

Tretjak Nina

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Soziale Arbeit

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2017

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Frau Jana Juhran

Bibliographische Beschreibung:

Tretjak Nina

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Soziale Arbeit

Child and Youth Psychiatry and Social Work

36 Seiten, Hochschule Mittweida University of Applied Sciences, Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2017

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der klinischen Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dabei werden insbesondere die Aufgaben und Methoden im beruflichen Alltag erläutert. Die Zusammenfassung dient einem Überblick über die wesentlichen Inhalte der Kapitel. Das Fazit beschäftigt sich mit eigenen Schlussfolgerungen aus den geschriebenen Inhalten.

Diese Arbeit basiert auf einer intensiven Literaturrecherche.

Danksagung

Ich bedanke mich für die Unterstützung während der Erstellung der Bachelorarbeit bei Frau Prof. Dr. phil. Barbara Wedler, Frau Jana Juhran und Herrn Benjamin Simolka.

I. Inhaltsverzeichnis

Bibliographische Beschreibung und Referat

Danksagung

I. Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Kinder- und Jugendpsychiatrie	3
2.1.	Gesetzliche Grundlagen der Sozialarbeit in der KJP in Sachsen	4
2.2.	Berufsbild der klinischen Sozialarbeiter.....	5
2.3.	Zusammenfassung	8
3.	Grundsätzliche Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit.....	10
3.1.	Sozialpädagogische Diagnosen	12
3.2.	Partizipation.....	14
3.3.	Angehörigenarbeit	16
3.4.	Netzwerkarbeit.....	17
3.5.	Öffentlichkeitsarbeit	18
3.6.	Schnittstellenarbeit	20
3.7.	Zusammenfassung	21
4.	Methoden der Sozialen Arbeit im stationären Rahmen der KJP	22
4.1.	Sozialpädagogische Beratung.....	24
4.1.1.	Einzelfallberatung.....	25
4.2.	Sozialpädagogische Betreuung.....	28
4.2.1.	Individuelle Betreuung und Gruppenbetreuung	29
4.2.2.	Außerklinische Betreuung	33
5.	Fazit	34
II.	Erklärung zur selbstständigen Anfertigung	
III.	Literaturverzeichnis	

1. Einleitung

In Deutschland kümmert sich das Gesundheitswesen, die Jugendhilfe und das Bildungs- und Ausbildungswesen um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Gesundheitsproblemen (vgl. Denner 2008, S.9). Da junge Menschen unabhängig von den jeweiligen Hilfen einen Anspruch auf pädagogische Betreuung und Beratung haben, sind Fachkräfte der Sozialen Arbeit in allen Versorgungssystemen integriert und tragen eine zentrale Rolle (vgl. ebd.).

Derzeit findet eine intensive Auseinandersetzung statt, die das Thema des komplizierten Spannungsverhältnisses zwischen der Sozialpädagogik und der Jugendpsychiatrie aufgreift. Zahlreiche Literatur beschäftigt sich mit den intensiven inter- und transdisziplinären Diskursen zum Thema Gemeinsamkeiten und Abgrenzung beider Disziplinen (vgl. Ramb 1999; Fegert 2001; vgl. hierzu auch Ramb/Colla-Müller 1989; Gintzel/Schone 1989; Institut für Soziale Arbeit e.V. 1989; Köttgen et al. 1990; Gintzel/Schone 1990b; Köttgen 1998; Becker/Koch 1999a; Stolle 2003; Fegert/Schrappner 2004b; Köttgen 2007a; Denner 2008b; Keupp 2011: 364; Schmid et al. 2012 zit. n. Tetzer 2015, S.7).

Das Verhältnis beider Professionen trägt diffus ambivalente Charaktermerkmale, die einerseits ein gemeinsames Objekt in Form von Kinder und Jugendlichen aufweist und andererseits durch Annäherung und Abgrenzung geprägt ist. Beide Disziplinen haben gemeinsame theoretische und praktische Berührungspunkte, die eine nicht übersehbare Abgrenzung entstehen lassen (vgl. Tetzer 2015, S.7).

Die nicht überschaubare Abgrenzung der Zuständigkeiten beider Professionen stellt auch die Gesetzeslage laut SGB VIII und SGB V her. Denn es ist verwirrend, dass es keine klare Definition von Zuständigkeiten für Aufgaben, sondern ein klares Ziel, die Unterstützung psychisch belasteter junger Menschen seitens beider Professionen gibt. Die Unterstützung soll durch beide Disziplinen gemeinsam gewährleistet sein. Dennoch fehlt eine klare Definition eines sozial gestörten Kindes und sozial auffälligen Verhaltens.

Die Spitze des Eisbergs bildet die Frage nach Zuständigkeit beider Systeme bei den sogenannten „Grenzfällen“. So wandern Klienten von einer Einrichtung zur Anderen

ohne dass eine entsprechende Hilfe weder durch Kinder- und Jugendhilfe noch durch Kinder- und Jugendpsychiatrie angeboten werden kann. Besonders betroffen sind Kinder und Jugendliche in langanhaltenden Lebenskrisen (vgl. Schöne 1995:102; Fegert/Schrappner 2004b; Wolf 1998; Bois/Die-Schwarz 2001 zit. n. Tetzer 2015, S.8).

Der Erfolg bei der Bewältigung einer gemeinsamen Aufgabe durch beide Disziplinen, besteht in der Kooperation und gegenseitiger Ergänzung. Die Sichtweisen beider Professionen sollten sich eher vervollständigen und voneinander profitieren. Fachwissen beider Professionen sollte in den gemeinsamen professionellen Berufsalltag einfließen. Somit würden Deutungen, Erklärungen und Handlungsmuster gleichermaßen berücksichtigt werden (vgl. Tetzer 2015, S.9).

Durch die Recherche zum Thema „ambulante Versorgungsstruktur für Kinder psychisch erkrankter Eltern“ wurde schnell deutlich, dass bisher das System in Bezug auf sozialpädagogische Beratungsstellen für Kinder und Jugendliche psychisch erkrankter Eltern nicht genügend ausgebaut ist. Bisher existieren zwei Interessensgemeinschaften, die sich um belastete junge Menschen kümmern. Das ist der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. und der Deutscher Kinderschutzbund e.V. . Sie stellen Materialien sowie Angebote für die Zielgruppe und deren Umfeld, sowie betroffene Systeme zur Verfügung. Leider sind die Angebote derzeit nicht in jeder Stadt vorhanden.

Eine ausgebaut ambulante Versorgungsstruktur würde die Kinder- und Jugendpsychiatrie entlasten und eine emotionale Überlastung rechtzeitig verhindern. Derzeit haben junge Menschen die Wahl Angebote einer Kinder- und Jugendpsychiatrie wahrzunehmen um entlastet und unterstützt zu werden.

Die folgende Bachelorarbeit setzt Schwerpunkt auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Bedeutung der Profession der Sozialen Arbeit darin. Ein besonderes Anliegen der Arbeit besteht darin, die angewandten sozialpädagogischen Methoden im stationären Rahmen vorzustellen und in den Mittelpunkt der Bachelorarbeit zu setzen. Die Besonderheiten der Sozialen Arbeit und deren Notwendigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden erläutert. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Image der Sozialen Arbeit wird ebenfalls beschrieben.

Zum Beginn der Bachelorarbeit wird die Kinder- und Jugendpsychiatrie und rechtliche Grundlagen der Arbeit vorgestellt. Daraufhin wird Bezug auf das Berufsbild der

klinischen Sozialarbeiter genommen. Eine Zusammenfassung schließt den ersten Teil der Bachelorarbeit ab und dient einem guten Überblick über bisher geschriebene Inhalte.

Die zweite Hälfte der Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der grundsätzlichen Aufgaben der klinischen Sozialarbeit und angewandten Methoden im stationären Rahmen. Die Partizipation, Angehörigenarbeit, Netzwerkarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und Schnittstellenarbeit werden als grundsätzliche Aufgaben der klinischen Sozialarbeit vorgestellt. Daraufhin werden „Methoden“ mit dem Schwerpunkt auf die Beratung und Betreuung näher betrachtet. Das Ende des zweiten Teils bildet das Fazit. Im Fazit findet eine kritische Auseinandersetzung mit geschriebenen Inhalten und stigmatisierenden Begriffen statt. Daraus werden eigene Schlussfolgerungen entwickelt.

Aus den Gründen der Lesbarkeit wird diese Bachelorarbeit nur die männliche Form erwähnen. Dennoch sind mit der männlichen Form beide Geschlechter gemeint.

2. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ein Teil in der modernen und sich schnell weiterentwickelnden Gesellschaft zu sein, stellt hohe Anforderungen an junge Menschen dar. Prozesse die Kinder und Jugendliche durchlaufen bis hin zum Erwachsen sein und sich eigenständig in der modernen Welt zurechtfinden, bieten einerseits viele Möglichkeiten zur weiteren Entwicklung. Gleichzeitig steigt die Gefahr der Überforderung. Junge Menschen, die mit großen und langwierigen Problemen konfrontiert sind haben Anspruch auf Begleitung und Betreuung sowie Unterstützung.

Das Gesundheitswesen, die Jugendhilfe und das Bildungs- und Ausbildungswesen haben gemeinsame sowie wechselseitig sich ergänzende Aufgaben für Kinder und Jugendliche. Neben diesen zahlreichen Pflichten, sind sie für Heranwachsende mit einem psychischen Gesundheitsproblem zuständig. Die Soziale Arbeit ist in jedem dieser Systeme integriert und übernimmt dort eine relevante Rolle. Denn junge Menschen haben einen Anspruch auf Betreuung und Beratung (vgl. Denner 2008, S.9.).

Je nach Bundesland wird sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie auf das Landesrecht beziehen. Im Bundesland Sachsen bezieht sich die Arbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf das SächsPsychKG, das die Hilfen und die Unterbringung bei

psychischen Krankheiten regelt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigt sich mit relevanten Aufgaben, die sich auf die Versorgung der Zielgruppe beziehen.

2.1. Gesetzliche Grundlagen der Sozialarbeit in der KJP in Sachsen

In diesem Kapitel werden die relevantesten Gesetzestexte und Paragraphen für die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ihrer stationären Behandlungsform vorgestellt.

Die europäische Charta ist im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie von besonderer Bedeutung. Diese wird vor dem Grundgesetz vorrangig vorgerückt. Sie regelt im Artikel 20 bis 26 das Recht zur Gleichheit vor dem Gesetz. Durch Artikel 21 gilt ein Diskriminierungsverbot in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung. Das Diskriminierungsverbot stellt ein Grundrecht dar und ist einklagbar (vgl. Dörner 2007, S. 505). Die Charta gilt in europäischen Ländern.

Zunächst ist jedoch das Wissen um das Grundgesetz von Bedeutung. Dieses regelt neben dem Staatsorganisationsrecht die Grundrechte. Hier stehen die Unantastbarkeit der Menschenwürde, Freiheitsrechte und Gleichheit vor dem Gesetz niedergeschrieben (vgl. ebd.).

Des Weiteren sind die landesrechtlichen Unterbringungsgesetze für psychisch Kranke relevant. Im Bundesland Sachsen ist damit das SächsPsychKG gemeint.

Eine geschlossene Unterbringung kann über §1631b eingeleitet werden. Der §1631b wird bevorzugt als Grundlage genommen, da es weniger negativen Konsequenzen bei der Wahl des späteren Berufs für die jungen Menschen nach sich zieht (vgl. Tetzer, 2015, S. 107 f.). Mit der Unterbringung nach SächsPsychKG wird die Wahl der möglichen Berufe eingeschränkt. So wird der Zugang zu Polizei, Militär oder Verbeamtung eingeschränkt (vgl. ebd., S. 108).

