an verschiedene Beschäftigungsfelder. So besteht die Möglichkeit für ein Tagespraktikum (»Schnupperpraktikum«), ein Wochenpraktikum in verschiedenen Gewerken bzw. Betrieben oder stundenweiser Besuch des Hauptschul- bzw. Realschulkurses.

Eine gezielte Förderung der Ausbildungsreife / Maßnahmereife erfolgt durch Trainieren von Schlüsselqualifikationen, Fachpraxis in einer Kleingruppe unter spezifischer Anleitung, durch schulische Hilfen und Bewerbungstraining. Die *Dokumentation der Fortschritte* wird festgehalten in der

- Individuelle Qualifizierungsplanung (QP) mit regelmäßiger Zielüberprüfung (smart) und Fortschreibung (alle 3 Monate)
- Selbst- und Fremdeinschätzung (monatlich)
- Praktikumsbeurteilung bei den mindestens einwöchigen Praktika

Verweildauer und Beendigung der Maßnahme

Die Teilnahmedauer an der Maßnahme kann sehr unterschiedlich sein. Aufgrund des individuellen Störungsbildes und dem daraus sich ergebenden Hilfe- und Unterstützungsbedarf können es einige Wochen, aber auch bis zu eineinhalb Jahren sein. Ausschlaggebend ist dabei die Hilfeplanung.

Die Maßnahme ist beendet, wenn der junge Mensch in eine (Berufs-)Schule, einen Schulkurs, in eine Maßnahme der Agentur für Arbeit, in eine Arbeitnehmer*innentätigkeit bzw. Ausbildung übergeleitet werden konnte. Die Maßnahme wird auch beendet, wenn in der Hilfeplanung Einigkeit darüber erzielt worden ist, dass selbst die individualisierten Anforderungen im Förderzentrum störungsbedingt nicht erfüllt werden können, z. B. wenn ein Klinikaufenthalt Vorrang hat.



Kooperationen

Das Förderzentrum arbeitet bezogen auf die individuelle Situation eines jeden Jugendlichen in enger Kooperation mit den allgemeinbildenden bzw. berufsbildenden Schulen in Gifhorn, mit verschiedenen Gesellschaften / Bereichen der Dachstiftung Diakonie und externen Unternehmen und Betrieben zusammen.

Eine fachkundige Beratung des Förderzentrums erfolgt durch den psychiatrischen Dienst, den Fachdienst Psychologie und die Therapie-Beratung der Einrichtung. Außerdem besteht auch mit der Reha-Beratung der Agentur für Arbeit eine enge Zusammenarbeit.

Finanzierung

Mit dem Landkreis Gifhorn wurde für das Förderzentrum eine Leistungs- und Entgeltvereinbarung abgeschlossen. D.h. mit Vorlage einer Kostenanerkennung können die entsprechenden Kosten für den einzelnen Jugendlichen mit dem jeweiligen Jugendamt abgerechnet werden. Die Verweildauer ist mit dem jeweiligen Ziel in der Hilfeplankonferenz individuell zu vereinbaren, z. B. bis zum nächsten Schuljahresbeginn oder einer Maßnahme der Agentur für Arbeit.

Es werden insgesamt 20 Plätze finanziert, wobei 14 Plätze Jugendlichen mit einem Hilfebedarf nach § 35 a SGB VIII zur Verfügung stehen.

Folgende Personalstellen werden finanziert: Arbeitstherapeut*in / Sozialpädagoge*in/Teamleitung mit 1,0 Vollzeit, Sozialpädagoge*in mit 0,7 Vollzeit, Erzieher*in mit 0,78 Vollzeit und FSJ/BuFDi mit 1,00 Vollzeit. Die Mitarbeitenden verfügen über mehrjährige Erfahrung in der Arbeit mit jungen Menschen, die eine psychische Störung haben.

Was wirkt, was ist kontraproduktiv?

Es ist wichtig, dass auf jeden Jugendlichen entsprechend seinem Hilfe- und Unterstützungsbedarf individuell eingegangen wird. Dies bedeutet zum Beispiel, dass das Tagespensum für den Einen in der Anfangszeit zwei Stunden täglich umfassen kann und für den Anderen aber täglich fünf Stunden auf vormittags und nachmittags verteilt. In der Hilfeplanung muss dem Jugendlichen Zeit eingeräumt werden, sich zu entwickeln und auszuprobieren. Starre Zeitvorgaben sind oftmals kontraproduktiv.

Leider ziehen sich die Jugendämter aus der Finanzierung solcher Leistungsangebote im Rahmen der Jugendhilfe mittlerweile fast vollständig zurück und verweisen auf die Agentur für Arbeit. Das Ziel der Maßnahmen der Agentur ist aber Ausbildung bzw. berufliche Qualifizierung. Daher verweist diese zu Recht darauf, dass es sich um eine pädagogische Maßnahme handelt, für die die Jugendämter zuständig sind. Im Endeffekt bedeutet dieser »Verschiebebahnhof«, dass den jungen Menschen eine notwendige Hilfe verwehrt wird.



Was wird gebraucht?

Um mit dem beschriebenen Personenkreis zielführend zu arbeiten, benötigen die Mitarbeitenden eine hohe Professionalität und fachliche Begleitung durch *Inhouse-Seminare*.

Fachwissen und Erkenntnisse zu psychischen Erkrankungen, Kenntnisse aus der Hirnforschung und deren Relevanz für die Pädagogik werden regelmäßig in Form eintägiger Inhouse-Veranstaltungen geschult.

Hilfreich und notwendig sind auch *kollegiale Beratung, Fallberatung und Supervision*, so z. B.

- Fachberatung durch die Regionalleitung alle vier Wochen
- Fallberatung durch den Psychiatrischen Dienst bzw. den Fachdienst Therapie und Beratung
- Externe Supervision maximal zehnmal pro Jahr für 1,5 Stunden
- Video-Home-Training® /Video – Interaktionsbegleitung nach Bedarf

- Teamentwicklung / Teamtage (jährlich)
- Fragebogenerhebung zur Teamzufriedenheit (jährlich)
- kontinuierliche kollegiale Beratung, Feedback und gegenseitige Rückmeldungen in den Teamsitzungen

Für diese Arbeit werden kreative, handwerklich geschickte oder musisch begabte und flexible Pädagog*innen benötigt, die auch aus dem Stegreif über ein Handlungsrepertoire verfügen. Es kommt häufig vor, dass die Planung einer Aktivität nicht durchführbar ist, weil z. B. die »Stimmung« der Jugendlichen sich geändert hat. Daher brauchen die Fachkräfte *Handlungsspielräume und Ressourcen*.

Für Gruppenaktivitäten aber auch Einzelarbeit muss es Räumlichkeiten geben, die mit unterschiedlichen Materialien ausgestattet sind. Die Möglichkeit eine Sporthalle oder einen Sportplatz nutzen zu können, ist sehr wünschenswert.

Kontakt

Diakonische Jugend- und Familienhilfe Kästorf GmbH (DJFK)
 Im Verbund der Dachstiftung Diakonie
 Gabriele Zikoll
 Fachbereich Berufliche Bildung
 Hauptstraße 51
 38518 Gifhorn
 Tel.: 05371/ 721-237
 Fax: 05371/ 721-316
 E-Mail: g.zikoll@kaestorf-jugendhilfe.de
www.diakonie-kaestorf.de



Diakonische
Jugend- und Familienhilfe
 Kästorf



ADHS und berufliche Bildung

Oder: Von der Schwierigkeit, sein Leben »auf die Reihe zu kriegen«

Günter Buck (Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit)

Das Thema Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) in der Jugendsozialarbeit steht zwar nicht oben auf der Agenda, doch in der Geschäftsstelle der BAG EJSA ist ADHS schon seit vielen Jahren durchaus im Blick. Der Autor dieses Beitrags war und ist in gewisser Weise auch an der bundespolitischen Entwicklung der Thematik mit beteiligt. Beispielhaft sind nachfolgend einige Aktivitäten genannt.

Auf Initiative der BAG EJSA trafen sich im November 2008 im Rahmen einer Kooperationsveranstaltung mit dem zentralen adhs-netz⁴⁸ Expert*innen zum Thema Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) in der beruflichen Bildung und beruflichen Rehabilitation. Hintergrund des Fachgesprächs war die Problematik, dass es eine große Versorgungslücke in der Altersgruppe der von ADHS betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen gibt. In den Bereichen des Übergangssystems Schule-Ausbildung, beruflicher Rehabilitation und beruflicher Bildung in der Jugendhilfe befinden sich erfahrungsgemäß relativ viele Personen, bei denen ADHS entweder noch nie diagnostiziert wurde oder aber nicht umfassend behandelt wird. ADHS-Betroffene unterliegen in erhöhtem Maße dem Risiko, an den gestiegenen Anforderungen im Alltag und im weiteren Lebensweg zu scheitern – mit der Folge der Gefährdung der beruflichen und sozialen Integration. Am Fachgespräch nahmen zehn Vertreter*innen von Seiten der Leistungserbringer sowie von Seiten der Kostenträger bzw. der Jugendhilfe teil.

⁴⁸ Das zentrale adhs-netz wurde 2003 mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit aufgebaut. Hauptziele des Netzwerkes sind die Förderung eines umfassenden Gesundheitsmanagements für Menschen mit ADHS und bessere Informationen für die Öffentlichkeit durch eine zentrale Plattform. Eine enge Vernetzung mit Berufs-, Fach- und Selbsthilfeverbänden erfolgt in einem interdisziplinären Beirat. Ein Beirat regionaler Netze, der sich aus Vertreter*innen regionaler Versorgungsnetze zusammensetzt, formuliert die Interessen und Bedürfnisse der regionalen Netze, berät die Leitungsgruppe und gibt Anregungen zur Weiterentwicklung des zentralen adhs-netzes (siehe auch www.zentrales-adhs-netz.de).

Festgestellt wurde, dass ADHS immer noch kein Grund für eine Reha-Maßnahme zur Förderung der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe ist, obwohl Betroffene sehr wohl vom Ausschluss dieser Teilhabe extrem bedroht sind. Die Lobby für ADHS (im Vergleich zu Autismus, Epilepsie, und anderen Erkrankungen) ist noch viel zu gering, weil es nach wie vor ideologische Auseinandersetzungen gibt und zum Teil auch das wissenschaftlich anerkannte Wissen in den unterschiedlichsten Feldern noch zu gering ist.

Konsens bestand u.a. darin, dass es einen erheblichen Bedarf an spezifischer Unterstützung von ADHS-betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 17 bis 27 Jahren gibt. Auch treten Versorgungsprobleme und -schwierigkeiten auf verschiedenen Ebenen auf – so z.B. Schnittstellenprobleme zwischen den Leistungsträgern und strukturelle Probleme innerhalb der verschiedenen beteiligten Systeme. Konkret sind das z. B. eine viel zu geringe Facharztdichte; unzureichende Finanzierung professioneller spezialisierter Diagnostik und Therapie, Zuweisungsprobleme zu stationärer Versorgung und fehlende teilstationäre Angebote. Auch gibt es keine Kostenerstattung für notwendige Medikamente für Jugendliche ab 18 Jahren (off-label-Problematik) und eine unzureichende Finanzierung von Forschung und Aus- und Weiterbildung.



Eine konkrete Folge aus dem Fachgespräch war ein von der BAG EJSa initiiertes Sondierungsgespräch beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit der Absicht, ein Modellprojekt »Berufliche Rehabilitation junger Erwachsener mit ADHS« zu initiieren. Dies sollte analog zu dem vom damaligen BMGS von 2002 bis 2008 geförderten ADHS-Modellprojekt bei den Berufsbildungswerken erfolgen. Aufgrund der komplizierten Situation der Projektpartner (BAG BFW, zentralem adhs-Netz/Wissenschaft) konnte das Projektvorhaben leider nicht umgesetzt werden.

Der Autor ist auch Mitglied im Beirat regionaler Netze des zentralen adhs-Netzes und war an zwei vom zentralen adhs-netz beauftragten Arbeitsgruppen aktiv beteiligt. Erstellt und publiziert wurden dabei die beiden Eckpunkte-Papiere »ADHS und Schule« (Juni 2008) und »ADHS und Jugendhilfe« (November 2010). Die Papiere können unter www.zentrales-adhs-netz.de/ueber-das-netz/taetigkeit/arbeitsgruppen/ abgerufen werden.

Auf persönliche Einladung war auch die Teilnahme an der Statuskonferenz des damaligen BMGS im Dezember 2014 möglich. Das erste Eckpunktepapier des Ministeriums von 2002 wurde nun mit den Ergebnissen dieser interdisziplinären Statuskonferenz und mit Unterstützung von 17 Fachverbänden des interdisziplinären Beirates des Zentralen ADHS-Netzes, als BMGS-Papier »Eckpunkte zur Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland« (2016), veröffentlicht.

Neben der Netzwerkarbeit basieren die folgenden Ausführungen auch auf Erfahrungen aus rund 20 Jahren Tätigkeit als Dozent und Trainer im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen für pädagogisch und therapeutisch tätige Fachkräfte in Jugendhilfe und Jugendberufshilfe-Einrichtungen bundesweit, sowie Inhouse-Schulungen in Berufsbildungswerken. In diesem Rahmen wurde auch der Aufbau eines ADHS-Arbeitsschwerpunktes in einem Berufsbildungswerk begleitet und mit Intensiv-Supervision für komplizierte Fallkonstellationen unterstützt.