Der §1631b des Bürgerlichen Gesetzbuches beschäftigt sich weiterhin mit freiheitsentziehenden Unterbringungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Um die Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Anspruch nehmen zu können, muss vorerst ein Behandlungsbedarf vom Arzt definiert werden. Wenn nach der Diagnostik eine behandlungsbedürftige Erkrankung im Sinne des SGB V vorliegt, fällt die Entscheidung auf eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung (vgl. Denner 2008, S. 72).

„Die Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Teil des Krankenversorgungssystems und werden im fünften Sozialgesetzbuch (SGBV) geregelt. Sie werden von Krankenversicherungen finanziert“ (ebd., S.72). Voraussetzung der Übernahme von Kosten des Aufenthalts ist die Nichtvollendung des 18. Lebensjahrs und in der Regel die Versicherung über eine Mitgliedschaft der Eltern in der jeweiligen Familienversicherung. Diese Regelung ist im § 10 SGB V zu finden (vgl. § 10, SGB V).

Da die stationäre Art der Behandlung sich um die Versorgung, Unterbringung und Verpflegung der jungen Erwachsenen kümmert, kommt der § 39 SGB 5, Abs.1 in Frage. Dieser gewährleistet bei stationärem Aufenthalt die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, sowie Unterkunft und Verpflegung während der Behandlung (vgl. §39 SGB V, Abs.1, S.1544).

Die Leistungen der notwendigen Rehabilitation nach stationärem Aufenthalt regelt der §40 SGB V. Weiterhin werden sozialpädagogische und umfeldbezogene Maßnahmen mit den Einrichtungen der Jugend- oder Sozialhilfe koordiniert (vgl. Denner 2008,S.83). Die Maßnahmen verhindern eine gesellschaftliche Ausgrenzung der Kinder- und Jugendlichen.

Innerhalb dieser gesetzlichen Vorgaben findet Soziale Arbeit statt, denn Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf pädagogische Betreuung und Beratung während und nach dem Aufenthalt.

Neben den inhaltlichen Fragen gehen zusätzlich aus den gesetzlichen Regelungen Anforderungen und Maßstäbe zur Orientierung während der Behandlung heraus. Sie klären Rechte und Verpflichtungen auf beiden Seiten. Auf der Seite der Betroffenen ist ein menschenwürdiger Umgang ein besonderer Schwerpunkt. Das Recht regelt die Interessen des Behandlers und das Wohl der Patienten. Letztendlich schützen Gesetze Betroffene vor Missbrauch und klären Rechte und Pflichten auf beiden Seiten

2.2.Berufsbild der klinischen Sozialarbeiter

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie erhalten klinische Sozialarbeiter eine besondere Bedeutung. Auf dieses spezielle Berufsbild wird im Folgenden detaillierter eingegangen.

Im Allgemeinen richten Sozialarbeiter ihr Handeln nach ethischer Grundlage. Diese unterscheidet sie von anderen Berufsgruppen. Die Auseinandersetzung mit der Politik zählt oft zur ethischen Grundlage dazu. Dieses grenzt sie von der Berufsgruppe der Ärzte und Psychologen ab. Die ethische Grundlage ist tief im Berufsbild der Sozialarbeiter verankert (vgl. Knoll 2000, S.135).

Die klinische Sozialarbeit ist die Form der Sozialarbeit, die in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie angeboten wird. Sie entstand aus dem Gesundheitswesen. Klinische Sozialarbeit ist eine Fachsozialarbeit. „Die „klinische Sozialarbeit“ ist aus dem Gesundheitswesen für stationäres sowie teilstationäres Setting entstanden. „Klinisch“ bedeutet (wie in der „klinischen Psychologie“) die direkt beratend-behandelnde Tätigkeit in der Fallarbeit, unabhängig davon, ob dies in Praxen, ambulanten Beratungsstellen, in Tageseinrichtungen, oder in Kliniken und Langzeiteinrichtungen stationär erfolgt“ (Habermas 2001 a, 79ff, zit. n. Pauls 2013, S. 16).

Fällt das Interesse auf die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sind Fachkenntnisse über die Krankheitsbilder der Lebensphase Kindheit und Jugend sowie der erwachsenen Lebensphase notwendig. Ebenso von Bedeutung ist das Verstehen der Fachsprache in einem multiprofessionellen Team. Darüber hinaus wäre eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der Rehabilitation von Vorteil (vgl. Denner 2007, S.136).

Fachkenntnisse über die Sozialgesetzbücher sind von Bedeutung. Denn sie werden im Prozess der soziotherapeutischen Arbeit und Absicherung der Zielgruppe relevant. Die Absicherung ist eine relevanter Aufgabe als die therapeutische Betreuung. Bei der Zukunftsplanung muss geklärt sein, welche Ansprüche die Betroffenen haben und welche Art von Leistung ihnen zusteht. Außerdem muss eindeutig sein, welche Kasse ausgehend von der persönlichen Situation des Betroffenen rechtlich greift. Möglich wäre, dass Ansprüche bei Krankenkasse, Familienkasse oder ARGE geltend gemacht werden können. Der Anteil dieser Arbeit ist wesentlich für den Erfolg der Behandlung. Die psychisch aufgebaute Stabilität kann nur bei einer abgeklärten und abgesicherten Lage erhalten werden (vgl. ebd.).

Ebenso wichtig sind Fachkenntnisse über Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit. Die Theorie der Lebensweltorientierung, Beratung und ihre Ansätze (Lebenswelt- und Alltagsorientierung, Ressourcen- und Netzwerkorientierung sowie der systemische

Ansatz) geben eine umfassende Blickperspektive ergänzend zu anderen Sichtweisen auf sozial auffälliges Verhalten. Sie setzen sich mit der tatsächlichen Wirklichkeit in der die Klienten leben, sowie Systemen in denen sie eingebunden sind und interagieren auseinander. Sie ermöglichen des Weiteren eine umfassende und kritische Auseinandersetzung mit der medizinischen Blickperspektive, die sich auf die Deutung eines sozial auffälligen Verhaltens als Erkrankung bezieht.

Unter persönlichen Kompetenzen wäre die eigene psychische Stabilität und Widerstand gegenüber dem Leid zweier Seiten zu erwähnen. Denn in diesem Arbeitsfeld haben einerseits jungen Menschen sowie ihre Eltern einen hohen Bedarf gehört und verstanden zu werden, andererseits muss der Sozialpädagoge unparteiisch bleiben oder die Handlung solidarisch erklären. Genauso wichtig ist die persönliche Fähigkeit sich abzugrenzen und den eigenen Anforderungen sowie den Anforderungen der Kostenträger, der Einrichtung gerecht zu werden. Der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfordert viel Kraft und Energie (vgl. ebd.). Deshalb ist Durchhaltevermögen sowie eine hohe Belastbarkeit und Ausdauer von Vorteil. Junge Menschen haben ihre erlernten Verhaltensmuster, die sie gegenüber dem Fachpersonal verdeutlichen. Die Fachkräfte reflektieren eingeprägte Muster, die Rückfallgefahr ist dennoch vorhanden. Ein Beziehungsaufbau zu den vertrauten Personen erfordert sehr viel Empathie, Geduld und Wissen. Ein Sozialpädagoge muss dazu in der Lage sein eine Bindung zu den Kindern aufzubauen auch wenn diese ein außergewöhnliches Verhaltensmuster aufweisen. Sollten diese persönlichen Kompetenzen nicht ausgereift sein, besteht für den Sozialpädagogen die Gefahr an Burn-Out zu erkranken.

Die Kompetenz der Selbstreflexion ist die Prävention gegen das Ausbrennen. Der Sozialpädagoge sollte sich selbst verstehen, die eigenen Traumata, Defizite und Fehler sowie Schwächen kennen und gelernt haben auf eine liebevolle Art und Weise diese anzunehmen. Ebenso ist es wichtig, sich mit der eigenen Motivation und der Berufswahl auseinanderzusetzen. Eine mögliche Motivation könnte sein, dass die Fachkraft jemanden beweisen möchte, dass er in diesem Beruf arbeiten könne. Die Selbstreflexion und die Annahme der eigenen Identität ist eine Prävention gegen „berufliche und private Verstrickungen“ (Denner 2007, S. 136). Ein stabiles Selbstkonzept sowie das eigene Umfeld verhelfen zu einer positiven Lebenseinstellung. Das ist wie eine Gesundheitsvorsorge für das Arbeitsfeld (vgl. Denner 2007, S.136f).

Die berufliche Kompetenz besteht aus vier Säulen. Diese sind Selbsterfahrung, Team, Supervision und Fortbildung. Sie verhelfen zu einem besseren Verständnis der Verhaltensweisen und einem adäquaten Umgang damit. Sie ist das Fundament für eine wertschätzende Beziehung sowie der Akzeptanz des berufstypischen Alltags. Im Besonderen auch zu Selbstverletzungen von Klienten als eine Strategie sowie dem Ernstnehmen des suizidalen Verhaltens. All das führt zur Schaffung von Angstabbau, sowie der Annahme und Würdigung von Auswirkungen einer Erkrankung (vgl. ebd., S.137). Eine weitere Kompetenz ist die Teamfähigkeit. Innerhalb des Teams findet kollegiale Beratung und regelmäßige Fall- und Teamsupervision statt. Ein angenehmes Arbeitsklima und ständiger Austausch unter den Mitarbeitern ist ein weiterer Garant für Erfolg und ein befriedigendes Arbeitsleben.

In der Regel werden im Bereich der Betreuung und Beratung klinische Sozialarbeiter eingesetzt. Sie stehen den Kindern und Jugendlichen, sowie ihren Familien und dem Team zur Verfügung.

Die klinischen Sozialarbeiter beraten nicht nur die Kinder oder Jugendlichen sondern auch ihre Familien. Beispielsweise ist ein Kind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dessen Anspruch auf Kindergeld durch die Familienkasse nicht nachgekommen wird. Die Familie bekommt seit vier Monaten die Zahlungen nicht überwiesen, mit der Begründung, die nötigen Nachweise zur Bearbeitung nicht zur Verfügung gestellt zu haben. Der Sozialarbeiter kann somit gemeinsam mit den Eltern des Kindes die nötigen Unterlagen zur Bearbeitung an die Familienkasse schicken. Möglicherweise muss er die Eltern an die Stadt verweisen, die Beratungsscheine zur rechtlichen Beratung bei bestimmten Bedingungen ausstellt. Die Aufgabe wäre auch, sich damit auseinanderzusetzen, welche Bedingungen das sind und wie man diese nachweisen kann.

2.3.Zusammenfassung

Das Gesundheitssystem, die Jugendhilfe und das Bildungs- sowie Ausbildungswesen regeln zahlreiche Aufgaben für junge Menschen. Ebenfalls sind diese Systeme für Kinder und Jugendliche mit einem psychischen Gesundheitsproblem verantwortlich. Junge Menschen haben ein Recht innerhalb dieser Systeme auf medizinische,

psychologische und sozialpädagogische Hilfen. Deshalb sind sozialpädagogische Fachkräfte an diesen Stellen tätig.

Das System der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendhilfe ist geprägt durch ein Spannungsverhältnis. Beide Systeme suchen nach Gemeinsamkeiten sowie Abgrenzungen voneinander. Das bedeutet konkret, dass es Aufgaben gibt, die gemeinsam oder getrennt voneinander bewältigt werden müssen. Das Fehlen einer klaren Definition kommt ebenfalls erschwerend hinzu.

Der Erfolg einer Kooperation setzt ein Integrieren beider Sichtweisen in den professionellen Berufsalltag voraus. Statt Kooperation gestaltet sich das Verhältnis eher schwierig.

Da ein stationärer Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Notlösung für ein langwieriges Gesundheitsproblem darstellt, müsste dem vorgebeugt werden.

Um einer stationären Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzubeugen müsste das ambulante Versorgungssystem in Bezug auf sozialpädagogische Beratungsstellen für Kinder und Jugendliche psychisch erkrankter Eltern ausgebaut werden.

Im berufspraxisbezogenen Alltag muss die Arbeit mit dem Gesetz berücksichtigt werden. Die europäische Charta, das Grundgesetz und das SächsPsychKG beschäftigen sich mit Rechten und Pflichten auf der Seite der Einrichtung und der zu behandelnden Patienten. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf einem menschenwürdigen Umgang. Und auf dem Recht die eigenen Ansprüche auf beiden Seiten geltend machen zu können.

Das Handeln der Sozialarbeiter basiert auf ethischen Grundlagen.

Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf Diagnostik und Betreuung sowie Begleitung und somit die Möglichkeit auf eine Verbesserung der eigenen Lebensqualität. Es besteht nun weiterhin die Frage, wie die Präventionsmaßnahmen und Interventionsmaßnahmen interagieren müssten um eine ganzheitliche Sicht auf die Krise zu erhalten. Die Soziale Arbeit bietet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie das Angebot der Beratung und Betreuung an.

3. Grundsätzliche Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit

Klinische Sozialarbeit ist eine Fachsozialarbeit. Das Adjektiv „klinisch“ umschreibt eine direkt beratend- behandelnde Tätigkeit in der Fallarbeit, die in Praxen, ambulanten Beratungsstellen, Tageseinrichtungen oder in einer Klinik und Langzeiteinrichtung stationär stattfinden kann (vgl. Habermas 2001 a, 79ff, zit. n. Pauls 2013, S. 16).

Klinische Sozialarbeit bedient sich aus den in der Geschichte gesammelten Erkenntnissen und handelt nach Basiszielen. Die Ziele sind in allen Arbeitsfeldern der Sozialarbeit wiederzufinden. Diese beschäftigen sich mit der Förderung, Verbesserung und Erhaltung der psychosozialen Funktionsfähigkeit von Individuen, Familien und Gruppen (vgl. Pauls 2013, S. 16). Im Prozess der Beratung, Behandlung und Prävention ist eine Betrachtung aus der psychosozialen Perspektive möglich. Dies ist ein klarer Vorteil für die Arbeit mit den Klienten, die mit schwierigen Belastungen und Krisen, sowie sozio- und psychosomatischen, chronische Erkrankungen umgehen müssen (vgl. ebd.).

Die Aufgaben der klinischen Sozialarbeit in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie beziehen sich auf Beratung und Betreuung. Es gibt zwei Arten, in denen Sozialpädagogen eingesetzt werden. Im pädagogisch-pflegerischen Team und im Kliniksozialdienst. Ein Sozialpädagoge im pädagogisch- pflegerischen Team beschäftigt sich mit der Gestaltung des Alltagsablaufs. Er ist ein Teil des pädagogisch-pflegerischen Teams auf den allgemeinspsychiatrischen Stationen sowie auf störungsspezifischen Stationen wie z.B. Sucht- oder Trauma- Station (vgl. Denner 2007, S.58). Des Weiteren werden Sozialpädagogen bei Entwicklung der erziehungsbezogenen Konzepte involviert. Die Gestaltung der Dynamik des Alltags und Milieus der Gruppe sind ebenfalls Aufgaben des Sozialpädagogen. Er ist eine Bezugsperson für die Klienten und gestaltet freizeitpädagogische und gruppenpädagogische Angebote. Außerdem gestalten Sozialpädagogen Stationsvisiten und Teambesprechungen mit. Sie führen die Dokumentationen, pädagogische Eingangsdiagnostik, Unterstützen bei der Aufnahme und Entlassung der jungen Menschen (vgl. ebd.). Sie begleiten Elterngespräche sowie pädagogische Eltern- und Familienarbeit (vgl. Kuchenbecker, 2002 sowie Kapitel Kreutzer/Reinker/Müller/Tomke zit. n. Denner 2007, S.58).

Im Kliniksozialdienst übernehmen die Sozialpädagogen folgende Aufgaben: soziales Kompetenztraining, sozialtherapeutische Einzelhilfe für Kinder und ihre Familien, Zusammenarbeit mit Diensten außerhalb des Krankenhauses, Klärung von rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen, Vorbereitung von außerfamiliären Unterbringungen, Mithilfe in der Sozialanamnese bzw. der psychosozialen Diagnostik (vgl. Denner 2007, S.58). Hier werden Sozialpädagogen aufgesucht, wenn es um Fragen der Unterbringung geht oder sind Ansprechpartner für Probleme des sozialen Umfelds der jungen Menschen. Die Besonderheit dieser Arbeit besteht darin, dass der Sozialpädagoge die Kinder und Jugendlichen und ihre Familien nicht kennen muss. Denn aufgrund der zugewiesenen Aufgaben ist er oft außerhalb der Räumlichkeiten der Einrichtung unterwegs. So nehmen Sozialpädagogen Termine mit Jugendämtern wahr und sind anwesend bei Hilfeplangesprächen. Ebenfalls sind sie beim Abklären der Unterbringung nach dem Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dabei. Sie begleiten die Jugendlichen zum ersten Besichtigungstermin im Heim (vgl. ebd.).

Der Sozialpädagoge auf den allgemeinspsychiatrischen Stationen sowie auf störungsspezifischen Stationen wie z.B. Sucht- oder Trauma- Stationen ist ein Teil des multiprofessionellen Teams. Das Team kann je nach Art der Einrichtung aus Diplompsychologen, Diplompädagogen, Heilpädagogen, Sozialpädagogen, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten, Motopäden, Musik- und Kunsttherapeuten, Pflegern, Erziehern und Lehrern zusammengestellt sein (vgl. Denner 2007, S.73). Sozialpädagogen werden bei Entwicklung der erziehungsbezogenen Konzepte involviert. Die Gestaltung der Dynamik, des Alltags und Milieus der Gruppe sind ebenfalls Aufgaben der Sozialpädagogen. Sie sind eine Bezugsperson für die Klienten und gestalten freizeitpädagogische und gruppenpädagogische Angebote. Außerdem gestalten sie Stationsvisiten und Teambesprechungen mit. Sie führen die Dokumentationen, pädagogische Eingangsdiagnostik, Unterstützen bei der Aufnahme und Entlassung der jungen Menschen. Sozialpädagogen begleiten des Weiteren bei Elterngesprächen sowie bei der pädagogischen Eltern und Familienarbeit (vgl. Kuchenbecker, 2002 sowie Kapitel Kreutzer, Reinker/Müller, Tomke zit. n. Denner 2007, S.58).

Das bedeutet Konkret für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass Soziale Arbeit in ihren Prozessen aktiv involviert werden muss. Sie hat die Aufgabe Menschen zu befähigen ihre gesamten Möglichkeiten zu entwickeln, ihr Leben zu bereichern und

Dysfunktionen vorzubeugen. Sie arbeitet schwerpunktmäßig auf Problemlösung und Veränderung hin. Daher sind Sozialarbeiter Anwälte für Veränderung, die dazu dem Einzelnen Angebote unterbreiten (vgl. DBSH 2000, o. P. zit. n. Kirschweger, S.275 in Gahleitner 2012, S.275).

Im Rahmen der klinischen Sozialarbeit werden außerdem sozialpädagogische Diagnosen durchgeführt.

3.1.Sozialpädagogische Diagnosen

Eine sozialpädagogische Diagnose versteht sich als ein Prozess, der das Fachpersonal dabei unterstützt ein ganzheitliches Gesamtbild von einer Situation, in der der Betroffene sich befindet, zu gewinnen. „Allgemein meint Diagnose das „Feststellen, Prüfen und Klassifizieren von Merkmalen mit dem Ziel der Einordnung zur Gewinnung eines Gesamtbildes“ (Die Zeit 2005, Bd, 3, S.436 zit. n. Galuske 2013, S.217).

Die Gewinnung eines Gesamtbildes ist ein elementarer Bestandteil des professionellen Hilfeprozesses. Denn ein Sozialarbeiter muss schwerwiegende Entscheidungen treffen, die langwierige Folgen für das Leben der jungen Menschen haben (vgl. Galuske 2013, S. 218). Vorerst wird eine Analyse des Problems und Lebenszusammenhangs durchgeführt. Daraufhin wird die getroffene Entscheidung begründet.

Sozialpädagogische Diagnosen zielen auf die Erfassung, Verstehen und Beurteilung eines komplexen Lebenszusammenhangs (vgl. ebd.). Da ein Mensch, der in die Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Behandlung vorgestellt wird aus einem Leben herausgerissen wird, bringt er ein bereits entstandenes soziales Problem mit. Bei der Fallanalyse konkurrieren oftmals verschiedene Sichtweisen. Dabei wird sich bemüht eine Klarheit darüber zu schaffen „...was eigentlich das Problem ausmacht bzw. was der Fall ist.“(Galuske 2013, S.219).

Im Vergleich zwischen einer medizinischen Analyse, die sich die Frage stellt „Was ist das Problem?“ beschäftigt sich die Soziale Arbeit mit der Frage „Wer hat welches Problem?“. Begründung für die Frage der sozialpädagogischen Diagnose ist, dass es sich hierbei um „nur begrenzt um objektive Tatsachen sondern vor allem um subjektive Zuschreibungen geht, die je nach Standpunkt verschieden sind“(Müller 2016, S.117 zit. n. Galuske 2013, S.219).

Die sozialpädagogische Diagnose beschreibt Michael Galuske in seinem Buch über Methoden der Sozialen Arbeit. Er orientiert sich nach Schrappner (2004, S. 50 f.). Dabei bezieht er sich auf sechs Schritte:

- „1. Systematische Sammlung und Verarbeitung eigener Daten und Fakten sowie Einschätzung und Bewertung anderer;
2. Selbstdeutungen der Betroffenen;
3. Selbstreflexion des Helfersystems;
4. Deutungen auf den Punkt bringen, Konsequenzen ziehen;
5. Deutungen an den Klienten zurückspeiegeln sowie
6. Überprüfung der Diagnose“ (Schrappner 2004, S. 50 f. zit. n. Galuske 2013, S. 219).

Somit hilft eine sozialpädagogische Diagnose dabei, sich langsam an eine Vorstellungen anzunähern, wie es einem anderen Menschen geht, wie er sich selbst und seine Welt sieht und begreift (vgl. Galuske 2013, S. 219).

Konkret in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die sozialpädagogische Diagnose insbesondere bei dem Erstellen einer Netzwerkkarte helfen. Aus der Resilienzforschung wird bewusst, dass klinische Sozialarbeit ressourcenorientiert arbeiten sollte. Denn dies ist eine besondere Fähigkeit der klinischen Sozialarbeit. Beim Erstellen der Netzwerkkarte geht der Sozialpädagoge mit dem Kind in den Kontakt und sucht gemeinsam nach Personen, die eine Ressource darstellen könnten. Denn es wird eine fürsorgliche und kompetente erwachsene Person benötigt, um dem Kind bzw. Jugendlichen den Rücken zu stärken. Diese sollte dem jungen Menschen außerhalb des Familiensystems zur Verfügung stehen. Er kann dabei unterstützen Lebensbelastungen und Krisen positiv zu bewältigen. Das bedeutet konkret, es wird aktiv nach einer Bezugsperson geschaut, die diese Kriterien erfüllt. Über eine solche Methode wird besonders schnell sichtbar, wo die Ressourcenpersonen sind. Möglicherweise wurden diese bisher übersehen. Die Meinung und Mitbeteiligung des Betroffenen ist beim Erstellen einer Netzwerkkarte von Bedeutung. Mit dem partizipativen Ansatz der sozialen Diagnostik machen sich Sozialarbeiter gemeinsam mit dem jungen Menschen auf die Suche nach einer Bezugsperson (vgl. ebd. S. 276).

3.2.Partizipation

Die Arbeit auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zielt letztendlich auf die Teilhabe (Partizipation) der Kinder und Jugendlichen am gesellschaftlichen Leben allgemein.

Der Begriff Partizipation beschreibt im eigentlichen Sinne die Teilnahme von Bürgern an politischen Beratungen und Entscheidungen.