Mit ADHS das Leben auf die Reihe kriegen⁴⁹

Bewegungsfreudige, leicht ablenkbare und impulsive Kinder sind uns allen wohlbekannt. Und im Berufsbildungsalltag, insbesondere in Einrichtungen der beruflichen Integrationsförderung / Jugendberufshilfe, kommt es nicht selten vor, dass

⁴⁹ Der nachfolgenden Ausführungen basieren auf Veröffentlichungen des Autors in der Zeitschrift Evangelische Jugendhilfe 89.Jg., Heft 1, Febr. 2012, S. 97–102. sowie dem Fachbeitrag von Buck, G./Buck, H. E. (2004): Aikido – eine körperorientierte Ergänzung in der multimodalen Behandlung von ADHS. In: Fitzner, T./Stark, W. (Hg.): Doch unzerstörbar ist mein Wesen... Diagnose AD(H)S – Schicksal oder Chance? Beltz; Weinheim/Basel, S.239–259.

Jugendliche und junge Erwachsene durch ihre Verhaltensweisen und Ausdrucksformen auffallen (siehe auch den Beitrag »Was kann ich für dich tun? Was kannst du tun?« auf Seite 96 in diesem Heft). An der Tagesordnung sind Fragen wie: Was ist noch normal? Ist der oder die bei uns überhaupt am richtigen Platz? Wie geht man angemessen mit besonders »schwierigen« jungen Menschen um?

Obwohl der aktuelle wissenschaftliche Standard die entwicklungspsychologische Relevanz der ADHS bis ins Erwachsenenalter anerkennt, bleibt es doch häufig eine Expert*innen-Diagnose. Es fehlt nach wie vor an Kenntnis der vielen Seiten einer ADHS, auch beim Fachpersonal, sodass die betroffenen Jugendlichen oder jungen Erwachsenen oft lange »verkannt« werden, bis sie eine effektive therapeutische Unterstützung erhalten. Um was es dabei konkret geht, wird im Beitrag von Dr. Jan Frölich eindrücklich beschrieben.

Folgende kurze Falldarstellungen Jugendlicher und junger Erwachsener in Einrichtungen soll die Bedeutung für die betroffenen Menschen (und die Gesellschaft) anschaulich zeigen und für die Notwendigkeit eines spezifischen Fachwissens der beteiligten Berufsgruppen sensibilisieren.

Die ersten drei beschriebenen Personen wurden, als »letzte Chance«, einer Expertin (ADHS-spezialisierte Psychotherapeutin) vorgestellt.

■ Mahmut, 17 Jahre alt, männlich

Mahmut (Name von der Redaktion geändert) wird als erstes Kind einer türkischen Migrantenfamilie geboren. Der Vater arbeitet seit 20 Jahren als Gabelstaplerfahrer in einem deutschen Betrieb, die Mutter kümmert sich um die Familie und spricht nur wenige Worte deutsch. Bereits im Kindergarten gibt es Sprach- und Merkprobleme. Mahmut kommt nach der ersten Grundschulklasse in eine Förderschule und beendet diese nach der 9. Klasse mit einem durchschnittlichen Abschluss. Zurzeit ist er in einem Berufsausbildungswerk (BAW) in Ausbildung, dabei jedoch massiv überfordert. Daher soll er in eine berufsvorbereitende Maßnahme (BvB) zurückgestuft werden, um mehr Zeit zu haben, seine entwicklungsbedingten Defizite und Lernlücken aufzuarbeiten. Dagegen wird von der Arbeitsagentur eine unterstützende Beschäftigung (UB-Maßnahme) angeregt.

Vorstellungsanlässe waren vor allem sein kindliches Verhalten, seine seelische Entwicklungsverzögerung, seine rigiden Denk- und Verhaltensweisen sowie seine extreme Ablenkbarkeit und Unruhe.

Wie es dann weiterging: Mahmut ist jetzt in einer BvB und nicht in einer UB-Maßnahme. Ein psychologisches Gutachten war notwendig, um die Arbeitsagentur zu überzeugen. Mahmut hat sich inzwischen erheblich verbessert und ist hoch motiviert, eine Ausbildung in der Einrichtung anzuschließen. Nach anfänglicher Skepsis stimmte die Familie einer Medikation zu.

■ Murat, 19 Jahre alt, männlich

Murat (Name von der Redaktion geändert) wird vom psychologischen Dienst der Einrichtung an die externe Psychologin verwiesen. Er erhält eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme (BvB). Sein Berufsziel ist Automechaniker, am »besten« beim Daimler«. Vor sechs Monaten stellte eine Kinder- und Jugendpsychiaterin bei ihm eine aus ihrer Sicht nicht behandlungsbedürftige ADS ohne Hyperaktivität (ICD: F 98.8) fest. Es wurde ein Beruf empfohlen, bei dem er »sich im Freien abarbeiten« könne, beispielsweise als Gärtner. Eine Medikation würde nichts bringen. Einrichtungsintern wird berichtet, er sei schnell an der Leistungsgrenze, habe dazu aber wenig Problemeinsicht. Auch sei er schnell gekränkt, wenn Ausbilder ihn anmahnen (»Man motze ihn nur an.«). Er habe Fehltage wegen Arbeitsverweigerung und sei bei Konflikten mit anderen Jugendlichen schnell »auf 180«. Er könne sich im Unterricht nicht von anderen abgrenzen, mache Quatsch, zeige völlig unangemessenes Verhalten, die Lehrerin würde »angemacht«, er fliege öfter raus und fühle sich ständig ungerecht behandelt.

Murat sei ein »netter Kopf«, wird berichtet. Er sei flexibel und engagiert, wenn Initiative gefragt sei, auch sei er kooperativ, wenn man ihn zum richtigen Zeitpunkt erwische. Er habe ein gutes Potential, stehe sich selbst aber im Weg. Er wolle keine Medikamente und meine selbst, er habe keine ADHS, sonst hätte er ja auch eine Behandlung erhalten.

Vorstellungsanlass: In der Einrichtung will man erreichen, dass Murat überhaupt einmal über sein Verhalten ein Gespräch führt, doch das lehnt er bisher strikt ab. Ziel sei, dass er überhaupt irgendeine Art von Ausbildung erhalte und diese nicht sabotiere.

Wie es weiterging: Murat erhielt die richtige Diagnose (ICD-F 90.0) und eine medikamentöse Begleitbehandlung, unter der er richtig aufblühte«. Er konnte erstmals seinen »Leidensdruck beschreiben, hielt sich von Konflikten fern und konnte in einem knappen Dreivierteljahr regelrecht nachreifen. Es gelang ihm auch tatsächlich der Schritt in eine anerkannte Daimler-Niederlassung. Er strahlt jedes Mal, wenn er in seinem blauen Anton mit dem Mercedes-Stern zum Coaching kommt.

■ Sascha, 19 Jahre alt, männlich

Sascha (Name von der Redaktion geändert) wurde bereits viereinhalbjährig in diversen Universitätskliniken und Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) vorgestellt. Vom Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden im Schulalter die Diagnosen »Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens« (F 90.1) und »Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten« (F 81.3) gestellt, nach der Pubertät mit progredienter dissozialer Persönlichkeitsentwicklung. Er ging auf die Förderschule für schwer erziehbare Kinder und erhielt Stimulanzen bis zum Schulabschluss. Anschließend besuchte er die Sonderberufsfachschule und BvB. Zurzeit befindet er sich in einer Werker-Ausbildung als Bäcker.

Vorstellungsanlässe waren eine massiv mangelnde Konzentration im Unterricht, schlechte Noten, oppositionelles Störverhalten, anamnestisch mäßiger Nikotingenuss, regelmäßiger Alkoholgenuss (Wodka, Bier, Red Bull /Wodka), öfter kurz vor dem Vollrausch. Sascha findet das ganz normal (»betrunken bin ich nie«). Bisher zeigt er keine Problemeinsicht und steht kurz vor dem Rauswurf aus der Einrichtung. Die Mutter behindert eine selbständige Entwicklung und lehnt eine Medikation trotz intensiver Aufklärung strikt ab. So lehnt auch Sascha eine Medikation, die er dringend nötig hätte, ab, weil »meine Mam es nicht will«.

Wie es dann weiterging: In den wenigen Beratungsstunden, auf die Sascha sich einließ, konnte ihm zumindest deutlich gemacht werden, dass er in der jetzigen Firma gut aufgehoben ist und er sich in einigen Punkten zurücknehmen muss. Er wurde dann auch von seinem Ausbildungsbetrieb übernommen. Ein Angebot, sich extern in einer Wohngruppe pädagogisch betreuen zu lassen, um selbständiger zu werden, lehnt er vorläufig noch ab.

Drei weitere Beispiele aus Intensiv-Supervisionen in einem Berufsbildungswerk (BBW) verdeutlichen, mit welchen komplizierten biographischen Verläufen ADHS-betroffene junge Menschen zurechtkommen müssen.

■ Annika, 16 Jahre alt, weiblich

Annika (Name von der Redaktion geändert) befindet sich zurzeit in einer BvB-Maßnahme in einem BBW und wohnt bei der Mutter und dem Stiefvater. Als sie drei Jahre alt war, verließ der Vater die Familie. Mit sieben Jahren bekam sie einen Stiefvater. Das Verhältnis sei gut, berichtet sie, aber zu Hause nerve sie die Mutter. Die Mutter will sich bei ihr durchsetzen, ist im Gespräch mit der Tochter oft laut, teilweise hysterisch.

Schulischer Werdegang: Als Integrationsschülerin war Annika in einer erweiterten Realschule (Hauptschulzweig mit Schulbegleitung). In der Schule habe sie soziale Probleme gehabt, trotz Integrationshelferin. Sie sei dort geärgert, gemobbt und ausgegrenzt worden.

Auffälligkeiten und Symptome, die auf ADHS hindeuten, sind Konzentrationsprobleme, motorische Unruhe, impulsive Ausbrüche und oppositionelles Verhalten vor allem in der zurückliegenden Schulzeit. Sie hat kein Gefühl dafür, dass sie

ein Gespräch unterbricht, sagt oft Sachen, die ihr in den Sinn kommen, ohne nachzudenken und nimmt sich Dinge von Anderen. Sie hat Probleme, sich an Regeln zu halten; ist aggressiv und wird handgreiflich (gegenüber Jugendlichen) in Form von Petzen, Kratzen und Schlagen.

Annika gibt an, dass ihr aggressives Verhalten ausgelöst wird, wenn man sie beim Nachnamen ruft, wenn man sie nervt oder wenn man versucht sie festzuhalten. Im Gespräch bekundet sie immer ihre Bereitschaft, der anderen Person ins Gesicht zu schlagen. Das hätte sie früher immer so gemacht und würde es auch weiter tun. Macht man sie auf Fehler bzw. Vergehen aufmerksam, versteckt sie ihr Gesicht hinter ihrer Jacke, einer Decke oder einem Kissen und sagt mit Nachdruck, dass sie nicht mehr zuhören oder dass sie ihren Bruder anrufen, der hole sie hier raus. Bittet man sie zu einem Gespräch, kann es vorkommen, dass sie wegläuft. Während eines Gesprächs verliert sie den Faden und schweift ab. In ihrem Zimmer sieht es zeitweise chaotisch aus.

Aktueller diagnostischer Stand: Es wurde eine Kombination von Asperger Autismus und ADS festgestellt. Der Grad der Behinderung wird mit 60 % benannt. Die Stärke-Schwäche-Analyse von den Fachkräften ergab folgendes Bild:

	Stärken	Schwächen
Ausbildung	Bemüht sich, die ihr gestellten Aufgaben zu erfüllen.	Desinteressiertes, lustloses Arbeiten, erkennt keinen Sinn; kein Bemühen, sehr leicht ablenkbar, zeigt schwache Ergebnisse aufgrund mangelnder Konzentration, zeigt sowohl grob- als auch feinmotorisch wenig Geschick; bemüht sich, die ihr gestellten Aufgaben zu erfüllen, kann aber Arbeitsanweisungen und Kritik nur schwer umsetzen, wehleidig.
Schule	Mathe: Grundkenntnisse vorhanden. Gute Ergebnisse in den Bereichen: Lesen, Sehen und Ertasten, Hören und Abschreiben.	Macht was sie will; arbeitet kaum mündlich mit; verweigert die Mitarbeit; nervt ihre Mitschüler*innen, zeigt kindliches Verhalten, trotzig, weigert sich Aufgaben zu machen.
Internat	An guten Tagen: Freundlich, auch hilfsbereit, kooperativ, gesprächsbereit, gute Ausdrucksweise, höflich.	An schlechten Tagen: Stimmungsschwankungen, Unordnung, aggressiv; wird handgreiflich, mangelnde Kritikfähigkeit, nervt ihre Mitbewohner*innen, hält sich nicht an Regeln.
Freizeit/ Sonstiges	Recht gutes Krankheitsverständnis, aktives Freizeitverhalten mit Reiten und Tanzen, was ihr sehr gut tut.	Während eines Gesprächs mit der Mutter meinte diese, dass es für ihre Tochter besser wäre, wenn sie zwischen Wohnort und BBW pendeln würde.

Aktuelle therapeutische Maßnahmen: Medikation (Medikinet retard) unter Aufsicht, da sie das Medikament fast nie von sich aus nimmt. Wenn sie die Medikamente nicht nimmt, wird sie unaufmerksamer, unruhiger und oppositioneller als unter den Medikamenten. Sie zeigt aggressives und impulsives Handeln sowie autoaggressive Tendenzen.

■ Rebecca, 18 Jahre alt, weiblich

Rebecca (Name von der Redaktion geändert) befindet sich zurzeit in der Ausbildung zur Fachlageristin in einem BBW.

Schulischer Werdegang: Rebecca hat einen Hauptschulabschluss. Anschließend besuchte sie die Berufsschule (Hauswirtschaft) ohne Abschluss, danach das IPBI (Individualpsychologisches Bildungsinstitut). Vor Beginn der Ausbildung war sie in einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme (BvB).