Konkret in dem beruflichen Alltag der Sozialen Arbeit in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie wird unter Partizipation eine Einbeziehung von Einzelnen und Gruppen in Entscheidungs- und Willensbildungsprozesse und deren Mitwirkung verstanden. So können junge Menschen Ideen zur Gruppenaktivität oder Anregungen zum gemeinsamen Essen innerhalb der Gruppe geben.

Unsere Gesellschaft legt vordergründig ihren Fokus auf die Zielgruppe der Erwachsenen. Deswegen besteht ein Bedarf gezielte Angebote für junge Menschen zu entwickeln, die sie ansprechen und dazu einladen sich an gesellschaftlichen Prozessen zu beteiligen. Sie sollen an Meinungsbildungs- sowie Entscheidungsprozessen beteiligt werden (vgl. Vilmar 1986, zit. n. Hahn und Hanh in Gahleitner 2015, S.260). So können ehemalige Betroffene von Ihrer Erfahrung mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie berichten. Denn sie sind Experten auf ihrem Gebiet. Sie kennen Bedarfe und können in Parteien eintreten um Einfluss auf die Politik und Bearbeitung von politischen Themen nehmen. Anhand von Erfahrungsberichten können Hilfen evaluiert und verbessert werden.

Es gibt drei Säulen, die die Partizipation beschreiben. Die erste Säule handelt von der Mitsprache als Mitteilungsäußerung. Die zweite Säule beschreibt die Mitwirkung als Beteiligung am Beratungsprozess bezüglich gemeinsamer Angelegenheiten und zu treffender Entscheidungen. Die letzte Säule beinhaltet die Mitbestimmung als Beteiligungsrecht an Entscheidungsprozessen (vgl. Hahn und Hahn in Gahleitner 2015, S. 260).

Insgesamt gibt es sechs Formen der Kinderbeteiligung. In dieser Arbeit werden diese kurz erläutert und auf die klinische Sozialarbeit bezogen.

Die projektbezogene Beteiligungsform lässt junge Menschen bei konkreter Projektplanung teilnehmen und lädt zur Mitarbeit ein (vgl. ebd.).

Die nächste Form der Partizipation findet in den Räumen der Kinder- und Jugendverbände statt. In das Geschehen werden Jugendorganisationen und -verbände in Jugendringen einbezogen. Die Projekte finden in den betroffenen Gemeinden oder Landkreisen statt. Die Anhörung steht den Kindern und Jugendlichen als Recht zur Verfügung (vgl. ebd.).

Die dritte Form der Partizipation wird als die offene Beteiligungsform (Hearings) bezeichnet. Diese Form wird durch die städtische Bürgerbeteiligung organisiert. (vgl. ebd.).

Die vierte Form findet auf institutioneller Ebene statt. Deswegen nennt sie sich institutionsbezogene Partizipation. Beispielsweise in Schulen, Kindertagesstätten oder Freizeiteinrichtungen. Ebenso in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Institutionsbezogene Partizipation bezweckt eine politisch demokratiefördernde Atmosphäre. Sie ermöglicht Kindern und Jugendlichen die Erfahrung der Mitgestaltung, Kommunikation und Mitbestimmung. So können Ideen von jungen Adressaten aktiv den Tagesablauf oder Wochenplan in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beeinflussen (vgl. ebd.).

Die fünfte Form ist die Mediengestaltung. So können Kinder und Jugendliche an der Gestaltung von Zeitschriften, Magazinen, Rundfunk- sowie Fernsehprogrammen teilnehmen. Ebenso sind elektronische Medien in diesen Prozess eingebunden. Auf diese Weise können junge Menschen ihre Sichtweisen kommunizieren. Ein positiver Nebeneffekt ist das Bilden und Vertreten der eigenen Meinung (vgl. ebd.). Im Rahmen der klinischen Sozialarbeit könnte beispielsweise ein Projekt „Wir hatten Spaß am See“ durchgeführt werden. Hierbei gestalten junge Menschen eine Zeitschrift mit den schönsten Erlebnissen der Reise. Sie haben im Vorfeld Fotos aufgenommen, gesammelt und sortiert. Zu den Aufnahmen wurden kurze Texte verfasst. Daraus entwickelten sich zu jedem Tag Berichte. Nach der Ankunft aus der Freizeit in stationäre Räume, wird gemeinsam eine Zeitung gestaltet. Jedes Kind erhält ein Exemplar. Eine andere Option wäre das Erstellen eines Films, der die gemeinsamen fünf Tage Revue passieren lässt. Hierbei könnte auch die Stationskamera zum Einsatz kommen. So können Kinder und Jugendliche in Gruppen aufgeteilt werden. Für jeden Tag würde eine Gruppe in Form einer Dokumentation des Tages Verantwortung übernehmen. Diese Option bietet die Möglichkeit die kreativen Anteile zur Sprache kommen zu lassen.

Die alltägliche Partizipationsform beschäftigt sich mit alltagsorientierter Kommunikation. Diese kann strukturiert oder zufällig geschehen. Ein Beispiel für die strukturierte Form wäre eine Mecker- und Kritikwand oder ein Gesprächs- und Schweigestein. Jedes Kind oder jeder Jugendliche würde die Regeln kennen und diese Form regelmäßig nutzen. Der Ausdruck findet sich in einer spontanen Gesprächsgruppe, grundsätzlichen Beteiligungserwartung sowie das nein-sagen-dürfen wieder. Die Form konzentriert sich auf die Bedeutung der Sprache, die in sozialen Gruppen, Familien und Institutionen zur Verständigung genutzt wird (vgl. ebd.).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie können einzelne Arten der Partizipation miteinander kombiniert werden.

Des Weiteren wird im klinischen Bereich die Arbeit mit den Angehörigen von Sozialarbeitern übernommen.

3.3. Angehörigenarbeit

Die Angehörigenarbeit beschreibt die Auseinandersetzung mit der Familie und insbesondere mit den Eltern der Kinder. Bereits vor der Aufnahme entsteht ein erster Kontakt zwischen den Stationsärzten/ Sozialpädagogen und den Eltern. Die Eltern bekommen einen Elternbrief, indem behandlungsrelevante Informationen und das Behandlungskonzept des Aufenthalts vorgestellt wird. Sie versehen den Behandlungsvertrag mit einer Unterschrift. Somit verpflichten sie sich zur Zusammenarbeit mit der Klinik. Der Vertrag ist ab diesem Zeitpunkt eine Verbindlichkeit. Die Eltern besuchen ihre Kinder auf der Station. Außerdem kommen sie zu regelmäßigen Terminen. Diese finden zwischen dem Bezugspädagogen und den Angehörigen statt. Für die Organisation und Vereinbarung ist der Bezugspädagoge verantwortlich. Der Schwerpunkt in der ersten Phase des Klinikaufenthalts liegt auf der Beobachtung der Eltern-Kind Interaktion. Insbesondere wird die Mutter- Kind Interaktion beobachtet. Ebenfalls wird in der ersten Phase das Interaktionsverhalten zwischen den Mitarbeitern und dem Kind unter die Lupe genommen (vgl. Denner 2007, S.92).

Der Bezugspädagoge nimmt vorerst eine passive Rolle ein. Nach der Beobachtung wird gemeinsam das Geschehen reflektiert. Dabei können die Kinder sowie ihre Eltern

eigene Wünsche und Ängste in einem vertrauten Rahmen mitteilen. Die Ziele werden festgehalten und fungieren als Wochenziele sowie Wochenendziele. Die Ziele müssen dennoch auf ihre inhaltliche Akzeptanz beiderseits überprüft werden. Ebenso auf ihren Erfolg. Am Wochenende findet in den gewohnten Räumen der Kinder das Familien-Sozial-Training statt. Herausforderungen sowie Unsicherheiten bei der Umsetzung können während der Elterntermine erneut angepasst und reflektiert werden. Die Sitzungen werden gemeinsam zwischen Bezugspersonen und Therapeuten gestaltet.

Erscheinen die Angehörigen nicht zu den vereinbarten Terminen wird dringend nach einer Möglichkeit zum Aufklärungsgespräch zwischen der Institution und den Eltern gesucht. Wird die Zusammenarbeit durch das Nichtinhalten der Zeiten unmöglich, führt es zum Behandlungsabbruch (vgl. ebd.).

Um den Behandlungsverlauf zu optimieren und zu verbessern wurde die pädagogisch-pflegerische Visite (PPV) eingeführt. Diese versteht sich als qualitätssichernde institutionelle Maßnahme der Kinder und Jugendpsychiatrie. Sie dient der Reflexion der Arbeit von Bezugspädagogen mit der Stationsleitung bzw. Stellvertretung. Dabei werden Eltern und Kinder zweimal zu vier Themengebieten befragt. Im Anschluss der Befragung füllen diese einen anonymen Fragebogen aus. Die Ergebnisse werden ausgewertet und beeinflussen die weitere Arbeit (vgl. ebd.).

3.4.Netzwerkarbeit

Das Gesundheitswesen, die Jugendhilfe und das Bildungs- und Ausbildungswesen sind drei Versorgungssysteme, die unter anderen Aufgaben auch für Kinder und Jugendliche mit langanhaltenden psychischen Problemen zuständig sind. (vgl. Denner, S.9)

Diesbezüglich sind sie gezwungen miteinander zu kooperieren um bestmögliche Hilfen für entstandene Bedarfe anbieten zu können. Im Falle der Kinder- und Jugendpsychiatrie kooperieren sie mit dem Gesundheitsamt, behandelnden Ärzten, Jugendämtern, Schulen und Kindertagesstätten oder Wohngruppen.

Im Fall der notwendigen Nachsorge übernimmt der Kliniksozialdienst die Kontaktaufnahme mit öffentlichen Instanzen wie Polizei und Gerichten, Einrichtungen der Bewährungshilfe und Jugendgerichtshilfen. Ebenso organisieren sie Maßnahmen zur Veränderung von Lebensumständen. (vgl. Fegert, 2004., zit. n. Denner 2008, S.84).

Teilweise nehmen Kinder- und Jugendpsychiatrien an regionalen, landesbezogenen Projekten teil.

Da diese Bachelorarbeit sich auf allgemeine Kinder- und Jugendpsychiatrien bezieht werden keine konkreten Projekte beschrieben.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie könnte für sich als Einrichtung werben. Sie könnte sich als einen attraktiven Netzwerkpartner präsentieren. Die Werbung wird durch die Öffentlichkeitsarbeit geleistet.

3.5.Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit versucht einen großen Teil der Gesellschaft zu erreichen. Sie informiert und beteiligt sich an öffentlichen Diskursen. Die Teilnahme einer Disziplin bietet Möglichkeit fachbezogene Ansätze, Interessen und Themengebiete anzusprechen, um sie in die Gesellschaft einzubringen. Ebenso wird durch die Öffentlichkeitsarbeit für eine Einrichtung geworben. Sie dient der Erklärung und Darstellung der eigenen Arbeit für Klienten, Eltern, Fachpersonal und Träger. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie betreibt Soziale Arbeit Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Hamburger in Otto und 2015, S.1134).

Die Öffentlichkeitsarbeit verweist die Gesellschaft auf ungünstig entstandene soziale Bedingungen durch bestimmte Umstände. Da der Mensch einem Ökosystem zugeordnet wird, hat er mit Auswirkungen dieser zu tun. Somit wendet sich Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der Soziotherapie an die Politik (vgl. Dörner, S.554).

Konkretes Ziel für die Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrien ist die Förderung gesellschaftlicher Toleranz gegenüber Menschen mit psychischen oder physischen Behinderungen. Denn sie vertritt Interessen der Klienten, die eigene Anliegen und Bedarfe nicht artikulieren können. (vgl. ebd.).

Im Fall der Kinder- und Jugendpsychiatrie baut die öffentliche Präsenz gesellschaftliche Stigmatisierung der Behandelten, deren Familien, angewandten Behandlungsformen ab. Im Sinne der Positionierung in der Öffentlichkeit besteht ein Anliegen darin, eine positive Meinung über die Kinder und Jugendpsychiatrie als Einrichtung zu schaffen. Und somit die Ängste und Zweifel vorzubeugen und abzubauen. Da das Image negativ behaftet ist, verbreiten sich Stigmatisierungen welche in der Gesellschaft verbleiben.

Behandelte Kinder und ihre Familien leiden unter dem Stempel „psychisch krank“ oder „verrückt“ zu sein. Sie fühlen sich entwertet, bestraft und versuchen durch Meidung solcher Einrichtungen langanhaltende Probleme aus eigener Kraft zu lösen. Denn sie fürchten Stigmatisierung im Falle der Hilfeannahme.

Junge Menschen, die in psychiatrischen Einrichtungen behandelt wurden fürchten oft, dass ihre Nachbarn, Freunde und Bekannte von der Annahme der Behandlungsangebote erfahren. Sie bemühen sich nach außen zu funktionieren, keine Angriffsfläche zu bieten. Im anderen Fall würde möglicherweise eine erneute seelische Wunde hinzugezogen werden. Denn Ablehnung kann eigene Muster aufleben lassen. Sie kann Gefühlen wie Trauer, Wut und Resignation hervorrufen. Diese könnte zu einer erneuten Notwendigkeit einer stationären psychiatrischen Behandlung führen.

Die Gesellschaft, die keine Berührung mit ehemaligen Klienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat, glaubt oft an rein medikamentöse Behandlung während des Aufenthalts. Außerdem besteht nach wie vor die Vorstellung der Anwendung von Fixiermethoden während der Behandlung. Ableitend von den Vorurteilen empfinden die meisten Menschen Gefühle wie Angst und Resignation. Sie distanzieren sich von Betroffenen und ihren Familien und werten diese ab. Somit meiden sie den Kontakt zu Betroffenen und ihren Familien um nicht mitabgewertet zu werden und schauen vorsätzlich weg.

Kinder- und Jugendpsychiatrien in Sachsen sind über die Kliniken auf den Internetseiten im Sinne der Präsentation der Einrichtung vertreten. Eine Website soll die Kontaktaufnahme erleichtern und den ersten Eindruck von der Einrichtung und der Behandlungsmethode auf die Betroffenen und ihre Familien hinterlassen. Im Sinne der Vernetzung muss sich eine Einrichtung so präsentieren, dass sie von Netzwerkpartnern erkannt und vermittelt werden kann.

Die Gestaltung mit angenehmen Farben und Bildern, klaren Inhalten und eine leicht zu verstehende Sprache fördern ein leichtes Lesen und ein Verständnis für die Störungsbilder und Behandlungsmethoden einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Während aus einigen Seiten nur die Kontaktdaten sichtbar werden, arbeiten andere mit bunten Bildern, Texten und bieten Online- Sprechstunden an. Hier ein Beispiel für die positive Gestaltung der Seite: Es werden Mitarbeiter, Behandlungsangebote, Forschung, Lehre und Weiterbildung, Impressum unter Rubriken publiziert. Die Leseinhalte werden

in zwei Hauptsprachen angeboten. Zu diesen gehören Deutsch und Englisch. Neben den Inhalten wird ein Kontakt je nach Art der Behandlung angeboten. Auch eine Möglichkeit der Online- Sprechstunde im E-Mail Format ist möglich. Die Beratung findet auf Wunsch anonym statt.

Trotz der angegeben Kontaktdaten und einer anschaulich gestalteten Seite ist die Wahrscheinlichkeit aus eigener Erfahrung das Fachpersonal zu erreichen gering. Nach mehreren Kontaktaufnahmen via Telefon und E-Mail konnte im Rahmen der Recherche für die Bachelorarbeit das Ziel ein Interview durchzuführen nicht erreicht werden. Das Interview sollte einen klaren Einblick in die Strukturen, Ansichten und Räumlichkeiten schaffen können. Und somit Öffentlichkeitsarbeit fördern.

Eine mögliche Erklärung für das Nichterreichen des Fachpersonals könnte darin bestehen, dass die Verantwortung für das Beantworten von E-Mails sowie Telefonaten bei dem Kliniksozialdienst liegt. Der Kliniksozialdienst wird ausschließlich von der Berufsgruppe der Sozialarbeiter betreut. Diese leisten Schnittstellenarbeit und sind möglicherweise außerhalb klinischer Räume angesiedelt und können der Öffentlichkeitsarbeit nur geringen Zeitumfang widmen.

Der Sozialarbeiter arbeitet an der Schnittstelle. Er steht einerseits der Klinik und andererseits den Klienten zur Verfügung.

3.6.Schnittstellenarbeit

Ein Sozialarbeiter leistet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Schnittstellenarbeit. Einerseits ist er der Klinik in seiner Arbeit verpflichtet, andererseits werden Kontakte mit Familien, Schulen und Umfeld aufgenommen. Das Fachpersonal muss den fachlichen Standard seitens der Klinik berücksichtigen und mit dem äußeren Umfeld eine Vertrauensbasis erarbeiten.

Der Kontakt zu den Netzwerkpartnern nach außen muss ebenfalls gepflegt werden. Somit begleitet der Kliniksozialdienst Kinder und Jugendliche zu Terminen, nimmt Kontakte zu Einrichtungen auf um Prozesse während des stationären Aufenthalts, sowie zur Weiterverpflegung nach stationärem Aufenthalt zu steuern.

Der Sozialarbeiter leistet Schnittstellenarbeit, denn er bleibt nicht nur in den klinischen Räumen und ist verantwortlich für Gruppenangebote, Vorbereitung der Stationsvisiten,

Planung und Durchführung von Freizeitaktivitäten. Seine besondere Rolle besteht auch darin sich nach außen zu begeben und je nach Notwendigkeit Kontakte zu Familien, Umfeld und Einrichtungen zu pflegen und diese auch zu vermitteln. All das dient der Bemühung die äußeren Umstände für die Entlassung des Kindes oder des Jugendlichen vorzubereiten.

Der junge Mensch soll nicht an seinen sozialen Beziehungen oder Umständen scheitern. (vgl. Dörner 2010, S.554).

Die Zusammenfassung beschreibt die relevantesten Punkte der grundsätzlichen Aufgaben der klinischen Sozialarbeit.

3.7.Zusammenfassung

Im Rahmen der grundsätzlichen Aufgaben der Sozialarbeit gibt es viele Methoden und Ansätze, die das Bild von einem Menschen vervollständigen und seine Geschichte zu begreifen helfen. Im Allgemeinen bietet die Soziale Arbeit eine wertschätzende Sichtweise gegenüber den jungen Menschen. Sie sieht sie nicht als Bedürftige an oder spricht nicht von Krankheit. Somit wird einer Reproduktion durch Stigmatisierung der Betroffenen vorgebeugt.

Die sozialpädagogische Herangehensweise fördert im besten Fall auf der Seite der Betroffenen das Gefühl der Selbstwirksamkeit und Wertschätzung. Das Suchen in den Lebenswelten nach Ressourcen und die Analyse des sozialen Gefüges führt zur Auflösung unerträglicher Muster. Somit entsteht ein ganzheitliches Bild eines Verhaltens. Bezüge, Beziehungen, Art der Kommunikation werden deutlich. Ebenso die familiären Konflikte, die unsichtbar zu sein scheinen. Mit der sozialpädagogischen Diagnose unter Einbezug des Kindes wird das Umfeld auf die Entlassung vorbereitet. Die soziale Komponente bei der Entstehung des Verhaltens wird berücksichtigt. Somit ist die sozialpädagogische Diagnose in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unersetzlich.

Die jungen Menschen sowie ihre eigene Meinung zu fördern und die Teilhabe an Prozessen zu ermöglichen, fördert das Gefühl des Verständnisses, Vertrauens und Selbstvertrauens. Auf diese Art und Weise müssen Kinder die Aufmerksamkeit der Erwachsenen nicht auf eine ungewöhnlichere Art erzwingen. Denn sie bekommen sie

auf eine natürliche Art und fühlen sich respektiert. Außerdem lernen sie ihre Bedürfnisse anzusprechen und in der Gesellschaft zu vertreten.

Die Netzwerkarbeit fördert ein schnelleres und gezielteres Suchen nach Angeboten zugeschnitten auf die Bedürfnisse der jungen Erwachsenen und ihrer Familien. Somit können diese im Wissen voneinander schnellere Entscheidungen innerhalb der Vermittlungen treffen. Die Netzwerkpartner können sich miteinander vereinen und für ein gemeinsames Ziel innerhalb der Diskurse eintreten.

Die Öffentlichkeitsarbeit sorgt für ein gutes Image und baut langanhaltende Ängste ab. Außerdem bereitet sie das Umfeld im Sinne der Toleranz auf die jungen Menschen vor. Sie macht die Gesellschaft wieder empfänglich und offen und bietet somit die Möglichkeit der Teilhabe an Prozessen. Junge Menschen werden im besten Fall nicht die Ablehnung und feindliche Einstellung nach der Entlassung spüren, sondern das Gefühl, respektiert zu werden. Das beugt einem erneuten Rückfall vor.

Die Schnittstellenarbeit ist ebenso von Bedeutung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Denn diese ermöglicht einen guten und vollständigen Einblick in die aktuelle Situation von Innen und Außen zu erhalten. Daraus ergeben sich möglicherweise neue Therapieziele oder Bedarfe.

Des Weiteren wird auf den Begriff Methoden eingegangen.

4. Methoden der Sozialen Arbeit im stationären Rahmen der KJP

Der Begriff Methode stammt von dem griechischen Begriff „methodos“ und bedeutet „der Weg“. Im Allgemeinen wird unter einer Methode ein planmäßiges Verfahren zur Erreichung eines bestimmten Ziels verstanden (vgl. Die Zeit 2005, Band 9, 525 zit. n. Galuske 2015, S.1022). Die Methoden der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik helfen dem professionellen Handeln in den Praxisfeldern. Sie sind im alltäglichen Berufsalltag sehr wertvoll, da sie planvolle, strukturierte und zielorientierte Aspekte beinhalten (vgl. Galuske 2015, S.1022). Methoden erleichtern und vereinfachen die sozialpädagogische Tätigkeit.

Die drei klassischen Methoden der Sozialen Arbeit sind Einzelfallhilfe, soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit.

Die Einzelfallhilfe ist die älteste Methode der Sozialen Arbeit. Sie zentriert sich im Hilfeprozess auf die persönliche Beziehung zwischen dem Ratsuchendem und dem Helfenden. Der Helfende wird als ein Medium der Veränderung verstanden (vgl. ebd.). Die Einzelfallhilfe bietet Kindern und Jugendlichen eine Möglichkeit der Einzelgespräche und Begleitung bei relevanten Terminen. Im Gespräch wird beraten und reflektiert. Somit wird ein Jugendlicher von einem Sozialarbeiter zur Vorstellung bei einer neuen Wohngruppe oder bei einem Termin in der Agentur für Arbeit begleitet.

Die soziale Gruppenarbeit ist die zweite klassische Methode der Sozialen Arbeit. Sie findet in Gruppen statt. Die Gruppe wird als Ort und Medium der Intervention interpretiert. Diese wird durch einen geschulten Experten als Leiter genutzt. Das Ziel der sozialen Gruppenarbeit besteht in der „Steigerung der sozialen Funktionsfähigkeit“ (vgl. Konopka 1971, 35, zit. n. Galuske 2015, S.1025). Zu den Aufgaben eines Sozialarbeiters gehört es Verantwortung für die Gruppe zu übernehmen. Er reguliert das Geschehen, vermittelt bei Konflikten, reflektiert die Verhaltensweisen. Er beobachtet junge Menschen im Kontakt miteinander.