Auffälligkeiten und Symptome, die auf ADHS hindeuten, sind körperliche Unruhe, Zappeligkeit, Einschlafen im Unterricht und permanenter Handygebrauch. Sie ist aufbrausend, leicht reizbar und hat Fluchttendenzen, wenn sie sich ungerecht behandelt fühlt. Weitere Merkmale: verbal vulgär, sozial unreif, unverständlich, diskutiert ständig. Sie ist unzuverlässig und morgens vor allem an ausgelasteten Tagen unpünktlich, um nicht mitfahren zu müssen. Rebecca hat einen Entwicklungsrückstand von zwei Jahren. Von Beginn an hatte sie zahlreiche Männergeschichten. Wurde mehrfach aus dem Unterricht entfernt (Schlägereien, fällt Lehrern ins Wort, lässt andere nicht ausreden), hatte einen Alkoholvorfall nach der Schule. Sie ist gegenüber anderen Maßnahmeteilnehmer*innen distanzlos und konfrontativ. Sie verweigert

Arbeitsaufträge. Daher wurde ihre Probezeit mit einem Verhaltensvertrag verlängert. Sie meckert an allen Freizeitaktivitäten herum und heischt nach Lob. Sie übernimmt keine Verantwortung, schiebt Schuld stets auf andere ab. Auch bei externen Ärzten ist sie aufmüpfig und ungeduldig, schimpft laut über »die Saftläden«, so dass Hausverbote drohen, Insgesamt ist sie stark ablenkbar und braucht klare Grenzen und klare Ansagen.

Aktueller diagnostischer Stand: Es wurde eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen festgestellt, außerdem eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens und eine Lernbehinderung. Die Stärken-Schwächen-Analyse von den Fachkräften zeigt folgendes Bild:

	Stärken	Schwächen
Ausbildung	Mitteilsam, kommunikativ, kompetenter Umgang mit Medien.	Ungeduldig, unzuverlässig, siehe auch oben genannte Auffälligkeiten.
Schule	Fordert Stütz- und Förderheiten ein.	Siehe auch oben genannte Auffälligkeiten. Konzentration ist nach einigen Minuten schon weg, Gedächtnis ist schwach, kann Termine nicht organisieren (ist z. B. von angekündigten Klassenarbeiten immer wieder überrascht).
Internat	Zimmer ist ordentlich, persönliche Hygiene ist okay.	Siehe auch oben genannte Auffälligkeiten. Will im Mittelpunkt stehen und Aufmerksamkeit notfalls auch über negatives Verhalten erregen, die Gruppe beschwert sich über sie. Beschuldigt andere provokant. Es ist unklar, ob sie ihre Medikamente zuverlässig einnimmt.
Sonstiges	Ihr Sprachstil ist ihr bewusst, positive Entwicklung seit Verhaltensvertrag v. a. im Medizinischen Dienst und in der Schule, sie wird etwas höflicher und hält sich so langsam an die Regeln.	Siehe auch oben genannte Auffälligkeiten. Kein Verständnis für und kein Einfühlungsvermögen in andere.

Aktuelle therapeutische Maßnahmen: Rebecca erhält die Medikamente Medikinet adult und Risperidon, zudem eine Facharztmedikation mit einem mittelstarken antipsychotischen Mittel mit psychomotorisch dämpfendem Effekt.



■ Tanja, 26 Jahre alt, weiblich

Tanja (Name von der Redaktion geändert) macht zurzeit eine Fachwerker-Ausbildung GaLaBau (Blumen und Zierpflanzen) in einem BBW.

Als biographische Angaben wurden genannt: Adoptivkind, kam mit einem Jahr in die jetzige Adoptivfamilie, hat keinen Kontakt zu den leiblichen Eltern. Soweit eruiert verliefen Geburt, Sprachentwicklung, Sauberkeitserziehung ungestört. Es gibt keine Hinweise auf Vorerkrankungen. Aus einer Aktennotiz gehen Misshandlungen und Verwahrlosung im frühesten Kindesalter hervor. Differenzen mit den Adoptiveltern wegen ihres Erscheinungsbildes (bizzares Verhalten, auffällige Frisur, Kleidung und Schmuck) und der Beziehungen, die ihre Tochter eingeht. Die Adoptivmutter ist Lehrerin, der Adoptivvater pensionierter Bundeswehroffizier. Tanja ist regelmäßig beim Psychotherapeuten außerhalb der Einrichtung. Die Eltern sorgen sich um ihre Tochter, haben i.d.R. festen Kontakt und stehen hinter ihr. Dennoch zeigen sie ein ambivalentes Verhalten. Es kam auch schon zum Rauschmiss von zu Hause. Tanja weiß jedoch, dass die Türen immer offen sind. Der Vater ist emotional wärmer, der Mutter fällt es schwer, zu akzeptieren, dass die Tochter eine junge erwachsene Frau ist.

Schulischer Werdegang: Während der Hauptschule erhielt Tanja einen Schulverweis wegen verbaler und tätlicher Übergriffe auf Mitschüler*innen. Den Hauptschulabschluss schaffte sie nach einer berufsvorbereitenden Maßnahme bei einem Bildungsträger. Es folgte eine Ausbildung zur Pferdewirtin an einer Berufsfachschule. Die Prüfungen hat sie dreimal nicht bestanden. Die vierte Testung wurde ihr zugestanden, sie trat aber wegen Prüfungsjängsten nicht an. Danach machte sie ein Praktikum als Pferdewirtin; arbeitete als Aushilfskraft beim Globus-Markt, es folgte Arbeitslosigkeit, dann hatte sie einen Job als Zeitungsausträgerin. Bei einem Vorstellungsgespräch in einem BBW zeigte sie ein heftiges emotionales Verhalten und wurde abgelehnt. Von der Arbeitsagentur bekam sie die Auflage, eine Psychotherapie zu machen.

Es erfolgte dann doch die Aufnahme in das BBW, wo sie eine Berufsfindung und eine Übergangsqualifizierung im Gartenbau absolvierte und anschließend die Ausbildung zur Werkerin im Gartenbau begann.

Auffälligkeiten und Symptome, die auf ADHS hindeuten, sind eine hohe Ablenkbarkeit/Aufmerksamkeitsstörung, Schwierigkeiten, sich auf Gespräche zu konzentrieren, Impulsdurchbrüche, Risikoverhalten, Ticks und Selbstgespräche. Konzentriertes Arbeiten ist bei Fokussierung möglich. In der Vergangenheit kam es auch selbstverletzendem Verhalten.

Offizieller diagnostischer Stand: Vor vielen Jahren erhielt sie eine ADHS-Diagnose von der Uniklinik (Kinder- und Jugendpsychiatrie). Eine Medikation war wahrscheinlich bereits schon vorher durch den Hausarzt verordnet worden. Im BBW nimmt sie keine Medikamente, obwohl der Wunsch der Eltern zur medikamentösen Therapie besteht. Dies wird von ihr aber abgelehnt. Als weitere Diagnosen sind eine Lernbehinderung (Dyskalkulie als Teilleistungsschwäche) sowie eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik bekannt. Die Stärken-Schwäche-Analyse von den Fachkräften ergab folgendes Bild:

	Stärken	Schwächen
Ausbildung	Gut lenkbar durch Mitarbeiter*innen.	Teamfähigkeit schwierig, fehlende Impulskontrolle.
Internat	Fantasie, Kreativität, gute Lenkbarkeit durch Mitarbeiter*innen, offen für Gespräche, Mobilität (hat einen Führerschein, Radfahrerin).	Überforderung bei der Verselbstständigung, keine Struktur, chaotisch, mangelnde Impulskontrolle; fehlende Ordnung »im Leben«.
Sonstiges	Mutig.	Risikobereit, kann Gefahren nicht einschätzen, Worte reichen zum sich Wehren nicht aus, eskaliert zu Taten, Worte entgleisen.

Der aktuelle Stand: Zurzeit erhält Tanja als therapeutische Maßnahme eine ambulante Psychotherapie. Außerdem wird sie im Berufsbildungswerk psychologisch begleitet.

Fazit

ADHS kann als lebenslange dynamische Regulationsstörung mit Entwicklungsbesonderheiten angesehen werden. ADHS geht in vielen Fällen mit einer hohen Rate an Begleiterkrankungen einher (»ADHS kommt selten allein...«). Deshalb ist eine sehr frühzeitige Diagnosestellung und therapeutische Intervention so wichtig. Ein relevantes diagnostisches Kriterium bei betroffenen Erwachsenen ist die Unfähigkeit, mit den alltäglichen Routinen fertig zu werden, sodass sich oftmals lebenslange Probleme in der Lebensführung herausbilden, die zu einer deutlichen Minderung der Lebensqualität führen können. ADHS ist so gesehen eine für das Umfeld nicht immer ersichtliche Behinderung (hidden disability) und kann in ausgeprägten Fällen ein massives Handicap darstellen, mit dem die Betroffenen und deren soziales und berufliches Umfeld mit der nötigen Aufklärung, aber auch mit Unterstützung, Toleranz und Akzeptanz erst einmal umgehen lernen müssen. Entscheidend ist vom Kindesalter bis in die berufliche Ausbildung hinein, dass der Leidensdruck der betroffenen Personen erkannt und angesprochen wird. Betroffene zeigen manchmal wenig Problemeinsicht (»Man hat ja nichts.« bzw. »Die anderen sind schuld.«). Aber dann werden mit zunehmendem Alter die Schwierigkeiten doch größer und das Vermeidungsverhalten, das die Schwierigkeiten aufrechterhält, chronifiziert.

Es ist wichtig, dass immer auch der medizinische Hintergrund dieser Störung in Blick genommen wird, damit die neurobiologische Situation grundlegend verbessert werden kann. Bei den hier geschilderten auffälligen jungen Erwachsenen ist es mit pädagogischen Maßnahmen alleine nicht mehr getan. Es müssen Ausgangsbedingungen geschaffen werden, die den Betroffenen die Annahme von unterstützenden Angeboten erst ermöglichen.

Im Vorfeld von professioneller Diagnostik und Therapie ist es sinnvoll und auch notwendig, dass innerhalb der Einrichtungen ausgebildete Betreuungspersonen mit anderen Professionen einen engen Austausch pflegen. Die wichtigsten Punkte für eine positive Prognose für ADHS-betroffene Jugendliche und junge Erwachsene sind:

1. Wahrnehmen und Beobachtbarkeit von Verhaltensauffälligkeiten, die randständig oder außerhalb der Normgruppe (exaggeration of normal behaviour) erscheinen.
2. Expert*innen-Diagnose, vorzugsweise von ADHS-erfahrenen Fachärzt*innen oder Fach-Psycholog*innen, die auch den Kindertyp der ADHS kennen.
3. Erkennen und Ansprechen des individuellen Leidensdrucks innerhalb der Einrichtung, sowie psycho-educative Aufklärung über das Störungsbild ohne jedes »Moralin«.
4. Einbeziehen aller mit dem Jugendlichen betrauten Personen in der Einrichtung, in Familie und Ausbildung (Erklärung der individuellen Betroffenheit).
5. Aufnahme einer medikamentösen Behandlung mit Unterstützung aller Beteiligten, auch innerhalb der Einrichtung! Es kann auch erst einmal ein Zeitraum festgelegt werden, innerhalb dessen die Effektivität der Behandlung überprüft wird.
6. Angebote für begleitendes Coaching zu Skills und Alltagsbewältigung oder begleitende Psychotherapie wie einer Verhaltenstherapie zum Aufbau eines positiven Selbstbilds und zur Behandlung von Begleiterkrankungen (Komorbiditäten).
7. Zeitlich begrenzte Aufnahme von externen Spezialist*innen in die Einrichtung, um »Problemfälle« zu diagnostizieren und Gesprächsbereitschaft zu schaffen. Dies ist aus finanziellen Gründen den meisten Einrichtungen nicht möglich.

Die langjährigen Erfahrungen zeigen, dass auch Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen sich Kompetenzen aneignen können, um bereits in Einrichtungen der Jugendsozialarbeit eine begründete Verdachtsdiagnose zu formulieren und diese dann nach außen mit den entsprechenden Fachärzt*innen oder Mitbehandler*innen zu kommunizieren. Dies ist deshalb so wichtig, weil gerade die fachübergreifende Netzwerkarbeit⁵⁰ erheblich zur Verbesserung der Qualität beruflicher Integrationsförderung (und der Lebensqualität insgesamt) beiträgt und hier insbesondere auch zur Chancengerechtigkeit ADHS-Betroffener führt.

⁵⁰ siehe z.B.: Thümmler, R. (2015): ADHS im Schnittfeld verschiedener Professionen. Eine Forschungsstudie zu Zusammenarbeit, Strukturen und gelingender Praxis. Beltz Juventa Weinheim und Basel



Bollwerke der Seele

Für Alle! Notwendiger denn je! – Ein Zwischenruf

Thomas Brendel, (Forum für Bildung und Bewegung, Bad Oeynhausen)

*Wenn dir das Wasser bis zum Hals steht, brauchst du einen Plan.
Wenn du einen Plan brauchst, ist kompetente Begleitung nützlich.
Kompetente Begleiter*innen brauchen ein dickes Fell, Überblick, die Kraft
einer Löwenmutter und sie müssen schlauer sein als eine Straßenkatze –
mit anderen Worten: gesund an Leib und Seele.*

Als Berater und Begleiter gestaltete ich mit Betriebsrät*innen, Kliniken, Teams, Vorgesetzten und Patient*innen Präventionskonzepte und Kriseninterventionsstrategien. Besonders gerne arbeitete ich mit Produktionsabteilungen, sozialen Dienstleistern und autonomen Selbsthilfegruppen. Als QM-Auditor und Therapeut sind mir »beide Seiten« – die der Abeitnehmer*innen und der Arbeitgeber*innen – gut bekannt.