Die letzte klassische Methode der Sozialen Arbeit ist die Gemeinwesenarbeit. Diese Methode setzt sich mit Interventionen sozialer Netzwerke auseinander. Es gibt drei unterschiedliche Arten der Gemeinwesenarbeit. Die wohlfahrtstaatliche, integrative und die aggressive Gemeinwesenarbeit (vgl. Karas/Hinte 1978, zit. n. Galuske 2015, S.1025). Sie bestehen aus vielen Verfahren der sozialen Netzwerkforschung, der Kontaktaufnahme, der Bürgerbeteiligung etc. Diese dienen dem Aktivieren der Ressourcen des jeweiligen Sozialraumes. Es handelt sich um einen Ansatz, der unterstützt soziale Problemlagen lösen zu können (vgl. ebd.).

Zwei der relevantesten Methoden der Sozialen Arbeit, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzufinden sind, sind Beratung und Betreuung. Dabei orientiert sich die Beratung an der Theorie der Lebensweltorientierung von Hans Thiersch. Ein weiterer Ansatz ist die Personenzentrierung. „Als personenzentrierte Beratung zählt die klientenzentrierte Gesprächsführung heute international zu den wichtigsten Handlungsorientierungen der Beratungspraxis“ (Steenbuck 2005; Sander 2007, zit. n. Nestmann/Sickendieck in Otto und Thiersch 2015, S.155). Ein weiterer Ansatz der Beratung ist der Systemische. Die systemische Beratung, der „unterschiedliche Konzepte der Beratungsarbeit mit Einzelnen, Gruppen, Familien und Organisationen

zugrunde liegen“ (zur Kritik Goldner 2003, zit. n. Nestmann/Sickendieck in Otto und Thiersch 2015, S.155), wird bei der Beratungsarbeit mit einbezogen.

4.1. Sozialpädagogische Beratung

Laut SGB VIII haben Kinder und Jugendliche einen Anspruch auf sozialpädagogische Beratung. Deswegen sind Sozialarbeiter in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig.

„Der Begriff Beratung wurde und wird in verschiedenen Bereichen gebraucht und steht für eine alltägliche Kommunikationsform sowie für eine professionelle Interaktion“ (Schneider 2006, S.59). Unüberschaubare und schwierige Situationen, sowie Krisen oder hohe Anforderungen und Belastungen im alltäglichen Leben stellen eine Voraussetzung für ein Beratungsgespräch dar. Der Ratsuchende vereinbart einen Termin mit einem Berater und wird im Rahmen der professionellen Interaktion auf dem Weg der Lösungssuche begleitet und unterstützt. Im Prozess der Lösungssuche wird Wissen und Hilfe zur einen besseren emotionalen und kognitiven Orientierung in schwierigen Anforderungen und Belastungen des alltäglichen Lebens oder Krisen vermittelt (vgl. Nestmann/Sickendieck in Otto und 2015, S. 153). Der Betroffene kann in einem vertrauten Setting Wahlmöglichkeiten abwägen, Alternativen kennenlernen und sich möglicherweise für eine entscheiden oder Optionen bewusst offen halten (vgl. Nestmann/Sickendieck in Otto und Thiersch 2015, S.153) . Die Beratung zielt auf Förderung sowie die (Wieder-) Herstellung von Bewältigungskompetenzen, die Klienten selbst und ihrer sozialen Umwelt ohne ihnen die eigentliche Problemlösung abnehmen zu wollen. Beratungsangebote richten sich an verschiedenen Zielgruppen. Diese Arbeit bezieht sich auf die klinische Sozialarbeit und Beratungsangebote in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Neben anderen Interventionsmaßnahmen bietet klinische Sozialarbeit Kindern und Jugendlichen Intervention in Form von Beratung an. Die klinische Sozialarbeit richtet ihre Aufmerksamkeit auf eine gelingende Lebensbewältigung und darauf, die lebenspraktische Autonomie zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Die Ziele der Beratung werden somit von den allgemeinen Zielen abgeleitet. Ein Ziel der erfolgreichen Beratung könnte eine Erhöhung des Selbstwertgefühls, Verbesserung der sozialen Orientierung, dem Ausbau einer sozialen Unterstützung und die Garantie einer sozialen Integration und Teilhabe sein. Die

sozialpädagogische Beratung kann in Form von Einzelfall- und Gruppenberatung stattfinden.

4.1.1. Einzelfallberatung

In einem Beratungsgespräch werden verschiedene Techniken eingesetzt. Diese Arbeit setzt sich zusammenfassend mit der Lebenswelt- und Alltagsorientierung, Ressourcenorientierung und dem systemischen Ansatz auseinander.

Der Ansatz des Konzepts der Lebenswelt- und Alltagsorientierung ist seit den 1970er Jahren eine Leitformel der progressiven Sozialpädagogik in Disziplin und Praxis (vgl. Thiersch 1978a:6, zit. n. Tetzer 2015, S.129). Der Ansatz berücksichtigt einerseits Entwicklungschancen und –andererseits Risiken, die im alltäglichen Leben der Betroffenen vorzufinden sind. Die Blickperspektive fokussiert sich auf die täglichen Aufgaben, die bewältigt werden müssen und beobachtet die daraus entstehenden Handlungsstrategien sowie alltagsbezogene Deutungs- und Wahrnehmungsmuster der Kinder und Jugendlichen (vgl. Tetzer 2015, S.128). Die Lebenswelt und der Alltag werden im Zusammenhang gesehen. Das Individuum versucht aus seiner Lebenswelt entstehende Aufgaben zu bewältigen und somit handlungsfähig und autonom zu sein. Eine lebenswelt- und alltagsorientierte Hilfe macht sich nicht von Institutionen und staatliche Normalisierungsinstanzen abhängig. Die Basis des Ansatzes besteht darin, sich bei weiteren Überlegungen auf die Wirklichkeit in der die Kinder Tag für Tag leben zu beziehen und sich mit dieser auseinanderzusetzen (vgl. ebd., S.129f). Ohne die Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit, die nach der stationären Maßnahme auf die Betroffenen wartet, ist die Wahrscheinlichkeit des Nichtbewusstseins der Probleme hoch. Ohne das bewusste Einsetzen möglicher Lösungsstrategien steigt die Gefahr eines Rückfalls.

Zu einer angemessenen Entlassung gehört die Vorbereitung auf die Strukturen und das Bewusstsein über diese. Junge Menschen müssen einerseits die Risiken kennen und andererseits angemessen eigene Gefühle managen um sich weiterhin entwickeln zu können.

Der Sozialarbeiter prüft gemeinsam mit dem Betroffenen wie Anregungen und Erkenntnisse oder neu erworbene Interessen im Alltag konkret umgesetzt werden

können. Welche von den gelernten Methoden integrierbar sind und auf welche Art und Weise. So kann beispielsweise ein kunstbegeisterter Jugendlicher Hilfe dabei erhalten nach Lösungen zu suchen. Etwa nach dem Wunsch gemeinsam zu zeichnen.

Möglicherweise findet sich eine Person aus seiner Lebenswelt, die sich mit Kunst beschäftigt oder es existiert eine geeignete Einrichtung für sein neues Hobby in erreichbarer Nähe vom Wohnort. Ein weiteres Beispiel wäre die Suche nach einer Bezugsperson unter den bestehenden Kontakten. Im Beratungskontext wird durchgesprochen wer und wie in Frage käme.

Der zweite Ansatz der im Beratungskontext gebraucht wird, ist die Ressourcen- und Netzwerkorientierung.

„Wer die Ressourcen und- bewältigungsorientierten Kompetenzen bei Kindern frühzeitig und gezielt unterstützt, kann Verhaltensauffälligkeiten und Belastungen entgegenwirken“ (Rönnau-Böse/ Beuter/ Fröhlich-Gildhoff in Otto und Thiersch 2015, S.182). Somit könnte einem weiterer Aufenthalt und dem Bedarf an Hilfen vorgebeugt werden. Bei diesem Ansatz spielen materielle Ressourcen, sozialen Beziehungen, persönliche Wissensbestände, und Kompetenzen sowie deren Förderung und Wiederherstellung eine große Rolle (vgl. Nestmann/ Sickendieck in Otto und Thiersch 2015, S.158).)Diese Strategien werden von der gemeindepsychiatrischen Diskussion unter dem Begriff Empowerment zusammengefasst.

Die meisten Kinder und Jugendlichen haben einen langen Leidensweg hinter sich und ebenfalls Lösungsstrategien, die nicht fördernd waren. Sie bringen in die Beratung einen Erfahrungsschatz mit. Im Blick sind im Beratungskontext Hindernisse, welche die Wirksamkeit der Bewältigungsmuster zum Thema der ressourcen- und netzwerkorientierten Beratung beeinträchtigen.

„Über eine Analyse welche Fähigkeiten und Unterstützungsquellen ausbaubar, qualifizierbar und (re-) aktivierbar sind“(Kelly 1988 zit. n. Nestmann/Sickendieck in Otto und Thiersch 2015, S.158) wird das Beratungsthema behandelt (vgl. ebd.). Ebenfalls spielt dabei das Einfühlungsvermögen eine gewichtige Rolle. Ressourcen wurden nicht genutzt sondern womöglich unbewusst gemieden. Beispielsweise könnte ein Kindesvater, der seit Jahren sein Kind nicht gesehen hat, eine Ressource sein. Möglicherweise wurde er in der Phase der Abwesenheit von der Kindsmutter abgewertet, sodass das Kind Angst davor hat eine nahe Bindung zum Vater einzugehen.

Ein weiteres Beispiel wäre eine Jugendliche mit Suizidabsichten, die zum zweiten Mal in der stationären Behandlung der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist. Einerseits ist die alleinlebende Kindsmutter eine Ressource. Andererseits könnte die Kindsmutter die Jugendliche aus Angst vor Verlust im Ausleben altersgerechter Bedürfnisse behindern. So können soziale Kontakte unzureichend gepflegt und das Streben nach Autonomie nur in stationären Kontext befriedigt werden.

Der dritte Ansatz der Beratung ist der systemische Ansatz. Dieser ist derzeit schwer mit unterschiedlichen Konzepten der Beratungsarbeit mit Einzelnen, Gruppen, Familien und Organisationen in Verbindung zu bringen (vgl. zur Kritik: Goldner 2003, Nestmann/Sickendiek in Otto und Thiersch 2015, S.156). Seriöse systemische Beratung kennzeichnet sich durch die Grundannahme Fragestellungen, Probleme und Störungen mehr auf soziale Systeme als auf intrapsychische Prozesse oder Individuen zurückzuführen. Das Individuum ist Teil eines sozialen Systems. Das Kind oder der Jugendliche ist vorerst ein Teil eines Familiensystems. Ebenfalls ist er ein Teil des Gesundheitssystems, Bildungssystems und eines Helfersystems. In dieses System ist er eingebunden und muss damit interagieren. Ein Sozialarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie, würde also das Augenmerk auf die Kommunikationsformen und Interaktionsformen im Familiensystem des Betroffenen legen. Störungen einer Kommunikation könnten durch Manipulationen, Wut, Druck, Unverständnis und Vorwürfe behaftet sein. Somit wäre der Betroffene mit der Diagnose Depression in einem Familiensystem zu betrachten. Möglicherweise hat er die Depressionen, weil er damit unbewusst signalisiert, dass es Störungen in der Kommunikation und Interaktion in der Familie gibt. Somit könnte der Betroffene durch Konfrontation mit Schuldgefühlen sowie Verantwortungsgefühlen den Eltern gegenüber daran gehindert sein, alterstypische Bedürfnisse auszuleben. In diesem Fall wäre die Spanne zwischen Autonomie und Bindung aus dem Gleichgewicht geraten. „In der Art und Weise, wie Personen miteinander interagieren(...) entstehen Probleme und Konflikte bzw. bleiben erhalten oft bis sie sich verfestigt haben und kaum noch beeinflussbar erscheinen“ (vgl. Nestmann/Sickendiek in Otto und Thiersch 2015, S.157).