Gesundheitsprogramme in Organisationen: Meine These

In den meisten Gesundheitsprogrammen wird individuell und einseitig argumentiert. Oft wird entweder nur die Belegschaft oder das Klientel angesprochen, selten wird das System einbezogen, in dem sich die Zielgruppe bewegt. Ebenso selten werden die Wurzeln des »Übels« benannt, stattdessen stehen die Ergebnisse, der Gewinn im Vordergrund. Die Angewohnheit, externe Beratung einzuholen für ein »leib- und seelenfreundliches Arbeiten im Betrieb« halte ich nicht nur wegen der hohen Kosten für kontraproduktiv.

Jede Organisation, ob Schule, Krankenhaus oder Pflegeheim, ob Ausbildungsbetrieb oder Kirchengemeinde, haben genug Potenzial, um ein eigenes, auf ihre speziellen Umstände passendes Konzept zur Gesunderhaltung der Mitarbeiter*innenschaft zu erstellen. Das Hausklima, die Fitness und Motivation zur Bewältigung der Aufgaben und ihrer Unabwägbarkeiten und die persönliche Zufriedenheit des Personals ist ein entscheidender Wirkfaktor bei der Bewältigung von pädagogischen und therapeutischen Aufgaben.

Plädoyer für den systemischen Blick

So plädiere ich dafür, die Konzept- und Strategiearbeit für das Thema »Psychische Beeinträchtigungen in den Arbeitsfeldern der Jugendsozialarbeit« vom gesamten Kollegium und Klientelvertreter*innen gemeinsam selbst zu leisten und dies unter Berücksichtigung des jeweiligen einzigartigen Systemkomplexes, bestehend aus Standort, Träger, Führungsstil, Personalschlüssel, Alter, Anfahrt/Schicht-Zeiten, Aufgabenspektrum und weiteren relevanten Aspekten.

Sicher nützlich sind dafür auch Paradigmenwechsel im Qualitätsmanagement und andere Schwerpunkte bei den Exzellenz-Wettbewerben, z. B. echte Mitarbeiter*innen-Zufriedenheit, Betriebswärme, Solidarität und Kritikkultur, Beziehungsfähigkeit und Mut zur Nähe, Weiterbildung mit »Herzenswärme« und Begleitkompetenz.

Wie kann ich Ethik messen?

Arbeitsfeld, Feldbestellung, Saat und Dünger, Bodenpflege, Lebensschutz und gesunde Ernte erfordern in Haltung und Handlung nicht nur an Kennzahlen orientiertes Abarbeiten (sonst ist man selbst schnell abgearbeitet). Sie sind besonders gekennzeichnet durch warmherziges Zuwenden, visionärem Überblick und klare Position in Bezug auf die Aufgabe. Dazu braucht es mehr als Fachwissen und Score-Card-Druck – nämlich Menschen mit eigener Lebenserfahrung, die als Vorbild und Kraftquelle für andere Menschen bereitstehen.

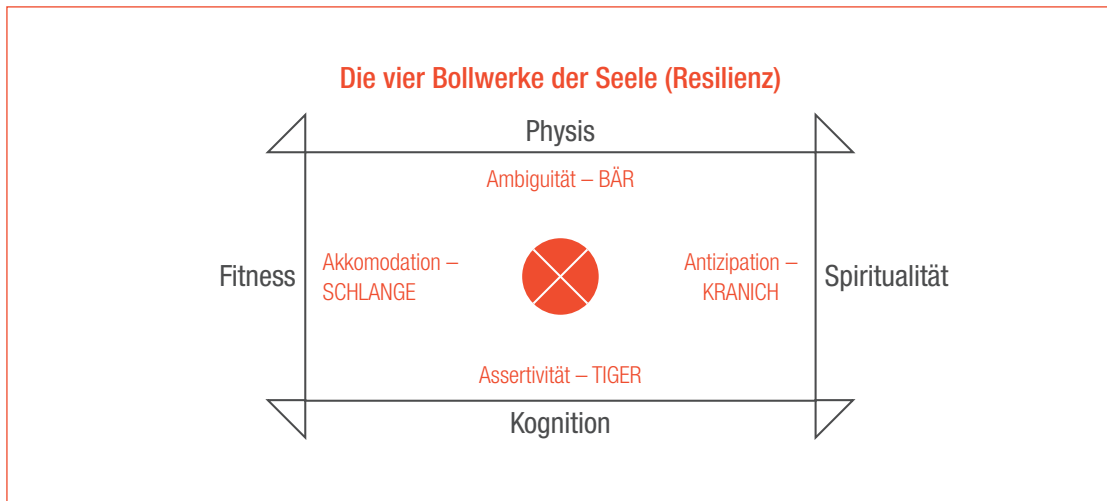
Wenn Lehrer*innen und Therapeut*innen, wenn die Wegbegleiter*innen nicht ihr eigenes Leib/Seelen-Wohlsein im Blick behalten und die Firma bzw. Leitung und die Rahmenbedingungen dies sogar behindern, dann entfernen sich die Lehrer*innen von den Schüler*innen, die Ärzt*innen von den Patient*innen und die Pfleger*innen von den Kranken. Dann hilft auch kein Yoga am Arbeitsplatz oder Jacobsen-Entspannung für auffällige Kinder oder Kurse in Work-Life-Balancing.

Mut zum Hingucken und Aussprechen

Echte Präventions- bzw. Interventionskonzepte sind subversiv. Nachhaltige und ganzheitliche Begleitung in krisenhaften Situationen und zur Gesundheitsförderung dürfen nicht nur leistungsverbessernde Absichten haben. In erster Linie geht es um Lebensqualität und Lebensbewältigung, um Zuversicht, Emanzipation und Mut zur Eigeneinsicht. Was für eine gewaltige Aufgabe für alle Beteiligten! Diese gemeinsam zu bewältigen, erfordert Schnittstellen mit allen Sinnen, Kooperation und gegenseitige Unterstützung.

Hierfür ist eine Kommunikationskultur nötig, die Stressoren, Hindernisse und Verläufe zusammen betrachtet, bewertet und bearbeitet und an der alle beteiligt sind. Das bedeutet: Innerbetriebliche Fortbildungen zu diesem Themenkomplex sind für alle zugänglich. Ob Schülerschaft, Lehrkollegium, Eltern und andere »Angehörige« – sie ziehen am selben Strang. Wenn eine Abteilung »krank« wird, sind auch alle anderen betroffen.

Alle brauchen ähnliche Kompetenzen, Schutzkonzepte und Fähigkeiten für ein fruchtbares Zusammensein. Ich nenne es: Die Bollwerke der Seele – ein Schutzsystem, das jeder Mensch verfügbar hat und kennt.



© Thomas Brendel: Curriculum »Affektkontrolltraining« (A.K.T.)

Wachsen und Werden ist nicht planbar

Körper, Geist, Verstand, Soziales und ihr Verhältnis zueinander sind die Grundlagen von Lebensplanung, Seelengesundheit und des Umgangs mit der Außenwelt. Psychische Dysbalance, körperliche Beeinträchtigungen und soziale Störfaktoren kennen wir alle. Für Fachkräfte in der sozialpädagogischen Arbeit ist es für den Umgang damit nicht nötig und vor allem nicht möglich, dass dafür zusätzlich noch Psychotherapie oder sogar Medizin studiert werden muss. Wenn wir uns auf unsere innere Welt konzentrieren, dann finden wir ähnliche Dynamiken und Phänomene, wie sie unser Klient*innen, Schüler*innen, Patient*innen und alle anderen Menschen auch kennen.

Beziehung, soziales Miteinander, Wachsen und Werden ist nicht planbar, ist immer unscharf, nie einfach und jedes Mal ein Risiko. Es ist nicht immer beherrschbar, verstehbar und sinnhaft, nicht immer kohärent. Aber die Chance, mit dem zusammengenommenen Wissen, den Kompetenzen und der nötigen Förderung ein eigenes identitätsstiftendes »Werk« zu erstellen, ist nicht klein. Introspektionsfähigkeit und Mut dazu und ein Ort, an dem dies und vor allem das Prinzip Nähe« in der Begleitung gefördert wird, sind wichtige Wirkfaktoren für den »Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen⁵¹ in den Arbeitsfeldern der Jugendsozialarbeit«. Und: Ich wünsche mir, dass damit nicht nur die Jugendlichen gemeint sind.

Besonders wichtige Indikatoren-Paare für das Wohl- bzw. Unwohlsein sind in der Jugendsozialarbeit: Vertrauen und Respekt, Kongruenz und Durchschaubarkeit, Zuversicht und Planungssicherheit, gesellschaftlicher Auftrag und Ethik, Partizipation und Unternehmenskultur. In der Tat, diese Begriffe sind abgeschliffen und durch einseitig ökonomische Belegung verbrannt.

Durch die Einstellung allein, das Wohl von Menschen nicht nur in Verbindung mit Leistung und Gewinnstreben zu sehen, wird sicher kein psychisch schwer erkrankter Mensch unter schwierigen Bedingungen leichter das Lehrplanziel oder den gewünschten Abschluss erreichen. Ganz sicher aber wird damit die »Immunabwehr« individuell gestärkt und die Grundstimmung »bei der Arbeit« gesundheitsförderlich gestaltet.

⁵¹ Tauschen Sie in dem folgenden Gesetzestext mal den Begriff »Eigentum« in »Seele«: »Eigentumsbeeinträchtigung: Jede Einwirkung auf die dem Eigentum innewohnende Herrschaftsmacht des Eigentümers (siehe § 903 BGB), also Eingriffe in die rechtliche Stellung des Eigentümers wie auch die tatsächliche Seite der Eigentümerbefugnisse, die nicht unter § 985 BGB fallen.« So gesehen sind alle Beteiligten psychisch beeinträchtigt.

Beziehungslust, Fachwissen, Herzenswärme und Zeit zum Werden

Neben der allgemeinen Forderung nach mehr qualifiziertem Personal und Budgeterhöhung gilt es, Weiterbildungen anzubieten, die über das übliche Kurzseminar hinausgehen und in denen mit den Grundsätzen des Jugendhilfegesetzes in regelmäßigen, hochfrequenten Hilfeplangesprächen maßgeschneiderte Unterstützung entwickelt wird. Das kostet Zeit und Kraft und ist letztendlich abhängig davon, ob die Führung es unterstützt und vorantreibt.

Wenn ein Betrieb seine Tätigkeiten mit Menschen als Geschäftsidee versteht und nicht die Beziehung, die Aufgabe mit Hingabe gestaltet, wenn Angestellte überfordert und ohne Zuversicht an die Arbeit gehen und wenn nicht mit aller Kraft (finanziell, personell, ideell) der junge Mensch mit all seinen sogenannten Abweichungen vor Überforderung und Hoffnungslosigkeit geschützt und begleitet wird, dann ist das Arbeitsfeld schlecht bestellt. Dann werden Fachkräfte in der Jugendsozialarbeit krank, dann gelingt die Aufgabe nicht. Es wird abgearbeitet oder sogar aufgegeben. Das sind schlechte Voraussetzungen für Jugendliche, die Hilfe brauchen. (vgl. dazu Zahlen zur Volksgesundheit und Krankenstand und zur Zunahme der psychosomatischen Beschwerden).

Bad vibrations

Zu den Heilsversprechen von aktuellen Gesundheitsprogrammen passen Sätze wie »Tue Gutes und dir wird gut getan« nicht. Das ist ein Deal, der nicht aufgeht. »Mit dem Herzen dabei sein« führt in einem Geschäftsmodell ökonomisierter Nächstenliebe mit Ausbeutungscharakter schnell zu Überforderung, »Herzüberhitzung« und »Ausglühen«. Zuwendung und Fürsorge geht nur mit Vertrauensbeziehung und nicht durch QM-Standards. Jugendliche dabei zu unterstützen, dass sie eine selbstständige Lebensgestaltung und Alltagsfähigkeit erlernen, ist mit Personalmangel und unter Zeitdruck nicht möglich. Der Stress mit der Gesundheit als Marke und den Patient*innen als Ware führt zu einfältigen Programmen und Produktivitätsorientierung. Auf der Strecke bleibt die Zuneigung und Freude am Begleiten.

Erst recht warne ich vor den Diagnosen, mit denen Jugendliche und ihre Begleiter*innen »laut Aktenlage« konfrontiert werden und vor denjenigen, die glauben, sie wüssten, wie man mit »typisch Borderline« oder »frühtraumatisiert« umzugehen hat.



Wenn vornehmlich die »Störungen« der Jugend im Focus stehen und nicht auch die »Störungen« der anderen Wirkkräfte, dann werden die Dysbalancen bzw. Interferenzen unnötigen und subjektiv schwer beherrschbaren Stress erzeugen. Die Belastung, die ein auffälliger Schüler für seine Lehrer darstellt ist die gleiche, die ein Schüler durch einen auffälligen Lehrer auszuhalten hat. Wenn die Belastung/Belagerung zu heftig empfunden wird, zieht sich die Seele in den Burgfried zurück. Sie ist nicht mehr verwundbar aber auch nicht mehr erreichbar.

Wenn die Produktverwertbarkeit und die Beeinträchtigungen« von Jugendlichen im Vordergrund stehen, werden Fachkräfte in der Jugendsozialarbeit zu Produktionsgehilf*innen in einer schlanken Sozialwirtschaft. Die Erfahrungen, die individuelle Zuwendung und ganz allgemein das Prinzip Liebe weichen dann langsam einem ressourcen- und lösungsorientierten Pragmatismus.

Was ist zu tun?

Darüber schreiben uns nicht nur Oser, Illich, Dörner, Specht und Grawe und ganz bestimmt Erich Fromm kluge Hinweise. Ebenso können der Koch aus der Betriebsküche, der Verwaltungsdirektor, Jugendliche – eben alle Beteiligten – dazu hilfreiche Hinweise geben.

Wenn wir gemeinsam mit den jungen Menschen die bekannten Werte und Grundsätze aus Sozialpsychiatrie und Therapie (unterstützende Wegbegleitung) pflegen, dann besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch nicht an seiner Marktverwertbarkeit gemessen wird, sondern dass seine Fähigkeiten, Bedürfnisse und Potenziale im Mittelpunkt stehen. Die über 50 Jahre alte Idee der modernen Psychiatrie und die neuen Ansätze der Inklusionspolitik müssen für alle Beteiligten eindeutig als emanzipatorisch und reifungsorientiert erkennbar sein, nicht marktorientiert!

Um Gesundheitsbewusstsein zu fördern, muss das Schul- bzw. Begleitungskonzept und das umgebende System (Eltern, Jugendhilfe, Freizeit, Arbeitsplatz usw.) »ins selbe Horn blasen«.

Also gilt es, hausinterne Konzepte mit hauseigenen Kräften zu erfinden, zu entwickeln und anzuwenden (das eingesparte Beraterhonorar reicht für fünf Jahre Hallenbadeintritt).

Ein Versuch ist es wert!

Beziehungspflege statt nur Vernetzung«, Gemeinsamkeiten statt Unterschiede und frei nach Buber das »Du« als Weg zum »Ich« verstehen, Nähe und Zuwendung als Begleitprinzip – all das erfordert bei allen Beteiligten Mut und Zuversicht.

Aber vor allem ist die Einsicht in die eigenen aktiven und passiven Beeinträchtigungen und ein klares selbstständiges Verständnis von Jugend, Sozial und Arbeit sinnvoll und hilfreich im alltäglichen Irrmix aus Verwertbarkeit, Nützlichkeit und Optimierbarkeit.



EMPFEHLUNGEN – WAS GEBRAUCHT WIRD

Auf der Grundlage der in den Beispielen beschriebenen Praxis wird in zwei Beiträgen zusammenfassend die Frage beantwortet, was für eine erfolgreiche Umsetzung in der Arbeit mit den beschriebenen Jugendlichen benötigt wird. Die ausgestreckte Hand steht als Bild für das pädagogische Konzept, das im ersten Beitrag beschrieben wird. Im zweiten Beitrag werden in Bezug auf die Rahmenbedingungen und Schnittstellen Anforderungen benannt. Diese richten sich an die Zuständigen auf verschiedenen Ebenen: die Führungskräfte in den Einrichtungen, die kooperierenden Fachstellen vor Ort und die für die Rahmenbedingungen verantwortlichen Entscheider*innen und Geldgeber*innen. Abschließend weist eine Zusammenstellung von Literatur und Links auf weiterführende Informationen hin.



Pädagogik der ausgestreckten Hand in der Berufsbezogenen Jugendhilfe

Ein Positionspapier der Jugendwerkstatt Junge Arbeit der Diakonie Hasenberg

Jeanette Boetius und Frank Karlsen-Lasshof (Diakonie Hasenberg)

Die Junge Arbeit, eine Einrichtung der Diakonie Hasenberg, ist seit 1984 als Betrieb der Berufsbezogenen Jugendhilfe tätig und bietet berufliche und persönliche Förderung im Rahmen eines betrieblichen Lernfeldes für benachteiligte junge Menschen mit Jugendhilfebedarf an. Hier erhalten sie mit sozialpädagogischer, arbeitsweltbezogener sowie berufspädagogischer Unterstützung, Orientierung und Stabilisierung für ihren beruflichen und persönlichen Lebensweg. Die jungen Menschen werden in einen realen Betriebsablauf eingebunden und erhalten eine individuelle Förderung.

In den Abteilungen: Schreinerei, Malerei und in der Siebdruckwerkstatt können sich junge Menschen unter fachlicher Anleitung qualifizieren und eine anerkannte Ausbildung – die mit einem Gesellenbrief abschließt – absolvieren. Zusätzlich werden im dezentralen Ausbildungsverbund Afra passende Ausbildungsbetriebe für junge Frauen und Männer gesucht und so am Bedarf des Arbeitsmarktes orientierte Ausbildungsplätze mit hohen Übernahmechancen geschaffen. Die Einrichtung Junge Arbeit stellt somit ein breites Angebot zu Verfügung, in dem Jugendliche und junge Erwachsene, ihrer persönlichen und beruflichen Entwicklung entsprechend, eine passende Maßnahme finden können.

Die jungen Menschen in der Jugendwerkstatt Junge Arbeit der Diakonie Hasenberg in München sind multipel belastet, nach dem aktuellen Jahresbericht der zuleitenden Stelle des Stadtjugendamtes München, dem IBZ Jugend, weisen die jungen Erwachsenen 10 – 12 Problemlagen in unterschiedlicher Intensität auf. Hierzu gehören soziale Problemlagen ebenso wie Erkrankungen, Schulden, Wohnungslosigkeit oder Suchtproblematiken. Besonders eindrücklich ist für uns die Zunahme an psychischen Erkrankungen. Kein junger Mensch ist nur in einem Bereich belastet! Diese Belastungen führen dazu, dass die berufliche und persönliche Entwicklung mit Krisen verläuft und oft mit einer großen Instabilität einher geht. Gleichzeitig kommen viele aus dem Hilfesystem, sie sind aufgewachsen mit sanktionierenden Unterstützungssystemen.

Natürlich sind sie nicht nur belastete und benachteiligte junge Menschen, sondern auch einfach junge heranwachsende Menschen. Und so sind auch alle derzeit in der Pädagogik als schwierig betrachtete Themen, wie die Übermacht der digitalen Medien, eine zunehmende Orientierungslosigkeit oder eine wahrgenommene Zunahme an Konzentrationschwierigkeiten für sie zutreffend.

Pädagogische Zugangsweisen

Aufgrund dieser komplexen Ausgangssituation erweisen sich gängige Zugangsweisen als nicht wirkungsvoll und wenig zielführend. Dies betrifft auch und im besonderen Maße Sanktionen, um die Erreichung von pädagogischen Zielen zu erwirken.

Aus dieser Situation heraus sind Veränderungen notwendig, die mit diesen in der Ausbildung vorherrschenden pädagogischen Zugangsweisen brechen und eine grundlegende Änderung der Grundhaltung bedeuten.

Diese lässt sich mit den Schlagworten *akzeptierend*, *niederschwellig*, *konsequent klienten-* und *ressourcenorientiert* beschreiben und bedeutet in der Umsetzung im Alltag Folgendes:

- *Akzeptierend*: Grundsätzlich akzeptieren wir die Problemlagen und knüpfen keine Bedingungen an die Aufnahme und das Absolvieren der Ausbildung. So erwarten wir beispielsweise keine Drogenfreiheit, keine Lösung einer problematischen Wohnsituation oder die Aufnahme einer Therapie bei diagnostizierter psychischer Erkrankung. Maßgeblich ist hier, dass der junge Mensch die Verantwortung für sein Leben trägt und er die Entscheidung trifft, welche Problemlagen er angeht und welche nicht. Ist die Bereitschaft da, dann unterstützen wir. Im Ausbildungsalltag wird die Arbeitsfähigkeit täglich aufs Neue in den Abteilungen eingeschätzt und die zu vermittelnden Ausbildungsinhalte und Aufträge entsprechend angepasst bzw. verteilt.
- *Niederschwellig*: Der Zugang zur Beratung und sozialpädagogischen Begleitung ist niederschwellig. Das bedeutet, dass der Klient / die Klientin über seinen / ihren Beratungsbedarf entscheidet! Es findet keine Einschätzung des Beratungsbedarfes statt, die geschilderte Problemlage, mag sie auch noch so banal erscheinen, wird nicht bewertet. Eine Beratung hierzu findet noch am gleichen Tag statt. Auch an die Beratung knüpfen wir keine Bedingungen, es gibt keine Bringschuld für den jungen Menschen. Er / Sie wird auch beraten, wenn es ihm / ihr derzeit nicht möglich ist zu arbeiten oder wenn irgendwelche vereinbarten Aufgaben nicht erfolgt sind.
- *Konsequent klienten- und ressourcenorientiert*: Das Leben des Klienten / der Klientin und sein / ihr Lebensentwurf steht für uns pädagogisch im Zentrum. Dies bedeutet, dass wir seiner / ihrer Lebensleistung mit großer Achtung begegnen. Wir sehen nicht das Scheitern, sondern das Leben und teilweise auch Überleben unter schwierigsten Bedingungen und die Kraft und die Ressourcen die darin stecken! Dies bedeutet zum einen, dass die Förderplanung und die Förderplangespräche deutlich individualisiert sind und den Klienten / die Klientin als Experten / Expertin ihres Lebens ins Zentrum stellen. Hier ist vor allem maßgeblich, dass die vereinbarten Ziele wirklich die eigenen Ziele des jungen Menschen sind, auch wenn sie nicht unseren Vorstellungen entsprechen.



Hierzu gehört auch, dass wir diese Gespräche nicht für, sondern mit den Klientinnen und Klienten vorbereiten und sie innerbetrieblich in diesem Kontext Entwicklungsgespräche nennen.

Partizipation: ein bedeutendes Instrument

Aus dieser Sichtweise ist die Partizipation das bedeutende Instrument und führt zu einer Beteiligung auf unterschiedlichen Ebenen. Es geht hier keinesfalls nur darum, dass es gelingt, dass die jungen Menschen ihre Anliegen und Ideen äußern, sondern auch, dass sie z. B. eine maßgebliche Rolle in der Planung von pädagogischen Angeboten einnehmen.

Im Kontext der Partizipation arbeiten wir mit den vier Ebenen: Mitentscheiden, Mittun, Mitwissen und Mitwirken und vermitteln unsere pädagogischen Ideen und Entscheidungen transparent. In diesen Prozessen sind auch die Leitungen, neben den Fachkräften als Gesprächspartner präsent.

Das pädagogische Vorgehen wird individualisiert und die verschiedenen Herangehensweisen und Handlungsmöglichkeiten werden transparent gemacht. Nicht nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gewerken müssen damit umgehen, dass die Klientinnen und Klienten beispielsweise unterschiedliche Arbeitszeiten haben oder punktuell nicht an Maschinen arbeiten, sondern auch die anderen Auszubildenden und Qualifikant*innen. Gleichzeitig haben diese das Recht darauf zu erfahren, mit welchen Themen sich die Fachkräfte beschäftigen. Deshalb veröffentlichen wir alle Protokolle. Lediglich Informationen über Personen und Dinge die betrieblich oder organisational vertraulich sind, sind davon ausgeschlossen. Jeder Mitarbeiter/jede Mitarbeiterin ist auskunftsfähig über das eigene Vorgehen und gibt auch Auskunft.

Netzwerkarbeit auf allen Ebenen

Aufgrund der komplexen Problemlagen ist Netzwerkarbeit auf allen Ebenen zentral. So arbeiten wir intensiv mit dem IBZ-Jugend, der zuweisenden Stelle, zusammen und ringen gemeinsam um die bestmögliche Lösung für jede einzelne Klientin/jeden einzelnen Klienten. Gleichzeitig arbeiten wir je nach Problemlagen mit vielen unterschiedlichen Fachstellen zusammen. Grundlegend ist hier auch eine intensive Information zur Schweigepflicht und Schweigepflichtsentscheidung notwendig.

Wichtige Netzwerkpartner*innen im Kontext der psychischen Erkrankungen und psychischen Krisen ist der Sozialpsychiatrische Dienst der Diakonie Hasenberg1 und der Krisendienst Oberbayern.

Das Leben der meisten der jungen Menschen ist geprägt von fehlenden verlässlichen Beziehungen. Beziehungsabbruch aufgrund von nicht den Erwartungen entsprechendem Verhalten ist für sie oft zur Normalität geworden. Um Stabilisierung zu erreichen, ist es notwendig, die gelernten Muster zu durchbrechen und eine stabile Beziehung anzubieten und zu pflegen, die auch in schwierigen und krisenhaften Situationen aufrechterhalten wird. Ein Kontaktabbruch von unserer Seite findet nicht statt. Hierfür werden wir auch aufsuchend tätig.

Höhen, Tiefen, Erfolge

Wir sehen Erfolge. In der Jugendwerkstatt schließen die meisten jungen Menschen (ca. 80 %) die Ausbildung erfolgreich ab – trotz vieler Höhen und Tiefen. Außerdem gibt es weitergehend individuelle Erfolge zu verzeichnen, die nicht so leicht messbar und auf den ersten Blick zu sehen sind: Diese sehen wir dann, wenn ein junger Mensch nach einer Krise zu uns zurückfindet und seine Ausbildung weiterverfolgt oder wenn jemand, der schon viele Jahre große psychische Schwierigkeiten hat, sich in Behandlung (z. B. eine Therapie) begibt.



Manchmal gelingt es trotz allen Ringens nicht, die jungen Menschen zum Abschluss der Berufsausbildung zu begleiten. Für uns ist es wichtig, auch dies nicht als Scheitern zu sehen – weder für uns, noch für die Klientin/den Klienten.

Wir gehen davon aus, dass unsere intensive, individuelle Begleitung in irgendeiner Form und irgendwann von Bedeutung sein wird. Der junge Mensch hat in jedem Fall bei uns etwas gelernt, auch wenn seine Zeit in der Jugendwerkstatt nicht mit einem qualifizierten Abschluss/Gesellenbrief endet.

Frank Karlsen-Lasshof und Jeanette Boetius leiten gemeinsam die Jugendwerkstatt Junge Arbeit der Diakonie Hasenberg1. Kontakt: lasshof@diakonie-hasenberg1.de



Individuell und ganzheitlich

Anforderungen an Rahmenbedingungen und Schnittstellen

Barbara Klamt (Evangelische Jugendsozialarbeit Bayern)

Jugendsozialarbeit soll »junge (auch sozial benachteiligte und/oder individuell beeinträchtigte § 13) Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen« und »dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen ... zu erhalten oder zu schaffen« (§ 1 SGB VIII)

Junge Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind in der Jugendsozialarbeit somit vorgesehen und angesprochen und haben einen Anspruch auf ein passendes Angebot der Förderung ihrer beruflichen und sozialen Integration.