Weniger relevant ist, durch welche Art der Hilfe Veränderungen angeregt werden. Psychotherapeutisch oder durch Beratung soll die Kommunikation verändert werden. Beide Hilfsangebote gehen nicht von einer Heilung der Betroffenen aus. Sie regen zu Reflexionsprozessen und einer Auseinandersetzung mit der Kommunikation an. Sie

reflektieren beispielsweise wie sich Muster verfestigen und das System stabilisieren und ob diese hinderlich oder konstruktiv sind. Das Eltern-Kind-Subsystem versucht sich nach Außen gegenüber dem Betroffenen beispielsweise abzugrenzen. So wird Handeln für alle Beteiligte sichtbar und verständlich. Es kann eine bewusste Auseinandersetzung mit der Wirksamkeit der Grenze nach Außen beginnen. Und kann somit bewusst bearbeitet werden (vgl. ebd., S.157).

Veränderungen werden durch systemische Interventionen wie das zirkuläre Fragen „Was meinst du, warum deine Mutter, mit uns ein Gespräch vereinbart hat?“, sowie paradoxe Intervention oder die Auseinandersetzung mit Grenzen des Systems angesteuert (vgl. ebd.).

Ebenfalls von Bedeutung ist die Auseinandersetzung mit dem Helfersystem. Welche Hilfen können Bedarfe nach der Entlassung decken? Besteht weiterhin ein Bedarf für stationäre Betreuung nach der Entlassung? Reicht eine Familienhilfe aus? Welche Hilfen wurden bisher angenommen? Sind Sie erfolgreich oder nicht erfolgreich gewesen? Welche Methoden wirkten unterstützend und könnten verstärkt werden?

Das systemische Denken wurde durch den Ansatz der Lösungsorientierung ergänzt. Im Beratungsprozess besteht der Fokus auf Suche nach Veränderung bzw. Lösungen für das mitgebrachte Thema. Der Sozialarbeiter wendet sich radikal von langen Analysen der Problemstellung und Ursache des Problems ab. Dabei wird die Beratung auf die Auseinandersetzung mit der Zukunft und ein Weitergehen über das Problem hinaus gelenkt (vgl. DeShazer 1989; Bamberger 2001, zit. n. Nestmann/Sickendieck in Otto und Thiersch 2015, S.157).

Außer Beratung bieten Sozialarbeiter im klinischen Kontext Betreuung in Form von Einzel-, Gruppenbetreuung und außerklinischen Betreuung an.

4.2. Sozialpädagogische Betreuung

Laut SGB VIII haben Kinder und Jugendliche einen Anspruch auf sozialpädagogische Betreuung. Aufgrund dessen sind Fachkräfte der Sozialen Arbeit in der Kinder und Jugendpsychiatrie eingesetzt.

4.2.1. Individuelle Betreuung und Gruppenbetreuung

Im stationären Setting wird individuelle Betreuung angeboten. In der individuellen Betreuung wird die einmalige und besondere Lebenswelt des Kindes oder des Jugendlichen berücksichtigt. Ein klares Verständnis der Lebenswelt erfordert ein hohes Maß an „kommunikativer Kompetenz ebenso wie eine klare Wertschätzung der Lebenswelt, aus der das Kind, der Jugendliche kommt“ (Kirschweiger in Gahleitner und Hahn 2012, S.275). Der Kontakt erfordert Geduld und Empathie gegenüber der Zielgruppe. Junge Erwachsene haben lebensweltspezifische Bedürfnisse entwickelt, die bei der Arbeit nach Möglichkeit erfüllt werden sollten. Durch sensibles und empathisches Zuhören können das Vertrauen und das Gefühl des Rückhalts wachsen. Durch das Vertrauen werden Reflexionsprozesse in Bezug auf Lebensentwürfe und Entscheidungen möglich. So können neue Einsichten auf der Seite der Sozialarbeiter und des Kindes/Jugendlichen gewonnen werden.

Ein wichtiges Ziel der individuellen Betreuung besteht darin das soziale Umfeld zu berücksichtigen und einzubeziehen. Besprochene Inhalte werden dann erfolgsversprechend, wenn sie direkt in die Tat umgesetzt werden können. Damit eine Persönlichkeitsentwicklung stattfinden kann, brauchen Kinder und Jugendliche eine aktive Auseinandersetzung mit der Welt der Erwachsenen.“ So können sie ihre Rückschlüsse ziehen und sich dabei weiterentwickeln“(ebd. S.276).

Da im stationären Setting die Alltagsnähe verloren geht, ist es besonders wichtig diese herzustellen und einen Raum zur Erprobung, Konfrontation und Übung der erlernten Kompetenzen zur Verfügung zu stellen.

Ein weiterer Ansatz der Betreuung ist die Berücksichtigung des Gesundheitsaspektes der Betroffenen. „Die Folgen der Erkrankung sind auf mehreren Ebenen zu sehen und dabei wiederum individuell zu betrachten“ (ebd., S. 276). Hierbei ist das Erlernen eines adäquaten Umgangs mit der Erkrankung von Bedeutung. Die Krankheit soll sich auf der medizinischen Ebene sowie auf der persönlichen Ebene verbessern. Im Rahmen der Betreuung muss dem Betroffenen bewusst werden, welche Kompetenzen er hat und wie er diese in seinen Alltag integriert. Das Erlernen des Selbstmanagements ist ebenfalls von Bedeutung ist. Zu diesem gehört die Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung. Im Rahmen des stationären Settings können Angebote zur Wissenserweiterung eine relevante Basis für die Horizonterweiterung und somit

Bewältigung schaffen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie können Kinder und Jugendliche voneinander lernen. Das Zusammenleben kann Anregungen für eine Veränderung bieten. Hier können Verhaltensweisen in einem geschützten Raum unter Anleitung erprobt und reflektiert werden (vgl. ebd., S.276).

Die Sozialpädagogen sind für die Gruppenbetreuung zuständig. Die Gruppe in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein wichtiges Übungsfeld für junge Menschen. In der Gruppe entstehen Beziehungen, die einerseits gegenseitige Sympathie und andererseits Konflikte fördern. Die Gruppe besteht aus Gruppenmitgliedern und einem Sozialarbeiter, die das Gruppengeschehen lenken. Die Rolle des Gruppenleiters übernimmt der Sozialarbeiter. Er kümmert sich um das Zusammenhalten der Gruppe, beschäftigt sich mit einzelnen Gruppenmitgliedern und steuert sowie lenkt die Gruppenprozesse. Eine wichtige Aufgabe in der Gruppe ist es Wissen zu vermitteln und ein Übungsfeld in Form einer Gruppe zur Verfügung zu stellen. Der Sozialarbeiter steuert die Prozesse und steht den Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. In einer Gruppe können soziale Kompetenzen gefördert werden, während Muster ebenfalls bewältigt werden können. So haben traumatisierte Betroffene die Möglichkeit positive Erfahrungen zu sammeln.

Im stationären Aufenthalt können junge Menschen aus verschiedenen Stationen zusammenkommen. Von Vorteil wäre das Wissen über das Alter und die Lebenswelten der Gruppenmitglieder. So können beide Aspekte bei der Planung einer Gruppenaktivität berücksichtigt werden (vgl. Hehemann 2010, S. 83f). Bei der Planung einer Gruppenaktivität sollte auf verschiedene altersgerechte Bedürfnisse eingegangen werden. Wie verschieden Bedürfnisse, Fähigkeiten und Grenzen sein können, soll folgendes Beispiel veranschaulichen. Der Sozialarbeiter X plant in der nächsten Kochgruppe, mit dieser eine Pizza zu backen. Mit dem Wissen über Alter, Lebenswelt und Fähigkeiten der Zielgruppe, kann der Sozialarbeiter eine grobe Planung zum Vorbereiten, Durchführen und Nachbereiten der Aktivität treffen. Besonders wichtig beim Kochen wäre die Berücksichtigung der Allergien und spezifischer Essgewohnheiten. Im Gruppengespräch können Aufgaben verteilt werden. So können Kleingruppen gemischt werden, sodass Kinder mit den Jugendlichen zusammen einkaufen gehen. Im weiteren Verlauf der Durchführung müsste der Teig und eine Pizzasauce hergestellt werden. Das können bspw. Sechs bis Achtjährige Kinder übernehmen. Die Älteren schälen und schneiden das Gemüse. Beim Belegen der Pizza,

gibt es beispielsweise ein Kind, dass kein Schweinefleisch ist. So kann das Kind sein Stück Pizza selber belegen.

Für welchen Führungsstil sich der Sozialarbeiter entscheidet, ist der Person selbst überlassen. Natürlich sollte der Führungsstil zu dem Gruppenleiter und der Zielgruppe passen. Der Sozialarbeiter sollte nach wie vor authentisch, wohlwollend und nicht beschränkend auf die jungen Menschen wirken (vgl. ebd.).

Es gibt drei bekannte Führungsstile. Der Autoritäre, Laissez-faire oder der Demokratische anders auch als partnerschaftlicher Führungsstil bekannt (vgl. ebd.).

Der autoritäre Führungsstil beinhaltet Anweisungen seitens Gruppenleiter. Die Gruppe führt die Anweisungen aus. Dieser Stil kann beschränkend, erdrückend und beängstigend wirken. Das kann die Beziehungsarbeit hemmen, Widerstand bei anderen Vorstellungen seitens Gruppe und zur Abhängigkeit führen (vgl. ebd.). Die Zielgruppe hat weniger Möglichkeiten sich in den Prozess des Kochens einzubringen und diesen aktiv mitzugestalten. Der Sozialarbeiter würde in diesem Fall Aufgaben A, B, und C verteilen. Je nach Einschätzung des Sozialarbeiters oder der Sozialarbeiterin. Dieser Stil bietet kaum Möglichkeiten der Partizipation und regt kein eigenes Denken an.

Der laissez-faire Führungsstil lässt die Zielgruppe selbstständig handeln, während der Gruppenleiter im Hintergrund des Geschehens ist. Bei diesem Stil würde der Sozialarbeiter die Kinder und Jugendlichen entscheiden lassen was gekocht wird. Wer welche Aufgaben übernimmt (vgl. ebd.). Und würde möglicherweise nur bei Geldfragen, Konflikten oder Gefahr eingreifen. Da die Teilnehmer der Kochgruppe ein geringeres Selbstwertgefühl und ein gestörtes Sozialverhalten haben, wäre dieser Führungsstil eher nicht angemessen (vgl. ebd.). Die Kinder und Jugendlichen brauchen Erfahrungen mit sozialen Gruppen und gleichberechtigten Beziehungen um sich im Rahmen dieses Stils wohlfühlen. Ansonsten würde eine Herausforderung für den Sozialarbeiter darin bestehen, Konflikte mit den Kindern angemessen reflektieren und schlichten zu können. Er müsste möglicherweise Gespräche in Form eines Gruppengesprächs oder Dialogs vermitteln. Dabei sehr viel Geduld und Freude aufbringen, den Kindern und Jugendlichen eine neue Lernerfahrung in Form eines Chaos zu gönnen. Dies kann eine neue Herausforderung für die Fachkraft darstellen.

Der demokratisch-partnerschaftliche Führungsstil würde in einer Ordnung zwischen dem Autoritären und Laissez-fairen zu finden sein. Er verkörpert Anteile von beiden

Stilen. Einerseits hält sich der Gruppenleiter aus dem Gruppengeschehen weitgehend raus, andererseits steht er der Gruppe zur Seite und gibt Ratschläge, Ideen und Anregungen im Prozess der Entscheidungsfindung. Interessant wäre den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit zu geben, abzuwägen ob sie eher Kochgruppe oder Sportgruppe gemeinsam gestalten wollen. Konkret im Beispiel der Kochgruppe, würden die Kinder und Jugendlichen einen Freiraum bekommen die Entscheidung über das Kochrezept selbst zu treffen. Dabei könnten die Gruppenmitglieder untereinander absprechen, was gekocht wird und welches Rezept dafür verwendet wird. Die Kinder und Jugendlichen setzen sich selbst mit dem Prozess der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des Kochens auseinander. Möglicherweise würde der Sozialarbeiter die Küche verlassen und in einem Nebenraum den Kindern zur Verfügung stehen. Natürlich ist er weiterhin in den Prozess involviert und erfragt, welche Entscheidungen im Sinne der Gruppe getroffen wurden. Im Sinne der Gruppe würde in diesem Fall bedeuten, die Möglichkeit auszuschließen, dass die präsenteren Gruppenmitglieder sich gegenüber den weniger präsenteren durchgesetzt haben. Sollte dies passiert sein, ist es eine wunderbare Möglichkeit und ein Lernfeld für soziale Kompetenzen und wie Empathievermögen, gewaltfreie Kommunikation, Selbstständigkeit, eigene Stärken und Schwächen sowie Grenzen. Sollte die Gruppe für den demokratisch-partnerschaftlichen Stil geeignet sein, könnte sich daraus eine gutfunktionierende, soziale Gruppe entwickeln. Fühlen sich einzelne Gruppenmitglieder nicht verstanden, nicht gehört oder nicht genügend in gemeinsame Entscheidungen einbezogen, kann die Gruppe gespalten werden (vgl. Schmidt-Grunert 2009, S. 100f, zit. n. Hehemann 2010 S. 83f).

Egal für welchen Führungsstil sich der Gruppenleiter entscheidet, dieser Stil sollte ihn vervollständigen. Der Führungsstil unterstreicht die Wertvorstellungen und den Charakter des Gruppenleiters. Der Sozialarbeiter sollte eine authentische, empathische und professionelle Ausstrahlung mit in die Gruppe bringen. Sonst besteht die Gefahr nicht ernstgenommen zu werden und von den jungen Menschen als nicht vertrauenswürdig wahrgenommen zu werden. Da Beziehungsaufbau ein wichtiges konzeptionelles Ziel in der Arbeit mit den Kinder und Jugendlichen darstellt, wäre dies hier von Nachteil.

In stetiger Rücksprache mit den Kindern und Jugendlichen sollen reflektierende Gespräche stattfinden. Sie fördern zum einen den Vertrauensaufbau. Zum anderen verhelfen sie zur Ermittlung des Status quo der Gruppe. So können die Kinder und

Jugendlichen sich aktiv an Prozessen mitbeteiligen und sich als selbstwirksam erleben. Hierbei wäre das nächste Ziel die Partizipation von jungen Menschen zu erwähnen.

Besonders zu beachten ist natürlich der Schwerpunkt der Zielgruppe. Junge Menschen, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, haben möglicherweise Traumata und damit verbundene Emotionen, die sich in ihrem Verhalten widerspiegeln. Sie sind rausgerissen aus ihren gewöhnlichen Systemen und brauchen besondere Rücksichtnahme und Empathie seitens des Gruppenleiters. Die entsprechenden Verhaltensweisen können irritierend auf den Sozialarbeiter wirken. Ein regelmäßiger Austausch im Team und regelmäßige Teilnahmen an Supervisionen können hierbei den Umgang mit der eigenen Problemtrance erleichtern bzw. auflösen. Supervision ist das erste Verfahren der Qualitätsentwicklung (vgl. Iser 2015, S. 1714). Sie bietet den Fachkräften die Möglichkeit unter fachkundiger Anleitung und ohne Handlungsdruck die Arbeitspraxis anzuschauen und zu reflektieren (vgl. 2008, S. 297).

Ebenso wird im stationären Setting eine außerklinische Betreuung angeboten.

4.2.2. Außerklinische Betreuung

Außerhalb der klinischen Räume findet Soziale Arbeit innerhalb eines Kliniksozialdienstes statt. Sozialarbeiter, die in dieser Rahmung arbeiten, haben oft einen geringen bis gar keinen Kontakt zu den Klienten. Sie werden meist angefragt, wenn es um die Themen der Unterbringung geht oder wenn es sich um das soziale Umfeld handelt. Aufgrund dieser Themengebiete kommen sie oft außerhalb der klinischen Räume zum Einsatz. Beispielsweise begleiten sie den Betroffenen zum Hilfestgespräch beim Jugendamt. Eine andere Variante ist das Begleiten zur ersten Kontaktaufnahme und Besichtigung in einem Heim. Denner bezieht sich in ihrem Buch auf folgende Aufgaben des Kliniksozialdienstes: Soziales Kompetenztraining, soziotherapeutische Einzelhilfe für Kinder und ihre Familien, Zusammenarbeit mit Diensten außerhalb Krankenhauses, Klärung von rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen, Vorbereitung der außerfamiliären Unterbringung und die Mithilfe bei der Sozialanamnese bzw. der psychosozialen Diagnostik.

5. Fazit

Das Fazit bildet den Abschluss der Bachelorarbeit. Während der acht intensiven Wochen der Auseinandersetzung mit dem Thema „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Soziale Arbeit“ wurden sechs wissenschaftliche Quellen gebraucht. Fachbücher handelten oft von der medizinischen Perspektive, die Sozialpädagogische wurde nur am Rande erwähnt.

Die Recherche in Bücher und persönliche Kontaktaufnahmen ließ eine deutliche Hierarchie zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Sozialen Arbeit durchschauen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie konzentriert sich als Einrichtung auf die medizinische, sowie psychologische Herangehensweise der Behandlung von Betroffenen. Soziale Arbeit taucht nur am Rand der Texte und in Internetseiten auf. Die Genehmigung für das Interview konnte nicht eingeholt werden, die Sozialarbeiterin entschuldigte sich und sagte sie dürfe keine Informationen ohne Absprachen mit dem Chefarzt weitergeben.

Die Soziale Arbeit leistet einen wertvollen Beitrag, denn sie berücksichtigt das soziale Umfeld in die Behandlung hinein und bedient sich mehreren Arbeitsmethoden. Eine Aufgabe der Sozialen Arbeit ist die Öffentlichkeitsarbeit. Diese findet im geringen Umfang in der Gesellschaft statt. Eine begrenzte Präsenz trägt zu Stigmatisierung der Behandelten und ihres Umfeldes bei. Besonders auffällig sind Begriffe, die eine unangenehme Wertung eines psychischen Zustandes zulassen. Oft steht in den Fachbüchern das Wort „Krankheit“. Ebenso werden Begriffe wie „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, „psychische Gesundheitsprobleme“, „sozial auffälliges Verhalten“, „Abweichung von normalen Verhalten“ gebraucht. Der Gebrauch solcher wertender Begriffe führt zu bestimmten Bildern. Bei dem Namen der Einrichtung „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ denken die Menschen an vergitterte Fenster, gelb angestrichene Wände und ein Krankenbett. Ebenso an einen Arzt, der dem Behandelten eine Zwangsjacke anlegt und Medikamente spritzt.

Werden durch wertende Begriffe weiterhin Stigmatisierung der Betroffenen und deren Familien gefördert? Wer bestimmt nun wo eine Abweichung des Sozialverhaltens noch als „normal“ gilt?

Als kritikwürdig zu betrachten ist das Konzept der Störungen des Sozialverhaltens. Einerseits wird die Störung zu einem Problem in der Kita, Schule oder Ausbildung. Andererseits verschwimmen die Grenzen worin sich die Störung zeigt (vgl. Tetzer 2015, S.109). Gerade die Lebensphase Kindheit und besonders Jugend kennzeichnet sich durch die „Nichteinhaltung der gesellschaftlich festgelegten sozialen Regeln und Normen“ (Matthys et al. 2008:988, zit. n. Tetzer 2015, S. 109). Möglicherweise repräsentiert das Phänomen eine gesamtgesellschaftliche Tendenz? Inwiefern können sich Eltern mit niedrigen sozioökonomischen Status gegenüber dem Wort der Fachkräfte widersetzen? Ist es wirklich hilfreich die eigentliche Störung am Kind zu behandeln oder sollte eine Bindung zu einer Bezugsperson alternativ zur Psychiatrie angeboten werden?

Da junge Menschen und ihre Familien mit Vorurteilen immer wieder konfrontiert sind, spüren sie die gesellschaftliche Ablehnung. Noch beängstigender ist, dass der Behandelte sein Verhalten dem dazu definierten Begriff „Krank“ anpasst und es unbewusst reproduziert. Er reproduziert Symptome, und ein zur Erkrankung passendes Verhalten. Der Schaden durch den Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird somit erhöht.

Im stationären Rahmen interagieren mehrere Berufsgruppen miteinander. Das bedeutet das Wissen aller miteinander arbeiteten Disziplinen fließt in den beruflichen Alltag ein. Warum ist dann die öffentliche Literatur oft mit der Medizin oder Psychologie beschäftigt? Darf man es als ein Versucht die Soziale Arbeit unterzuordnen verstehen?

Warum wird nur ein begrenzter Zeitumfang für die Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung gestellt? Die Soziale Arbeit kümmert sich doch um die Vorbereitung des Umfelds nach der Entlassung und könnte ein neues Image der Einrichtung verleihen. Somit würde man die gesellschaftliche Toleranz fördern.

Was bringt es denn im Rahmen des Sozialtrainings zu trainieren und nach der Entlassung wieder in die Gesellschaft entlassen zu werden, die umso mehr die alten Muster und Schmerzen fördert? Was bringt es wenn man sie nicht im Umfeld ausprobieren kann, weil man dort als psychisch krank gilt? Also ist hierbei ein förderndes Umfeld dem Zufall zu überlassen.

Die Eltern unterschreiben einen verbindlichen Vertrag. Sie müssen eine Bereitschaft für Mitarbeit zeigen. Interessant und tragisch dabei ist, dass die Bereitschaft anhand eines

zu erwarteten Verhaltens definiert wird. Das bedeutet, sollte das Elternpaar mit der Behandlung nicht einverstanden sein, könnte sogar die elterliche Sorge entzogen werden.

Die Soziale Arbeit leistet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen wertvollen Beitrag. Sie arbeitet alltagsnah mit den Kindern und ihren Familien zusammen und fördert ein angenehmes Klima nach der Entlassung. Sie beobachtet die jungen Menschen und hat einen näheren Bezug zu Menschen und ihren Geschichten. Und genau das macht sie so unersetzlich in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie!

II. Erklärung zur selbstständigen Anfertigung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Mittweida, 22.12.2017

III. Literaturverzeichnis

Deutsche Nationalbibliothek(2015): Gesetze für die Soziale Arbeit. Textsammlung. 4. Aufl. Baden-Baden: Nomos, S.1544.

Silvia Denner(2008): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: W. Kohlhammer, S.9-297.

Silke Gahleitner, Berthold Hahn(2012): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit-Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie, S.260 -275.

Michael Tetzer(2015): Das Spannungsverhältnis zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. „ Befähigung“ als Handlungsorientierung in der Sozialen Arbeit mit psychosozial belasteten jungen Menschen. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S.7-129 f.

Hans- Uwe Otto, Hans Thiersch(2015): Handbuch. Soziale Arbeit.5. Aufl. München: Ernst Reinhardt, S. 153-1171.

Klaus Dörner, Ursula Plog, Christine Teller, Frank Wendt (2007): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 3 Aufl. Bonn: Psychiatrie, S.505-554).

Helmut Pauls (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Grundlagentexte Soziale Berufe. 3 Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 16.

Andreas Knoll(2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie. Von der Fürsorge zur Sozialtherapie. Wiesbaden: Springer, S.135.

Internetquellen:

Hehemann, Esther (2010): Behandlungsbeiträge der Sozialen Arbeit in der stationären Kinder-und Jugendpsychiatrie.

<http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2011/1145/pdf/WS.Soz.BA.11.2.pdf>
[verfügbar am 19.12.2017](#). S. 83 f.