Psychische Beeinträchtigungen, insbesondere bei diagnostizierten Erkrankungen, erfordern in der Regel individuelle Abklärungen der Schnittstellen zum SGB IX, SGB XII und SGB III (Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben), um Angebote richtig zu platzieren und in ausreichendem Umfang zur Verfügung zu stellen.

Die Jugendsozialarbeit verändert mit der seit einiger Zeit verstärkten Verschiebung der Zielgruppe ihr Angebot nicht dahingehend, dass sie selbst im engeren Sinne therapeutisch agiert. Sie bleibt in ihrem Kompetenzbereich »der sozialpädagogischen Hilfen (...), die ihre (die Zielgruppe) schulische und berufliche Ausbildung, Eingliederung in die Arbeitswelt und ihre soziale Integration fördern« (§ 13,1 SGB VIII).

Vielmehr verändern oder besser konkretisieren sich die notwendigen Rahmenbedingungen der Leistungen für diesen Teil der Zielgruppe, die die Jugendsozialarbeit erreichen möchte oder aktuell verstärkt erreicht.

In allen Praxisbeschreibungen dieses Themenhefts werden Voraussetzungen und Bedingungen genannt, die für eine gute Förderung dieser Zielgruppe notwendig sind.



Es bedarf einer individuellen Ausrichtung und erheblichen Flexibilität des Angebots, es wird Zeit und passendes Personal benötigt, um Beziehung als Basis der weiteren sozialpädagogischen Arbeit herzustellen. Auch braucht es sehr viel Geduld und Know-how, um bei den beschriebenen jungen Menschen Vertrauen und Entwicklungszuversicht und -fortschritte zu ermöglichen.

Daraus ergeben sich in mehrfacher Hinsicht hohe Anforderungen an die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Jugendsozialarbeit. Im Folgenden werden diese Anforderungen bezogen auf verschiedenen Aspekte konkretisiert.

Anforderungen an Führungskräfte

Die Anforderungen an die Führungskräfte in den Einrichtungen der Jugendsozialarbeit beziehen sich auf den Bereich der Personalführung und Personalentwicklung und auf die Entwicklung und Förderung von einrichtungsinternen Kooperationsstrukturen.

■ Personalführung und Personalentwicklung

In den Fortbildungen, die die Evangelische Jugendsozialarbeit Bayern (ejsa Bayern) seit vielen Jahren ausrichtet, wurde deutlich sichtbar, dass es unter Fachkräften große Bedarfe der Qualifizierung zu Themen gibt, die im Bereich psychische Beeinträchtigung und psychische Erkrankung liegen.

Zu Themen wie (ein kleiner Ausschnitt)

- Geflüchtete und Traumatisierung
- »Herausfordernde Kinder und Jugendliche« im Alltag der Offenen Ganztagschule (OGS) und Schulbezogener Jugendsozialarbeit
- Psychisch kranke oder labile junge Menschen – Herausforderung für Werkstatt und Baustelle
- SuchtPotential – Prävention, Konsum, in der Jugendsozialarbeit

besteht eine hohe Nachfrage. Auch erfahrene Fachkräfte der Jugendsozialarbeit finden und fanden sich unter den Teilnehmenden der Seminare.

Die Jugendsozialarbeit ist aufgefordert inhouse oder extern ausreichend Angebote schaffen, will sie ihren Fachkräften ein gutes Fundament für die diese zielgruppenspezifische Entwicklungsförderung zur Verfügung stellen.

Darüber hinaus stellt die Veränderung der Zielgruppe auch bezüglich der Haltung und des pädagogischen Grundkonzepts enorme Anforderungen an das Personal (Ausbilder*innen, Anleiter*innen, Sozialpädagog*innen), wie an dem Beispiel »Pädagogik der ausgestreckten Hand« besonders deutlich wird.

Hier wird eine pädagogische Wendung vollzogen, die für (auch langjährige) Fachkräfte äußerst anspruchsvoll ist: Die konsequente Ausrichtung an den Ressourcen der jungen Menschen, die akzeptierende Grundhaltung und damit der weitestgehende Verzicht auf Sanktionierung von »Fehlverhalten«, um immer wiederkehrende Erfahrungskreisläufe zu

durchbrechen und damit individuelle und ganzheitliche Entwicklungs- und Lösungsfortschritte zu ermöglichen. Personalentwicklung bedeutet hier personale Kompetenzen der Fachkräfte kontinuierlich zu reflektieren und permanent weiterzuentwickeln.

■ Ausbau und Weiterentwicklung einrichtungsinterner Kooperationsstrukturen

Es versteht sich von selbst – und in den Praxisbeispielen wird es vielfach genannt – dass die Arbeit mit psychisch beeinträchtigten jungen Menschen stabiler und unterstützender einrichtungsinterner Kooperationsstrukturen bedarf. Handlungsleitfäden/Prozessbeschreibungen für Krisensituationen, Kompetenzen und Verantwortung schaffen Sicherheit und Transparenz – im Team, aber auch gegenüber den jungen Menschen selbst. (vgl. auch BKK Dachverband et al., S 61ff)

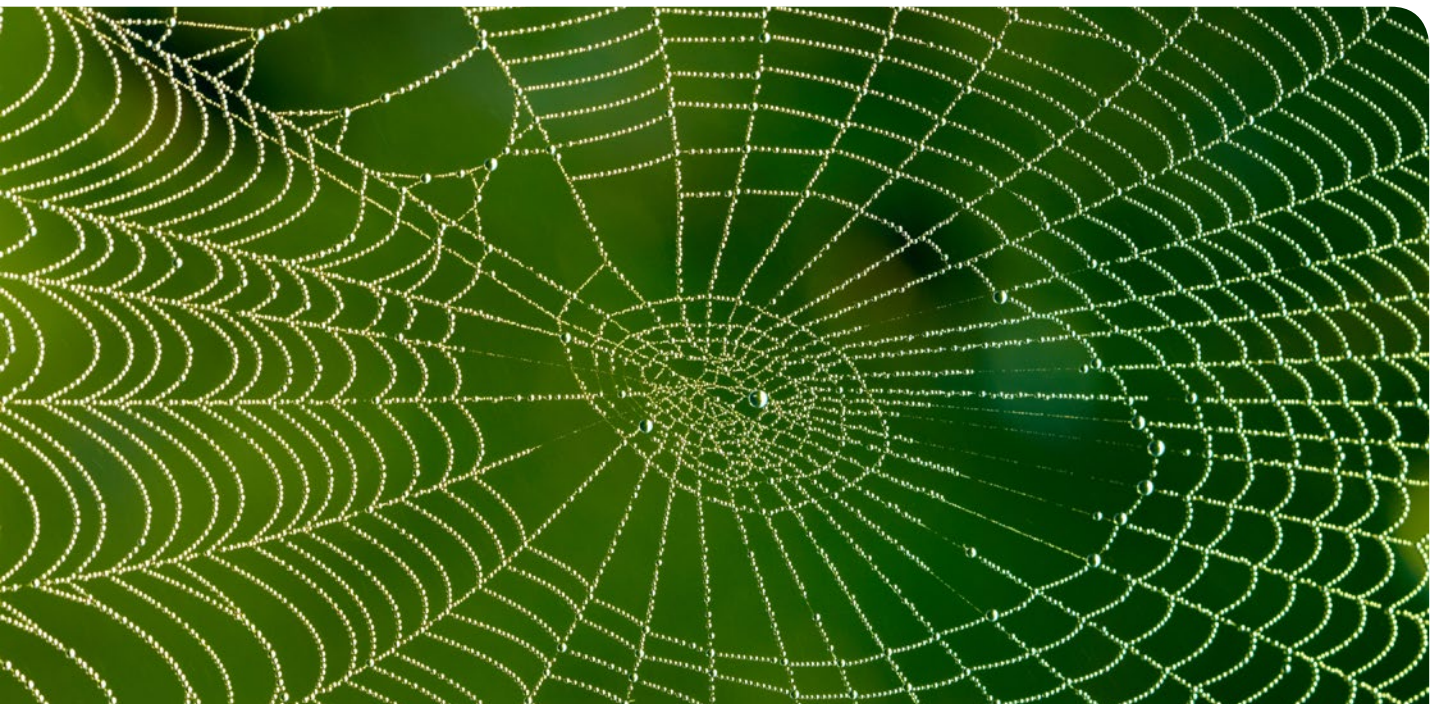
Von Trägerseite ist hier viel Sorgfalt notwendig, um Teamstrukturen, Teamsitzungen, Fallbesprechungen und Supervisionen so auszugestalten und im Sinne des Qualitätsmanagements weiterzuentwickeln, dass die Fachkräfte diese Funktion auch wirklich erfüllen können. Die kollegiale Beratung und Unterstützung in der gemeinsamen pädagogischen Verantwortung auch in Krisensituationen, ist zentrale Voraussetzung für die Arbeit mit dieser Zielgruppe.

Lokale Netzwerke

In vielen Fällen wird es nicht möglich oder auch nicht nötig sein, psychiatrisches und psychotherapeutisches Fachpersonal selbst vorzuhalten. Umso wichtiger ist es deshalb, die Schnittstellen zu lokalen fachspezifischen Netzwerkpartner*innen optimal zu gestalten. Dies sind vor allem:

- Sozialpsychiatrische Dienste
- diverse andere Krisendienste
- Suchtberatung
- Psychotherapeut*innen
- Psychiater*innen, andere Ärzt*innen
- Psychiatrische Kliniken, Nachtkliniken
- u.v.m. (vgl. BKK Dachverband et al., S 72ff)

Dabei ist es notwendig, sowohl in akuten Krisensituationen Handlungsfähigkeit zu gewährleisten als auch präventiv Handlungssicherheit bei den Fachkräften aufzubauen. Kooperationen sind daher auf zwei Ebenen notwendig:



1. Für die jungen Menschen in akuten Krisensituationen selbst, um ihnen den Zugang zu angemessener und schneller Unterstützung zu ermöglichen – z. B. in Form von Kooperationsverträgen mit oder Kontingenten bei Psychotherapeut*innen, oder eines gemeinsam organisierten Schnittstellenmanagements mit (sozial-)psychiatrischen Einrichtungen / Einrichtungen der Drogenberatung und ähnlichen Kooperationspartner*innen im lokalen Raum.
2. Für alle Mitarbeitenden als vordefinierte Unterstützung in akuten Krisensituationen, zur Absicherung bei schwierigen oder schwerwiegenden Entscheidungsprozessen oder Interventionen (z. B. bei Suizidgefahr). Auch hier empfehlen sich gemeinsam vereinbarte Prozesse, so dass für alle Beteiligten weitestgehende Handlungssicherheit besteht.

Davon unberührt sind selbstverständlich alle anderen Kooperationsbeziehungen, die im Bereich Jugendsozialarbeit immer vorhanden und notwendig sind.

Ausgestaltung der Förderrichtlinien und Konzeptionen

Last but not least sehen wir als zentrale Rahmenbedingung, dass es auch auf Seiten der Geldgeber des Bewusstseins bedarf, dass die Zielgruppe der psychisch beeinträchtigten jungen Menschen konzeptionelle Veränderungen erfordern, die sich in den Förderrichtlinien, Vergabeunterlagen und Konzeptionen widerspiegeln müssen.

Betrachten wir die Praxisbeispiele in diesem Themenheft, sehen wir die Notwendigkeit, dass Fördergeber*innen

- Personalschlüssel anpassen,
- Spielräume für sehr individuelle pädagogische Ansätze ermöglichen,
- eine vorab definierte Flexibilität der individuellen Maßnahmedauer einräumen,
- tägliche Anwesenheitszeiten der Maßnahmeteilnehmenden nicht absolut voraussetzen (insbesondere, wenn dies an die Finanzierung der Maßnahme gekoppelt ist),
- bei längeren Krankheitszeiten (z. B. verbunden mit einem Psychiatrie- / Krankenhausaufenthalt) die Option ermöglichen, dass der / die Teilnehmer*in wieder in die Maßnahme zurückkommen kann bzw. gar nicht erst ausscheidet und
- bei Bedarf den Übergang am Ende der Maßnahme (Vermittlung in Ausbildung oder Arbeit) inklusive einer individuellen Zeit der Nachbetreuung mitfinanzieren, um Störungen am Arbeits- oder Ausbildungsplatz und notwendige Anpassungen und Nachjustierungen mitabzudecken. Psychisch beeinträchtigte / kranke junge Menschen benötigen hier mehr Unterstützung, da auch die Arbeitgeber (ganz im Sinne des BTHG) in der Arbeitsplatzgestaltung mitwirken müssen, um das Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis nachhaltig zu sichern.)

Leider erleben wir an dieser Stelle immer wieder Verwaltungshandeln, das diese notwendigen Freiräume nur sehr zögerlich einräumt.

Fazit

Die Angebote der Jugendsozialarbeit können notwendige Therapien oder therapeutische Interventionen nicht ersetzen, aber sie sind gut geeignet, Therapien zu unterstützen, indem sie im Alltag gesunde, handlungsbefähigende Entwicklungen anstoßen, begleiten und stabilisieren.

Sie sind für viele junge Menschen manchmal auch der erste Schritt, sich einer therapeutischen Behandlung zu öffnen. Ohne Jugendsozialarbeit wären ihnen diese Zugänge aus vielfältigen Gründen nicht möglich geworden – zu hochschwellig, zu fremd oder zu unbekannt sind viele Therapieangebote für junge Menschen aus prekären Lebenslagen.

Angebote, die konzeptionell klug auf der Basis der Salutogenese, Resilienzförderung und des Capabilityansatzes Handlungsbefähigung fördern, tragen zur Stabilisierung und Persönlichkeitsentwicklung bei und schaffen Grundlagen für gesellschaftliche Teilhabe in Zuversicht und Selbstvertrauen. (vgl. Straus 2015)

Dazu tragen die Rahmenbedingungen entscheidend bei. Vieles steht und fällt mit den Förderrichtlinien und Vergabeunterlagen. Zum Schutz der jungen Menschen und auch der betroffenen Fachkräfte ist an dieser Stelle unbedingt nachzusteuern.

Die Entwicklungen der letzten Jahre zeigen, dass die Gruppe der psychisch beeinträchtigten (jungen) Menschen laut aktuellen Berichten größer wird. Die Versorgung dieser Zielgruppe wird auf Dauer eine Aufgabe bleiben. Und die Rahmenbedingungen schaffen die Grundlage für entwicklungsförderliche Angebote für junge Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Literatur und Quellen

BKK Dachverband/Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) (2015): *Praxishilfe Psychisch krank im Job. Verstehen. Vorbeugen. Erkennen. Bewältigen*; Berlin

ejsa Bayern e.V. (2012/überarbeitet 2018): *Handlungsleitfaden für den Umgang mit psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen beim Teilnehmerkreis der BBJH in Bayern in evangelischer Trägerschaft*

Neurologen und Psychiater im Netz (2018): *Psychische Erkrankungen nehmen unter jungen Menschen zu*; www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/news-archiv/meldungen/article/psychische-erkrankungen-nehmen-unter-jungen-menschen-zu

SOS-Kinderdorf (2019): *SOS-Längsschnittstudie zur Handlungsbefähigung*; www.sos-kinderdorf.de/portal/paedagogik/praxisforschung/forschungsprojekte/sos-laengsschnittstudie

Straus, Florian/Höfer, Renate (2015): *Handlungsbefähigung als Schlüsselkompetenz für ein gelingendes Leben*. Forschungsbericht zu Modul C im Rahmen des Gesamtprojekts »Weiterentwicklung der arbeitsweltbezogenen Jugendsozialarbeit«; unveröffentlicht



Mehr zum Thema

Materialien und weiterführende Informationen

Günter Buck (Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit)

Organisationen

Aktion Psychisch Kranke APK e.V.

www.apk-ev.de

(1) Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V., gemeinnütziger Verein, durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) institutionell gefördert. Die Website hat verschiedene Unterseiten, z.B. Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen - Standortbestimmung und Auftakt zum Dialog«. Das BMG führt in dieser Legislaturperiode einen Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen durch. Der Aktion Psychisch Kranke wurde die Funktion der Geschäftsstelle übertragen. Am 6. November 2018 fand in Berlin die Auftaktveranstaltung des BMG zum Psychiatriedialog statt (www.apk-ev.de/veranstaltungen/jahrestagung/tagung-2018).

Zur Struktur, den Themen und zum Prozess: Die Verbände der Selbsthilfe, der Leistungserbringer, der Leistungsträger, Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis sowie Planungsverantwortliche sollen hierbei möglichst umfassend einbezogen werden. Im Frühjahr 2021 wird als zusätzliche Veranstaltung unter dem Dach des Dialogs ein gemeinsamer Abschluss-Workshop der vom BMG geförderten Projekte »Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland« (APK) und »Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland, Teil 2, Kinder und Jugendliche« (RKI/BZgA) folgen. Nach Abschluss dieser Dialogforen soll im Frühjahr 2021 ein Bericht mit Handlungsempfehlungen vorgelegt werden (www.psychiatriedialog.de/dialogprozess).

(2) Projekt »Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse« (KIJU), vom BMG gefördert, Laufzeit November 2014 bis Februar 2017. Ziele des Projekts: die Bestandsaufnahme

der quantitativen als auch der qualitativen Versorgungssituation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Dazu gehören u.a. die Verzahnung und Zugänglichkeit von Leistungen sowie die Analyse der Zielgruppenerreichung und Behandlungsergebnisse. Projektbericht unter: www.apk-ev.de/projekte/psychisch-krank-kinder-und-jugendliche/startseite

(3) Spektrum psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: www.apk-ev.de/projekte/psychisch-krank-kinder-und-jugendliche/rund-ums-thema/psychische-stoerungen

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (dvgb)

www.dvgp.org

Der Verband setzt sich für eine inklusive und vorrangig ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen ein, die die Bedürfnisse der Betroffenen in den Mittelpunkt stellt und ihnen Teilhabechancen in der Gemeinschaft eröffnet. Unterseite zu Jugend und seelische Gesundheit: www.dvgp.org/themen-engagement/jugend-und-seelische-gesundheit.html

Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH)

www.deutsche-gesellschaft-public-health.de

Die DGPH ist ein interdisziplinärer und multiprofessionaler Zusammenschluss von Institutionen, Organisationen, Fachgesellschaften und Einzelmitgliedern.

Deutsche Resilienz Zentrum (DRZ)

www.drz-mainz.de

Das Deutsche Resilienz Zentrum (DRZ), 2014 gegründet, ist ein wissenschaftlich eigenständiges Forschungsinstitut. Ziel: Erforschung der Resilienz, also der Fähigkeit zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung psychischer Gesundheit während oder nach stressvollen Lebensereignissen. Neurowissenschaftler, Mediziner, Psychologen und Sozialwissenschaftler arbeiten dabei zusammen. Im Rahmen der Projektförderung werden verschiedene grundlagenorientierte und angewandte Studien gefördert. Aktuelle Langzeitstudien sind »LORA – Eine Studie zur Erfassung der psychischen Resilienz«, »Mainzer Resilienz-Projekt« und »Gutenberg Brain Study«.

Zukunftsforum Public Health

www.zukunftsforum-public-health.de

Dieses Forum ist ein Zusammenschluss von Akteur*innen aus Wissenschaft und Praxis, die sich für die öffentliche Gesundheit einsetzen. Ziel ist die Entwicklung einer Public-Health-Strategie für Deutschland.

Kongress Armut und Gesellschaft (seit 1995)

www.armut-und-gesundheit.de

Dies ist deutschlandweit die größte Public Health-Veranstaltung. Thematisiert werden in über 100 parallelen Veranstaltungen zu 25 Themenfeldern den Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage. Kongress Armut und Gesundheit (14.03.2019): www.armut-und-gesundheit.de/ueber-den-kongress/dokumentation-2019

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen

Interessant ist die Unterseite zu Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen, auch mit entsprechenden Good Practice-Beispielen.

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

fairmedia.seelischegesundheit.net

mit der Unterseite zu psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen (<http://fairmedia.seelischegesundheit.net/dossiers/psychische-erkrankungen-bei-jugendlichen/psychische-stoerungen-im-jugendalter>)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)

www.bzga.de

Themenbereich Kinder- und Jugendgesundheit (www.bzga.de/programme-und-aktivitaeten/kinder-und-jugendgesundheit)

Projekt »Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt« (psyGA)

www.psyga.info

Ziel des Projekts ist, Arbeit so zu gestalten, dass sie die psychische Gesundheit schützt und stärkt. Webportal. Die Projektleitung von psyGA liegt beim BKK Dachverband, der mit seinen Kooperationspartner*innen Transfermaßnahmen abstimmt und durchführt. Das Projekt wird im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gefördert, die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) begleitet das Projekt fachlich.

Weltgesundheitsorganisation (WHO)

(1) Publikationen und Grundsatzdokumente. Wichtige Aussagen und Handlungskonzepte der WHO in der Europäischen Region: www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents

(2) Verfassung i. d. dt. Übersetzung: www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf

(3) World Health Organization (1986): Ottawa-Charta for Health Promotion; Canadian Journal of Public Health, 77, S. 425-430. Die Gesundheit wird in der Verfassung der WHO definiert als »ein Zustand von vollständigem physischen, geistigen und sozialen Wohlbefinden, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet«. Dieser Gesundheitsbegriff wurde durch das Konzept der Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta von der WHO 1986 weiterentwickelt. Darin wird postuliert, dass zur Erreichung dieses Zustandes sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne wird Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens definiert und als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens verstanden – und nicht als vorrangiges Lebensziel (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Weltgesundheitsorganisation>)

(4) WHO-Strategie »Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert«: 1998 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet. Sie beruht auf der 1978 verabschiedeten Alma-Ata-Deklaration. Es soll ein Grad an Gesundheit erreicht werden, der es allen Menschen ermöglicht, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Gesundheit wird als ein wesentlicher Bestandteil der menschlichen Entwicklung wahrgenommen.

Zahlen / Epidemiologie / Forschung

Barmer Arztreport 2018: www.barmer.de/presse/infotehke/studien-und-reports/arztberichte/barmer-arztreport-2018-144304

Barmer Ersatzkasse – Studie: *Deutliche Zunahme bei Depressionen von Kindern und Jugendlichen* (12.8.2019): www.swr.de/swr/aktuell/Studie-der-Barmer-Ersatzkasse-Immer-mehr-Kinder-und-Jugendliche-haben-Depressionen,depressionen-kinder-100.html

Bundestagsdrucksache 16/12860 vom 30.4.2009: *13. Kinder- und Jugendbericht*, Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. (insbesondere Fragen der Kooperation verschiedener Hilfesysteme); <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/16/128/1612860.pdf>

Bundestagsdrucksache 19/3895 vom 21.8.2018: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE zu »*Psychische Belastungen in der Arbeitswelt*«; <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/038/1903895.pdf>

Bundestagsdrucksache 19/4332 vom 14.9.2018: Antwort der Bundesregierung zu auf eine kleine Anfrage der Fraktion Die Linke zu »*Krankenstände in Deutschland*«; <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/043/1904332.pdf>

Bundestagsdrucksache 19/11473 vom 10.7.2019: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zu »*Sektorenübergreifende Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen*«; <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/114/1911473.pdf>

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (Hg.) (2007): *Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland*; Berlin. Ergebnisse zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Es gibt einen klaren Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten und einem niedrigen sozioökonomischen Status der Familien. Die ungleichen Entwicklungschancen von Kindern aus benachteiligten Familien werden deutlich kritisiert (www.bdp-verband.de/binaries/content/assets/verband/bdp-berichte/bdp-bericht-2007-kinder-und-jugendgesundheit.pdf).

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (Hg.) (2008): *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland*; Berlin. Neue Arbeitsbedingungen verlangen neue Fähigkeiten, z.B. Widerstandsfähigkeit gegenüber äußeren Belastungen und Krisensituationen – Resilienz, eine Eigenschaft, die laut BDP bis zu einem gewissen Grad trainierbar ist. Der Verband fordert dazu auf, die bereits existierenden gesetzlichen Regelungen in Verwaltung und Wirtschaft endlich umzusetzen statt über steigende Gesundheitskosten zu lamentieren (www.bdp-verband.de/binaries/content/assets/verband/bdp-berichte/bdp-bericht-2008-psychische-gesundheit-am-arbeitsplatz.pdf).

Deutsche Bevölkerungsstudie: »NAKO« *Warum wird der eine krank, der andere nicht?*; gestartet 2014 mit 200.000 Teilnehmenden (<https://nako.de>)

Fegert, Jörg M./Kölch, Michael/Krüger, Ulrich (o.J.): *Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse*. Sachbericht zum Projekt, Laufzeit: 01.11.2014 bis 28.02.2017 (www.apk-ev.de/projekte/psychisch-krank-kinder-und-jugendliche/startseite). Dies ist ein sehr umfassendes und detailliertes Projekt mit hochkarätiger Besetzung/Beteiligung.

Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hg.) (2018). *Der Report 2018. Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen*. Schwerpunkt: Interaktionsarbeit; Berlin; <https://index-gute-arbeit.dgb.de>. Die Ergebnisse zeigen, dass knapp zwei Drittel aller Beschäftigten in Deutschland Interaktionsarbeit leisten (Beschäftigte, die regelmäßig mit Kundenschaft, Patient*innen oder anderen betriebsexternen Personengruppen arbeiten). Zu den spezifischen Anforderungen der Interaktionsarbeit gehören u.a. schwer planbare Arbeitssituationen, Konflikte und Streitigkeiten mit Kund*innen etc., erhöhte emotionale Anforderungen oder auch Konflikte, die durch das Anbieten von Leistungen entstehen, von denen die Beschäftigten persönlich nicht überzeugt sind. Die erhöhten emotionalen Anforderungen resultieren etwa aus der Anforderung, dass die Beschäftigten ihre Gefühle verbergen müssen (35%) oder aus herablassender Behandlung (11%). Damit sind häufig psychisch belastende Erlebnisse verbunden. Im Mittel berichten 17% aller Beschäftigten, dass sie (sehr) häufig betroffen sind. Im Sozialwesen sind es sogar 41 Prozent. Darüber hinaus berichten drei Viertel der Interaktionsarbeitenden, dass die besonderen Anforderungen der Interaktionsarbeit, bei ihrem Einkommen nur unzureichend berücksichtigt werden.

Hapke, U. (RKI) (2018): *Epidemiologie psychischer Störungen in den verschiedenen Altersgruppen*. APK-Auftaktveranstaltung November 2018 (www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Hapke_2_.pdf)

Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U (2003): *WHO-Jugendgesundheitsurvey – Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland* (www.kinderumweltgesundheit.de/index2/pdf/gbe/6156_1.pdf)

Kinder- und Jugendgesundheitsurvey – KiGGS: Eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland (www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html)

Lampert, Thomas (2008): *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen*. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. In: Tiesmeyer, Karin (Hg.): *Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung*; Bern, Huber, S. 109–125

Schulte-Körne, Gerd (2016): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld*. In: Deutsches Ärzteblatt International 2016, 113 (11), S. 183–190 (www.aerzteblatt.de/archiv/175333/Psychische-Stoerungen-bei-Kindern-und-Jugendlichen-im-schulischen-Umfeld)

Steffen A./Akmatov M.K./Holstiege J./Bätzing J. (2018): *Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/07. Berlin 2018 (www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert)

Storm A./DAK-Gesundheit (Hg.) (2018): *Kinder- und Jugendreport 2018. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 23); medhochzwei Verlag GmbH, (www.dak.de/dak/gesundheit/kinder--und-jugendreport-2018-2002220.html). Die DAK-Studie zeigt klare Zusammenhänge zwischen dem Bildungsstatus der Eltern und dem körperlichen und seelischen Gesundheitszustand ihrer Kinder. Ferner wird der Einfluss des sozioökonomischen Familienhintergrundes auf die Art der Gesundheitsversorgung beleuchtet. »Wenn das Elternhaus krankmacht, hängt die Diagnose der Kinder oft mit dem Lebensstil von Mutter oder Vater zusammen« (A. Storm). Die Studie weist nach, dass die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Familien größer ist als gedacht. Sie belegt erhöhte Risiken für benachteiligte Kinder.

Allgemeines

Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Tübingen, DGVT (engl. Orig. 1987)

Bundestagsdrucksache 19/9302 vom 09.04.2019: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zu »Zentren der Gesundheitsforschung für Psychische Gesundheit und Kinder- und Jugendgesundheit« (<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/093/1909302.pdf>). Das BMBF kündigte im September 2018 die Gründung zweier neuer Deutscher Zentren der Gesundheitsforschung (DZG) in den Bereichen der psychischen Gesundheit der Kinder- und Jugendgesundheit an. Dort gibt es angesichts der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung dieser Bereiche sowie der Besonderheiten bei der Versorgung der jeweiligen Patientengruppen erheblichen Forschungsbedarf. Die Prozesse der Konzeption und Planung dauern noch an.

Dragano et al. (2019): *Die Gesundheit der Beschäftigten immer im Blick behalten*. Public Health in der Arbeitswelt (<https://zukunftforum-public-health.de/public-health-in-der-arbeitswelt>)

Dross, F./Metzger, N. (2018): *Krankheit als Werturteil. Eine kleine Geschichte des Umgangs mit Krankheit und Kranken*. In: APuZ, 24/2018, S. 4–11

Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik (Hg.) (2019): Positionspapier »Es ist Zeit für einen neuen Aufbruch! Handlungsbedarfe zur Reform der psychosozialen Versorgung 44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete«; 7/2019, Bonn

Homfeldt, H. G.: *Kooperation von Schule, Jugendhilfe und Gesundheitssystem im Blick des Setting- Ansatzes*

Schels, B. (2007): *Jugendarbeitslosigkeit und psychisches Wohlbefinden*. IAB-Forschungsbericht 13/2007; Hg.: IAB, Nürnberg (<http://doku.iab.de/forschungsbericht/2007/fb1307.pdf>)

Schütte-Bäumer, Ch./Witek, K. (2018): *Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Herausforderungen, Kompetenzprofil, Studium und Berufsfelder*. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 4/2018, Jg. 165, Nomos, S. 153-154

Sigrist, J. (2009): *Gratifikationskrisen als psychosoziale Herausforderungen*. In: ASU, Zeitschrift für Medizinische Prävention, 11-2009, Stuttgart, S. 574 ff. (www.asu-arbeitsmedizin.com/Archiv/ASU-Heftarchiv/article-262574-110576/gratifikationskrisen-als-psychosoziale-herausforderungen-.html)

Thümmler, Ramona (2015): *ADHS im Schnittpunkt verschiedener Professionen*. Eine Forschungsstudie zu Zusammenarbeit, Strukturen und gelingender Praxis; Beltz-Juventa Verlag, Weinheim/Basel

Weiß, P./Peukert, R. (2011): *Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!* Herausgegeben von AKTION PSYCHISCH KRANKE, Tagungsdokumentation Kassel, 8./9. November 2010 (www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Band_37.pdf). Ein sehr umfassender Reader zu allen Teilthemen mit zum Teil immer noch sehr lesenswerten Beiträgen.

Speziell zur Jugendsozialarbeit

Adams, G. (2016): *Das Würzburger Kooperationsmodell: Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie im konzeptionellen und räumlichen Verbund*. In: Björn Hagen (Hg.): Beiträge zu Theorie und Praxis der Jugendhilfe 14; Jg. 2016, Jugendhilfe in Kooperation. Erziehungshilfen – Kinder- und Jugendpsychiatrie – Polizei – Justiz; (S. 19-34)

Bayrische Sozialnachrichten (2013): *In jungen Jahren psychisch krank*. In: Zeitschrift der Landesarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Bayern, 5/2013, München

Braun, B. (2017): *Psychische Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen-Berichte aus Perspektive der Arbeitsmarktintegration*. Fachtag der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit zu »Psychische Gesundheit junger Menschen in der Jugendsozialarbeit«, 15.11.2017, Nürnberg (<http://lagja-bayern.de/wp-content/uploads/2017/11/Bericht-zur-Perspektive-der-Arbeitsmarktintegration.pdf>)

Brünger, M. (2016): *Leicht gesagt: »Der junge Mensch im Mittelpunkt!« Verbindendes und Trennendes im Miteinander von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe*. In: Björn Hagen (Hg.): Beiträge zu Theorie und Praxis der Jugendhilfe 14, Jg. 2016, Jugendhilfe in Kooperation; S. 76–85

BZgA (Hg.) (2015): *Gesund aufwachsen in vielen Welten - Förderung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund*. Band 19, Ergebnisse der Fachtagung der BZgA am 5. Februar 2015 in Essen (www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/fachpublikationen/band-19-gesund-aufwachsen-in-vielen-welten-foerderung-der-psychosozialen-entwicklung-von-kindern-u)

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (2011): *Gesundheit – (k)ein Thema für die Jugendsozialarbeit?* Prävention und Gesundheitsförderung in der sozialen Arbeit mit benachteiligten Kindern und Jugendlichen. Berlin

Diakonie Deutschland (2016): *Junge Menschen zwischen den Hilfesystemen – psychisch krank, suchtkrank, wohnungslos*. Vorschläge zu einer umfassenden Unterstützung, Begleitung und Behandlung. Diakonie Texte 1.2016, Berlin

Evangelische Jugendsozialarbeit Bayern (Hg.) (2012): *Handlungsleitfaden für den Umgang mit psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen beim Teilnehmerkreis der BBJH in Bayern in evangelischer Trägerschaft*, Juli 2012

Flaig, M. (2016): *Die Kooperation von Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schulwesen aus Sicht eines sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrums mit dem Förderschwerpunkt Schülerinnen und Schüler in längerer Krankenhausbehandlung*. In: Björn Hagen (Hg.): Beiträge zu Theorie und Praxis der Jugendhilfe 14, Jg. 2016, Jugendhilfe in Kooperation. Erziehungshilfen – Kinder- und Jugendpsychiatrie – Polizei – Justiz; S. 35-49

Gockel, Monique (2015): *Unterstützung psychisch belasteter Heranwachsender*. In: Landesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit NRW (Hg.): Jugendsozialarbeit aktuell, Nr. 136, September 2015, Köln

Landesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit NRW (Hg.) (2018): *Psychosoziale Gesundheit in Einrichtungen der Katholischen Jugendsozialarbeit in NRW*. Jugendsozialarbeit aktuell Nr. 169, August 2018, Köln

Martin, M./Müller, K. (2016): *Konzept der Jugendhilfeeinrichtung Leppermühle: Entwicklung, Erfahrungen und aktuelle Aspekte der Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In: Björn Hagen (Hg.): Beiträge zu Theorie und Praxis der Jugendhilfe 14, Jg. 2016, Jugendhilfe in Kooperation; S. 7–18

Müller, Ch. (2018): *Psychosoziale Gesundheit in Einrichtungen der Katholischen Jugendsozialarbeit in NRW*. In: Landesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit NRW (Hg.): *Jugendsozialarbeit aktuell*, Nr.169/August 2018, Köln

Paulus, P. (2017): *Psychisch gesund – so geht Schule heute*. Landesfachtag Prävention: Gute Schule gestalten: psychische Gesundheit stärken – zwischen Unterricht und Lebenswelt. 29.6.2017 in Kiel (www.barmer.de/blob/124986/1f9eccc256e074302c4ce348c2f5c650/data/dl-pdf-vortrag-paulus.pdf)

Pothmann, Jens (2013): *Benachteiligung in Zahlen. Datenlage zur Jugendsozialarbeit in Nordrhein-Westfalen. Eine Expertise*. In: Landesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit NRW (Hg.), Köln, 2013

Preuß, U. (2019): *Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*. Bildungskonferenz Schulsozialarbeit, 17.5.2019, Detmold (www.lippe-schub.de/wp-content/uploads/2019/05/Vortrag-Herr-Dr.-Dr.-Preuss.pdf)

Schulte-Körne, G. (2017): *Psychische Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen-Berichte aus klinischer Perspektive*. Fachtag der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit Bayern: »Psychische Gesundheit junger Menschen in der Jugendsozialarbeit« am 15.11.2017 in Nürnberg (<http://lagjsa-bayern.de/wp-content/uploads/2017/11/Übersicht-PsychischeStörungenKinder-und-JugendlicheNürnberg.pdf>)

Weitkamp, K. (2018): *Psychische Störungen im Jugendalter. Einflussfaktoren, Therapiewartungen und Prävention*. In: *Projugend*, 2/2018, Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V. (Hg.), München; S. 4-8 (<https://projugend.jugendschutz.de/projugend-2-2018/>)

Fort- und Weiterbildungsangebote / Materialien

Deutsche Psychologen Akademie (DPA): www.psychologenakademie.de; Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV): www.erev.de/fortbildungen.html; Evangelische Jugendsozialarbeit Bayern e.V.: www.ejsa-bayern.de/fortbildung; weitere Fort- und Weiterbildungsangebote bei:

- den einzelnen Diakonischen Werken in Deutschland,
- der Diakonischen Akademie für Fort- und Weiterbildung (www.diakademie.de/kursdetails/umgang-mit-menschen-mit-psychischen-erkrankungen-023-2017-146.html),
- den Diakonie-Bundesverbänden: Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BeB, <https://beb-ev.de>), Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS, www.sucht.org),
- den Ressorts/Abteilungen Fort- und Weiterbildung großer diakonischer Komplexträger,
- weiteren (Bundes-) Fachverbänden, z.B. Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH, www.igfh.de/cms/veranstaltungen/fortbildung/2019),
- den Fachverbänden der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (z.B. BKJPP – Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.)
- den Jugendämtern, Landschaftsverbänden und Landesjugendämtern,
- den regionalen Kliniken/Institutsambulanzen der Kinder – und Jugendpsychiatrie und
- den Landesärzte- und Psychotherapeutenkammern.

Leitfäden zur Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) und Kinder- und Jugendhilfe bspw. von: Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (Mecklenburg-Vorpommern, 2011); Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Saarland, 2012); Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz & Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (Berlin, 2003); Landesverband Rheinland, Dezernat Schule, Jugend / LJA Dezernat Gesundheit, Heilpädagogische Netzwerke (2007)

Bildnachweis:

Kuttelvaserova Stuchelova/Shutterstock (Titelfoto), Shutterstock (Antonio Guillem S. 8 und 125, photka S. 12, ignasi soler S. 14, VCMGroup S.15, shutteratakan S. 16, FrankHH S. 19, Valerity Eydlin S. 23, Shanti Hesse S. 26, Photographee.eu S. 28, 31, 55 und 64, PhotographyByMK S.38, Dave Caroll S. 41, Holiday.Photo.Top S. 42, Triff S. 45, Light-spring S. 47 oben, PHOTOCREO Michael Bednarek S. 52, Roman Bodnarchuk S. 57, Lukasz Kochanek S. 59, Christy Thompson S. 67, Jazzmany S. 68, Iakov Filimonov S. 70, Denis Kuvaev S. 71, Detailfoto S. 74 oben, Matej Kastelic S. 74 unten, George Rudy S. 82, Anatoly Styf S. 87, RachenArt S. 102, Phovoir S. 106, Vera Petrunia S. 109, polya olya S. 110, ra2studio S. 114, fotojanis S. 117, Dean Dropbot S. 122, Mevan J. Ramana S. 126, Billion Photos S. 127, David Phino Photography S. 132), Harald Luft (S. 9), Bundesregierung/Jesco Denzel (S. 10), Richard Fischels (S. 11), Pixabay (Aloisio Costa Latgé ACL S. 17, StockSnap S. 20, Gerd Altmann S. 21, 25, 69, und 123, Couleur S. 46, Zoltan Matuska S. 47 unten, skeeze S. 56, FreeToUseSound S. 95, AnnaER S. 120, rawpixel S. 124, eva/Maren Rizzo (S. 73), Diakonie Hasenberg (S. 76), Pro Beruf/Marion Coers (S. 79, 80 und 81), CJD Nord (S. 84 und 85), BAZ Esslingen (S. 88 und 89), GESA (S. 90 und 91), CJD Berlin Mitte (S. 93 und 94), Mariaberger Ausbildung & Service gGmbH (S. 96, 97, 99 und 100), Diakonische Jugend- und Familienhilfe Kästorf (S. 107), Rainer Sturm/pixelio (S. 129), Rest BAG EJSA

Hinweis:

Diese Publikation enthält Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalte wir keinen Einfluss haben. Wir übernehmen daher für diese fremden Inhalte keine Gewähr. Für die Inhalte der angegebenen Seiten ist stets der jeweilige Anbieter oder Betreiber verantwortlich. Zum Zeitpunkt der redaktionellen Bearbeitung der Publikation Ende August 2019 wurden die Links auf Aktualität und mögliche Rechtsverstöße überprüft. Rechtswidrige Inhalte waren zum Zeitpunkt der Verlinkung nicht erkennbar.

Evangelische Jugendsozialarbeit
EJSA

Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit e.V.
Wagenburgstraße 26–28 · 70184 Stuttgart
Tel. (07 11) 16 48 9-0 · Fax (07 11) 16 48 9-21
E-Mail: mail@bagejsa.de · www.bagejsa.de

Im Verband mit

Diakonie 

und

 **aej**

Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen Jugend
in Deutschland e.V.

Gefördert durch



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend