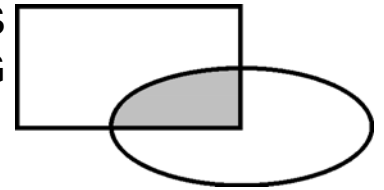


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



5. Jg. ■ Heft 4 ■ Oktober 2009

Inhalt

Themenschwerpunkt: Interventionskompetenz

- 3 Editorial
- 4 *Holger Schmid & Günther Wüsten*
Theoriebasierte intervenierende Soziale Arbeit
bei Suchtproblemen
- 6 *Silke B. Gahleitner, Bert Krause & Claus-Peter Rosemeier*
Komplexe Anforderungsprofile: Ergebnisse aus einer
Katamnesestudie Therapeutischer Jugendwohngruppen
- 9 *Michael Borg-Laufs*
Therapie im Kontext: Überlegungen zur Überwindung
des »treatment gap« zwischen Jugendhilfe und
Gesundheitsversorgung
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum
- 2 Veranstaltungshinweis: DGSA-Jubiläumstagung 28./29.11.2009
- 11 Psychologische/r PsychotherapeutIn und Kinder- und Jugendlichenpsycho-
therapeutIn: Aktuelles zur Debatte um Zulassungsvoraussetzungen
- 12 Veranstaltungshinweis: 5. TWG-Tagung 14.10.2009

Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
SOZIALE ARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Michael Borg-Laufs

Prof. Dr. Michael Borg-Laufs, Diplom-Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, ist Studiendekan für Theorie und Praxis psychosozialer Arbeit mit Kindern am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein.
Kontakt: michael.borg-laufs@hs-niederrhein.de

Silke Birgitta Gahleitner

Prof. Dr. phil. Silke Birgitta Gahleitner lehrt Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der ASH Berlin. Sie verfügt über eine langjährige Praxis als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in der sozialtherapeutischen Einrichtung für traumatisierte Mädchen TWG »Myrrha« sowie in eigener Praxis.
Kontakt: sb@gahleitner.net

Bert Krause

Bert Krause ist Diplom-Psychologe und Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge (FH) sowie staatlich anerkannter Erzieher. Er lehrt an der ASH Berlin als Gastdozent für sozialwissenschaftliche Methoden mit dem Schwerpunkt Quantitative Sozial- und Gesundheitsforschung.
Kontakt: bkrause@ash-berlin.de

Claus-Peter Rosemeier

Claus-Peter Rosemeier ist Diplom-Psychologe und Diplom-Sozialwirt sowie Psychologischer Psychotherapeut. Er ist Leiter der TWG »Koralle – therapeutische wohngruppen« im Pestalozzi-Fröbel-Haus Berlin.
Kontakt: twg.koralle@pfh-berlin.de

Holger Schmid

Prof. Dr. phil. Holger Schmid leitet das Institut Soziale Arbeit und Gesundheit ISAGE an der Fachhochschule Nordwestschweiz mit den Arbeits-/Forschungsschwerpunkten Sozialwissenschaftliche Forschungsmethoden, Gesundheitspsychologie, Risikoverhalten bei Jugendlichen und Evaluationsforschung.
Kontakt: holger.schmid@fhnw.ch

Günther Wüsten

Prof. Dr. Günther Wüsten lehrt am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit ISAGE, Hochschule für Soziale Arbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz mit den Schwerpunkten Psychosoziale Beratung, Soziale Arbeit und Gesundheit, Selbstmanagement und Ressourcenaktivierende Verfahren.
Kontakt: guenther.wuesten@fhnw.ch

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner

Fachhochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld

Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Heike Dech

Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Peter Dentler

Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz

Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner

HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Albert Mühlum

Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls

Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst

Hochschule Mittweida

DGSA-Jubiläumstagung 27./28.11.2009

»Ein Blick zurück – ein Blick nach vorn«

Zwanzig Jahre Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit – Zwanzig Jahre Profilierung der Wissenschaft Sozialer Arbeit

Inhalt

Anlässlich des zwanzigjährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) möchten wir herzlich zum kritischen Diskurs über die Entwicklung und wissenschaftliche Fundierung Sozialer Arbeit einladen. Die Soziale Arbeit ist immer aufs Engste mit den Problemen der Gesellschaft und ihren strukturellen Problemen und Verwerfungen verbunden. Sie ist Spiegelbild dieser sozialen Probleme und Kristallisationspunkt von noch nicht erfüllten Bedürfnissen und Hoffnungen über ein besseres und gerechteres Leben zugleich.

Die DGSA beschäftigt sich seit ihrer Gründung unter den unterschiedlichsten Perspektiven mit daraus resultierenden Fragestellungen für Theorie und Praxis. So beschäftigen sich Gruppen mit der Frage nach den Aufgaben und Anforderungen für die Theorieentwicklung oder die Forschung Sozialer Arbeit. Andere fragen nach der Bedeutung ethischer, sozialpolitischer und sozialwirtschaftlicher Grundlagen und Implikationen, oder sie beschäftigen sich mit den disziplinären und professionellen Herausforderungen in spezifischen Handlungsfeldern wie z.B. der Gemeinwesenarbeit, dem Case Management, der Klinischen Sozialarbeit und auch der Ausbildung.

Am ersten Tag werden sich nach einleitenden Grußworten Prof. Dr. C. Wolfgang Müller und Prof. Dr. Peter Sommerfeld (SGSA) zu den Entwicklungsperspektiven und -Anforderungen der Sozialen Arbeit in Wissenschaft und Praxis positionieren. Anschließend wollen wir unser Jubiläum ein wenig feiern sowie die bisherige Arbeit und deren Repräsentanten in einem feierlichen Rahmen würdigen.

Die Sektionen und Fachgruppen der DGSA werden sich dann am nächsten Tag aus ihrer spezifischen Perspektive mit besonderen Fragestellungen der bisherigen Arbeit und zukünftigen Arbeitsperspektiven befassen. Zu diesen als Panels bezeichneten Arbeitsgruppen sind die Mitglieder der Gruppen ebenso eingeladen wie an deren Arbeit interessierte Kollegen und Kolleginnen aus Wissenschaft, Ausbildung und Praxis. Vor dem Hintergrund der eigenen Geschichte und Erfahrungen arbeiten die Gruppen zu den folgenden zentralen Fragen:

■ Welche Bedeutung haben meta-theoretische und handlungstheoretisch-methodische Traditionen?

■ Wie hat sich die Forschung entwickelt und welchen Stellenwert hat sie für die Theorieentwicklung und die Praxis?

■ Wie gestalten sich die Beziehungen zu den alten und neuen Grundlagen-/Bezugswissenschaften bzw. zu benachbarten Handlungswissenschaften?

■ Welche Formen der Differenzierung, Spezialisierung (Fachsozialarbeit) und Generalisierung haben sich entwickelt?

■ Welche neuen Wege eröffnen sich im Zuge des Bologna-Prozesses?

Unterschiedliche Perspektiven und Ergebnisse sollen dann in gruppenübergreifenden Diskursen beleuchtet und vertieft werden. Wir erhoffen uns hieraus wesentliche Impulse für die weitere Entwicklung der Wissenschaft Sozialer Arbeit und ihrer Bedeutung für Theorie und Praxis. Die Sektion Klinische Sozialarbeit wird sich mit den Themen: »Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit – eine andauernde Kontroverse?« und »Aktuelle Entwicklungen in der Klinischen Sozialarbeit am Beispiel der Diagnostikdebatte« einbringen. Wir freuen uns über jede/n DiskutantIn.

Programm (Auszug)

Freitag, 27. November 2009

14.00–15.15 h: Ankommen, Eröffnung

15.15 – 16.45 h: Grußworte

16.45–17.30 h: Entwicklung und Perspektiven der Sozialen Arbeit als Profession (Prof. Dr. Dr. h.c. C. Wolfgang Müller, Berlin)

17.45–19.30 h: Entwicklung und Perspektiven der Sozialen Arbeit als Disziplin (Prof. Dr. Peter Sommerfeld, FH Nordwestschweiz)

19.30 h: Büffet und Festveranstaltung

Samstag, 28. November 2009

09.15–12.45 h: Arbeitsgruppen der Sektionen und Fachgruppen

13.45–15.15 h: Ad hoc-Gruppen und Sektionsdialoge oder bzw. Sektionspolyloge

15.30 h: Tagungsbetrachtung mit dem Improvisationstheater ImproKom

Information

Frau Weimar, DGSA
Tel. 07042/3948
Email: dgsa@dgsainfo.de
Internet: www.dgsainfo.de

Impressum

Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

Redaktionsteam

Uwe Klein (Leitung)
Kirsten Becker-Bikowski
Silke Birgitta Gahleitner
Gernot Hahn

Anzeigenakquise

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin
c/o Uwe Klein, Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Höhensteig 1, 12526 Berlin
Tel. 030/67 413 021 ■ Fax 030/67 413 002 oder:
Tel. 030/60 500 856 ■ Fax 030/60 500 857
Email: zks-berlin@ipsg.de

Layout, Grafik & Schlussredaktion

Ilona Oestreich

Druck

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Leben artikuliert sich auf ineinander verschachtelten simultanen Bühnen, es produziert und verzehrt sich in vernetzten Werkstätten. Doch was für uns das Entscheidende ist: Es bringt den Raum, in dem es ist und der in ihm ist, jeweils erst hervor. ... Die alteuropäische Denk- und Lebensform Philosophie ist unleugbar erschöpft, die Biosophie hat ihre Arbeit eben erst aufgenommen, die Theorie der Atmosphären hat sich erst vorläufig konsolidiert, die allgemeine Theorie der Immunsysteme und Kommunsysteme steht in ihren Anfängen, eine Theorie der Öter, der Situationen, der Immersionen kommt zögernd in Gang, die Ersetzung der Soziologie durch die Theorie der Netzwerke von Akteuren ist eine noch wenig rezipierte Hypothese, Überlegungen über die Einberufung eines realistisch zusammengesetzten Kollektivs zur Verabschiedung einer neuen Verfassung für die globale Wissensgesellschaft haben kaum mehr als Umrisse gezeigt. An diesen Vorzeichen läßt sich eine gemeinsame Tendenz nicht ohne weiteres erkennen. Nur eines ist deutlich: Wo man Verluste an Form beklagte, stellen Gewinne an Beweglichkeit sich ein.« (Sloterdijk, 2004, S. 24ff.)

In der Wahrnehmung von Problemlagen auf der Seite der KlientInnen tritt die Klinische Sozialarbeit dazwischen: sie reflektiert die subjektive Sicht der KlientInnen, die von ihnen und anderen Stellen an sie herangetragene Auftragslage, die Lebenslage, die institutionellen Unterstützungsoptionen und baut ihr Handeln auf dieser theoretisch-methodisch unterlegten Position auf.

Eine so beschriebene Intervention stellt einen Eingriff in bestehende Zusammenhänge dar. Sie ist im ersten Schritt beziehungsulassend, zuwartend, reflektierend.

Interventionskompetenz ist damit nicht auf eine psychosoziale Technik reduzierbar, sie sieht sich selbst in einem Beziehungsgefüge und muss diese Beziehungsdynamik im Blick haben, um beweglich, handlungsfähig zu sein oder zu werden.

Am anderen Pol stellt sich die Frage nach der Wirksamkeit der Interven-

tion. Auch hier ist sorgfältig zwischen dem Ermöglichten von Zugängen zu materiellen, sozialstaatlich gewährten Anspruchsrechten, zu lebensweltbezogenen Verwirklichungsräumen sowie zu subjektiven, das eigene (Beziehungs-)Erleben fokussierenden Betrachtungsweisen zu unterscheiden.

Holger Schmid und Günter Wüsten betonen in ihrem Text »Theoriebasierte intervenierende Soziale Arbeit bei Suchtproblemen«, dass Präventionsprogramme Erklärungsmodelle und Forschungsergebnisse zum Suchtverhalten zur Grundlage haben sollten. Zwischen ätiologisch- und interventionstheoretischen Modellen und der Interventionspraxis ist eine Verbindung herzustellen, wobei die Wirksamkeit der Interventionen kontinuierlich zu überprüfen und wiederum an die Handlungsvoraussetzungen und das Handeln selbst rückzukoppeln ist.

Silke Birgitta Gahleitner, Bert Krause und Claus-Peter Rosemeier zeigen in ihrem Beitrag »Komplexe Anforderungsprofile: Ergebnisse aus einer Katamnesestudie Therapeutischer Wohngruppen« auf, dass bei der Zielgruppe der Jugendlichen zahlreiche interventionsbedürftige Probleme erkennbar sind, die aber durch ein komplementär gestaltetes, lebenswelt- und alltagsorientiertes sowie psychotherapeutisches Betreuungs- und Behandlungsangebot angebar werden. Professionelles Handeln bedeutet, in einer individuell zugeschnittenen Betreuung, Beratung und Therapie auch die Ressourcenseite der Jugendlichen im Blick zu haben. Den multidimensionalen Problemlagen der Jugendlichen (und sich selbst) werden offensichtlich jene Professionellen besser gerecht, die über eine beraterisch oder therapeutisch ausgerichtete Zusatzausbildung verfügen.

Michael Borg-Laufs stellt in seinem Artikel »Therapie im Kontext: Überlegungen zur Überwindung des ›treatment-gap‹ zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung« die nur ungenügende Passung zwischen dem Leistungskatalog des Psychotherapeutengesetzes und der Notwendigkeit von Behandlungsformen heraus,

die die Lebens- und Problemlagen der Jugendlichen beachten. Diagnostik- und Behandlungskonzepte müssen bezogen auf Gesundheit und Krankheit, auf Leistungsinhalte und Versorgungsstrukturen mehrdimensional ausgerichtet sein. Die Basis für diese professionelle Kompetenz wird in den Hochschulen und den Weiterbildungsinstituten gelegt – und in der Umsetzung durch die Rahmenbedingungen des Psychotherapeutengesetzes ermöglicht oder behindert.

Klinische Sozialarbeit zeichnet sich durch eine Mehrfachverortung aus: das ist ein primäres Merkmal. Sie steht durchaus mitten im neosozialen Spannungsfeld des aktivierenden Sozialstaats – zwischen den staatlicherseits programmatisch geforderten Beweglichkeiten und den äußeren wie inneren Umsetzungsbegrenzungen und -ermöglichkeiten. Damit ist sie nah, sehr nah an der Lebensrealität ihrer KlientInnen, die Rezeption theoretischer Modelle aus den Beziehungs- und Gesellschaftswissenschaften in der Entwicklung einer Sozialarbeitswissenschaft, einer Praxeologie verhilft zur nötigen Distanz.

»Gleichwohl: Die Kunst, nicht aktivierend regiert zu werden bzw. nicht auf die sich in unserer Gesellschaft abbahnende Weise und um den sich dabei abzeichnenden Preis aktivierend regiert zu werden, muss eine Kollektivkunst sein. Die Haltung, Flexibilität nicht zum Fetisch, Mobilität nicht zum Muss und Produktivität nicht zur Pflicht werden zu lassen, muss eine Kollektivpolitik sein. ... Verstehen ist zwar nicht dasselbe wie widerstehen – aber als kritische Praxis doch auch schön.« (Lessenich, 2008, S. 141f.)

Für die Redaktion:
Uwe Klein

Literatur

- Lessenich, S. (2008). *Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus*. Bielefeld: transcript. (X-Texte zu Kultur und Gesellschaft.)
Sloterdijk, P. (2004). *Sphären. Bd. 3: Schäume. Plurale Sphärologie*. Frankfurt: Suhrkamp.

Theoriebasierte intervenierende Soziale Arbeit bei Suchtproblemen

Holger Schmid & Günther Wüsten

Die neusten Ergebnisse einer Studie der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme zeigt Alarmierendes: Etwa fünf Jugendliche oder junge Erwachsene zwischen 10 und 23 Jahren landen täglich wegen Alkoholmissbrauchs in einem Schweizer Spital (Wicki & Gmel, 2008). Es stellen sich sofort die Fragen, warum sich junge Menschen so verhalten und was man dagegen tun kann. Keine einfachen Fragen, denn die Realität ist komplex, und einfache Lösungen scheinen nicht zu existieren. Maßnahmen zur Vermeidung des Rauschtrinkens, zur Verminderung der schädlichen Auswirkungen des Trinkens, zur Verzögerung und Verminderung der Wahrscheinlichkeit des Auftretens – kurz Präventionsmaßnahmen – brauchen theoretische Überlegungen. Können Theorien uns helfen, besser zu verstehen, weshalb bestimmte Einflüsse zum gewünschten Erfolg führen oder auch gerade nicht? Welche Bedeutung hat die Soziale Arbeit in diesem Feld?

Verbindung zwischen Interventions- und Ätiologietheorie

Der Ausgangspunkt für die systematische Entwicklung von Präventionsprogrammen ist in zwei zentralen Fragen zu sehen: (1) Welche Faktoren sind für die Entstehung eines Problemverhaltens verantwortlich? und (2) Wie können diese Faktoren bei der Entwicklung von effektiven Programmen einbezogen werden? Idealerweise wäre damit eine Verbindung zwischen Ätiologietheorie, Interventionstheorie (vgl. Abbildung 1) und praktischer Intervention zu schaffen, die dann durch gezielte Evaluation geprüft werden könnte. In der Geschichte der Entwicklung von Präventionsprogrammen fehlt diese Verbindung hingegen weitgehend.

Ätiologie: die Ursache

Es gibt vielfältige Antworten auf die Frage: »Warum konsumieren Menschen Drogen?«. Letterie und Welz (1983) stellen schon vor 25 Jahren über 50 verschiedene biologische, psychologische und soziologische Theorien hierzu zusammen. Zudem müsste die Frage eigentlich richtig lauten: »Warum nehmen

manche Menschen niemals Drogen, andere konsumieren regelmäßig, missbrauchen und/oder werden abhängig?« Hier auf gibt es keine einfache Antwort, denn es müssen mehrere interagierende Faktoren berücksichtigt werden.

Antonovsky (1987) hat als Gegenbegriff zur Pathogenese den Begriff der Salutogenese eingeführt. Auch die Gesundheitsentstehung, oder der Ursprung von Gesundheit, braucht ein Ursachenmodell durch eine fundierte Ätiologietheorie. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat diesen Fragenkomplex genauer untersucht. Sie hat dabei das Konsumverhalten in vier Stadien unterteilt und die verschiedenen Einflussfaktoren auf das Verhalten im jeweiligen Stadium zusammengetragen (WHO, 2004).

1. In einem frühen Stadium des Konsums spielen v.a. Neugier, Gruppendruck, Werbung, Omnipräsenz der Substanzen und Persönlichkeitsfaktoren (z.B. Sensation seeking) eine bedeutende Rolle. Es konnte z.B. gezeigt werden, dass Jugendliche, die oft Filme sehen, in denen ihre Stars Alkohol trinken, ein mehr als zweifaches Risiko haben sich zu betrinken, verglichen mit Jugendlichen, die selten derartige Filme sehen (Hawewinkel et al., 2007).
2. Das nächste Stadium ist die weitere Exposition mit der Substanz. Hier werden emotionale und motivationale Bereiche des Gehirns aktiviert (dies geschieht in erster Linie über das dopaminerge System). Es kommt zu Lernprozessen und Verstärkung in den entsprechenden Hirnregionen. Die Aufmerksamkeit wird selektiv, sodass Drogenreize vermehrt wahrgenommen werden. Ein Drogengedächtnis wird ausgebildet.
3. Im anschließenden Stadium findet eine weitere Verstärkung über das dopaminerge System und eine Konditionierung auf Drogenreize statt. An der Schwelle zu diesem Stadium befinden sich beispielsweise Jugendliche, die bereits wiederholt Trunkenheitserfahrungen gemacht haben. Die Zahl der Behandlungen von Alkoholintoxikationen in Schweizer Spitälern zeigt die Spitze des Eisbergs gesundheitlicher Gefährdungen (Wicki & Gmel, 2008).
4. Im Stadium der Abhängigkeitsentwicklung schließlich interagieren biologische, psychologische und soziale Faktoren, sodass es zum Symptomcluster der Abhängigkeit kommen kann. In der eingangs zitierten Studie finden wir in den Jahren 2004/2005 jährlich knapp 500 Jugendliche und junge Erwachsene, die in Schweizer Spitälern aufgrund von Alkoholabhängigkeit stationär oder teilstationär behandelt werden (Wicki & Gmel, 2008).

Der große Vorteil des beschriebenen WHO-Modells besteht darin, dass in den

verschiedenen Stadien des Konsums teilweise recht unterschiedliche Faktoren eine Rolle spielen. Es wird zudem unmittelbar deutlich, dass Interventionen nicht einem Einheitsansatz folgen können und dass es sich hierbei um eine bio-psycho-soziale Querschnittsaufgabe handelt.

Intervention: die Veränderung

Wie bei den Ätiologietheorien herrscht auch bei den Interventionstheorien eine extreme Vielfalt vor. So beschreiben Homfeldt und Sting (2006) die Kriminalisierung, die aufklärende Abschreckung, den Einsatz von funktionalen Alternativen, die Lebenskompetenzförderung, den Peer-Education-Ansatz, den Harm-Reduction-Ansatz und die Vermittlung von Risikokompetenz als einige historisch entstandene Zugänge zur Suchtproblematik, die in mehr oder weniger großen Teilen von der Sozialen Arbeit mitbestimmt wurden und werden.

Je nach Stadium des Konsumverhaltens ergibt sich beim Thema Sucht ein anderes Gewicht im Zusammenspiel der bio-psycho-sozialen Einflussfaktoren. An dieser Stelle beschränken wir uns exemplarisch auf die Stadien der weiteren Exposition und des schädlichen Gebrauchs, die bei der Mehrheit jener Jugendlichen vorliegen, die wegen Alkoholintoxikation in den Notfallstationen der Spitäler erscheinen. Nach der medizinischen Akutversorgung eröffnet sich die Möglichkeit, gezielt an den Ursachenbedingungen des Problemverhaltens zu arbeiten.

Abbildung 1 zeigt die Verbindung von Ätiologietheorie und Interventionstheorie an diesem Beispiel. Ausgangspunkte sind die im oben beschriebenen Modell durch die Exposition mit der Substanz Alkohol ausgelösten Lernprozesse und die Verstärkung in den entsprechenden Hirnregionen sowie die damit verbundene Ausbildung eines Drogengedächtnisses. Hinzu kommt die selektive Wahrnehmung von Drogenreizen im sozialen Umfeld. Diese erklären die Absichtsbildung der Person (was sich die Person bezüglich des Konsums von Alkohol für die Zukunft vorgenommen hat) und die Motivwahrnehmung im engeren sozialen Umfeld, insbesondere bei Freundinnen und Freunden. Eine Veränderung des Verhaltens setzt also bei einer Veränderung der Motivstrukturen an. Dabei dürften aus neurowissenschaftlicher Sicht die von

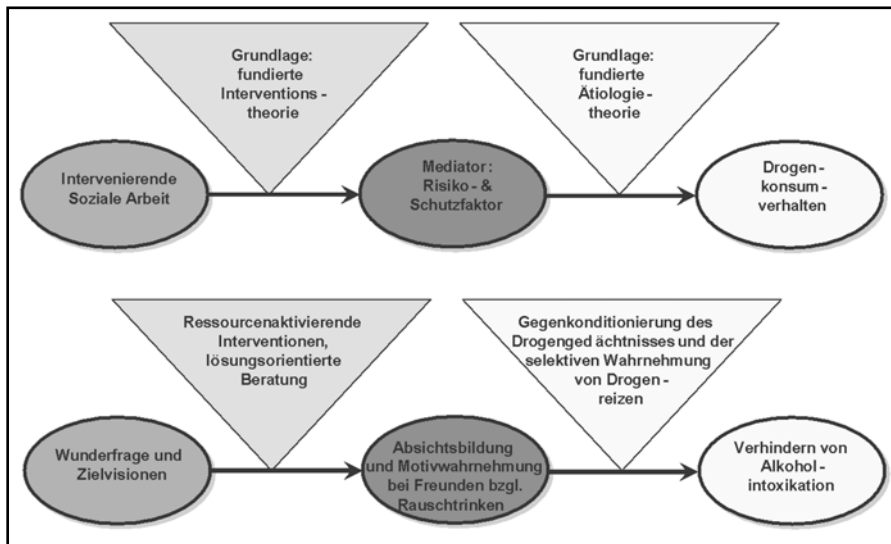


Abb. 1: Verbindung zwischen Interventions- und Ätiologietheorie zur Änderung des Verhaltens sowie Illustration anhand des Handlungsfelds der Alkoholintoxikation

Gray und McNaughton (1996) beschriebenen Systeme, das Behavioral Activation System (BAS) und das Behavioral Inhibition System (BIS) von großer Bedeutung sein. Gray und McNaughton unterscheiden diese neurologischen Systeme als Annäherungs- und Belohnungssystem sowie als Vermeidungssystem, das auf Bestrafung oder andere unerwünschte Emotionen reagiert. Empirisch konnte diese Struktur von Elliot und Trash (2002) bestätigt werden.

Auf der Seite der Intervention eröffnet sich die Möglichkeit, einen Motivkonflikt zu eröffnen, indem man alternative Annäherungspläne initiiert, z.B. über Zielvisionen.

Ressourcenaktivierende Verfahren (Flückiger & Wüsten, 2008) wie beispielsweise die lösungsorientierte Beratung bieten sich an, um auf Absichtsbildung und Motivwahrnehmung Einfluss zu nehmen. Durch den Einsatz der Wunderfrage und der Zielvision kann eine Klärung der angestrebten Ziele bei der Person ermöglicht werden. Die Wahrnehmung von motivationalen Konflikten und das Explizieren und Bewusstmachen weiterer Annäherungspläne sind Merkmale eines solchen Klärungsprozesses. Wunderfragen können unterschiedlich gestellt werden und sollten einen Bezug zur Lebenswelt der Person haben:

»Die meisten Menschen wünschen sich bestimmte Dinge ... So als hätte man das grosse Los gezogen und es könnte alles in Erfüllung gehen, was man sich so wünscht. Was sind Ihre Wünsche, welche Bilder, Ereignisse oder Begebenheiten sehen Sie vor Ihrem inneren Auge, wenn Sie sich den Moment des größten Glücks vorstellen? Was passiert in diesem Moment? Sind noch andere dabei? Wie reagieren Sie? Wie reagieren die anderen? Wie

hat das Ganze wohl begonnen, bevor es zu diesem Ereignis kam? Denken Sie daran: Jede Reise beginnt mit dem ersten Schritt vor die eigene Tür. Wie könnte Ihr erster Schritt aussehen?« (Flückiger & Wüsten, 2008, S. 46).

Ähnlich wie bei der motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 1991) ist zu vermuten, dass bei den betroffenen Personen Widersprüche des aktuellen gezeigten Verhaltens und der angestrebten Ziele zutage treten. Diese Widersprüche können gezielt für den strukturierten Veränderungsprozess eingesetzt werden.

Evaluation: die Wirkung

Die Verbindung zwischen Ätiologietheorie, Interventionstheorie und praktischer Intervention zu schaffen und durch gezielte Evaluation zu prüfen ist eine Herausforderung. Die theoretisch fundierte Anwendung des lösungsorientierten Ansatzes nach der Akutbehandlung auf der Notfallstation ist nach unserem Kenntnisstand nicht näher untersucht worden. Es liegen hingegen verschiedene randomisierte Kontrollgruppenuntersuchungen zum Einsatz von Kurzinterventionen der motivierenden Gesprächsführung auf Notfallstationen nach der akuten ärztlichen Versorgung bei Alkoholintoxikationen vor.

Die erste randomisierte Kontrollgruppenuntersuchung aus den USA (Monti et al., 1999) wies bei 42 18- bis 19-Jährigen in der Kontrollgruppe und 52 vergleichbaren Personen in der Interventionsgruppe eine Reduktion im Alkoholkonsum, in Verstößen mit Alkohol im Verkehr, in alkoholbedingten Verletzungen und Problemen allgemein nach. Spätere Untersuchungen zeigten weniger deutliche Effekte zugunsten der Interven-

tionsgruppe. Die 13- bis 17-Jährigen in einer weiteren amerikanischen Untersuchung (Spirito et al., 2004) wiesen in der Interventionsgruppe (n=78) eine Reduktion der Menge des konsumierten Alkohols im Vergleich zur Kontrollgruppe aus (n=74). Andere Indikatoren zeigten keinen Unterschied. Eine ähnlich angelegte Untersuchung aus Australien (Tait et al., 2004) verglich 12- bis 19-Jährige (60 in der Interventionsgruppe und 67 in der Kontrollgruppe) und konnte eine erhöhte Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten nach der Intervention nachweisen. Weiterhin war das Wohlbefinden in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe. Diese Effekte konnten auch über einen längeren Beobachtungszeitraum nachgewiesen werden (Tait et al., 2005), wobei keine Reduktion des Alkoholkonsums festzustellen war. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen können dahingehend zusammengefasst werden, dass Wirkungen in die erwartete Richtung zwar festgestellt werden konnten, jedoch als gering und nicht lange anhaltend zu bewerten sind. Eine aktuelle Metaanalyse zur Wirkung lösungsorientierter Kurzzeittherapie bei externalisiertem und internalisiertem Problemverhalten auf der individuellen und der Familienebene (Kim, 2008) trägt 22 Kontrollgruppenstudien (11 randomisierte und 11 quasiexperimentelle Studien) zusammen. Die Analyse belegt anhand sehr verschiedener Primäruntersuchungen kleine, aber durchweg positive Effekte der Intervention.

Die geforderte Verbindung zwischen Ätiologietheorie, Interventionstheorie und praktischer Intervention, inklusive Prüfung durch gezielte Evaluation, ist nicht neu. Sie wird in der Praxis der Gesundheitserziehung schon seit längerem empfohlen. Gut ausgearbeitet ist beispielsweise das sogenannte »Intervention Mapping« als komplexe Herangehensweise zur Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen (Bartholomew et al., 1998). Kernstück ist der Einbezug fundierter Theorien. Theorien sind vergleichbar mit Landkarten, die helfen, sich in einer komplexen Landschaft zurecht zu finden. Ohne die Landkarte kommen wir vielleicht auch zum Ziel – mit der Landkarte, die an manchen Stellen zu ungenau, an anderen vielleicht wieder zu genau Orientierung bietet, ist es jedoch wahrscheinlicher, in einer vorgegebenen Zeit das Ziel zu erreichen. Dies sollte sich die intervenierende Soziale Arbeit vermehrt zunutze machen. Nach der medizinischen Akutversorgung eröffnet sich ein breites Feld der Nachsorge, in dem es Fachwissen und -können der Sozialen Arbeit braucht.

Literatur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S. & Kok, G. (1998). Intervention mapping. A process for developing theory and evidence-based health education programs. *Health Education & Behavior*, 25(5), 545-563.
- Elliot, A. J. & Thrash, T. M. (2002). Approach-avoidance motivation in personality. Approach and avoidancetemperamentsandgoals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(5), 804-818.
- Flückiger, C. & Wüsten, G. (2008). *Ressourcenorientierung. Ein Manual für die Praxis*. Bern: Huber.
- Gray, J. A. & McNaughton, N. (1996). The neuropsychology of anxiety. In D. A. Hope (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation. Perspectives on anxiety, panic, and fear* (Vol. 43, pp. 61-134). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Hanewinkel, R., Tanski, S. E. & Sargent, J. D. (2007). Exposure to alcohol use in motion pictures and teen drinking in Germany. *International Journal of Epidemiology*, 36(5), 1068-1077.
- Homfeldt, H. G. & Sting, S. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit*. München: Reinhardt.
- Kim, J.S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy. A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 107-116.
- Lettieri, D. J. & Welz, R. (Hrsg.) (1983). *Drogenabhängigkeit. Ursachen und Verlaufsformen*. Weinheim: Beltz.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., Woolard, R. & Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 989-994.
- Spirito, A., Monti, P.M. Barnett, N.P., Colby, S.M. Sindelar, H., Rohsenow, D.J., Lewander, W. & Myers, M. (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *The Journal of Pediatrics*, 145(3), 396-402.
- Tait, R. J., Hulse, G. K. & Robertson, S. I. (2004). Effectiveness of a brief-intervention and continuity of care in enhancing attendance for treatment by adolescent substance users. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(3), 289-296.
- Tait, R. J., Hulse, G. K., Robertson, S. I. & Sprivulis, P. C. (2005). Emergency department-based intervention with adolescent substance users: 12-month outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(3), 359-363.
- Wicki, M. & Gmel, G. (2008). *Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundäranalyse der Daten Schweizer Hospitäler bis 2005*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- World Health Organization (WHO) (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization.

Komplexe Anforderungsprofile: Ergebnisse aus einer Katamnesestudie Therapeutischer Jugendwohngruppen

Silke Birgitta Gahleitner, Bert Krause & Claus-Peter Rosemeier

»Pädagogische Arbeit kann nur gelingen, wenn das Verhalten, Denken, Fühlen und Handeln dieser Jugendlichen nicht nur unter dem Blickwinkel der eigenen Weltsicht, sondern insbesondere unter der Perspektive der Sinngabe der Jugendlichen selbst erfaßt wird, da nur so gegenseitiges Vertrauen, Achtung, Wertschätzung und damit der Aufbau einer Beziehung als Voraussetzung erzieherischer Einflußnahme möglich ist.« (Sobczyk, 1995, S. 63)

Qualitätssicherung ist in der Jugendhilfe zu einem zentralen Thema geworden, sie stellt jedoch insbesondere für »weichere Bereiche« wie psychosoziale Begleitungs- und Behandlungsprozesse ein komplexeres Unterfangen dar. Jugendhilfefprozesse sind schwer zu (er-)fassen und in ihrer Komplexität und mit ihren Adressaten, deren Biografien, Lebenslagen, Lebensstilen, Wünschen, Werten, Absichten, Ge-

fühlen und Wirklichkeiten, schwer einzufangen (Gahleitner & Ortman, 2006). Die von acht Berliner Jugendhilfeträgern¹ in Kooperation mit der Alice Salomon Hochschule durchgeführte explorativ angelegte Katamnesestudie der Betreuungsqualität in Therapeutischen Jugendwohngruppen (TWGs) wählte daher neben quantitativen, verallgemeinernden Forschungsansätzen einen verstehenden Zugang, auf dessen Basis bestehende Konzepte und Herangehensweisen partizipativ mit den BewohnerInnen diskutiert wurden, um sich schrittweise einer empirischen Wirkforschung anzunähern.

Der bisherige Forschungsstand in diesem Bereich ist schwer überblickbar. Das muss auch nicht erstaunen, sind doch Biografien von Kindern und Jugendlichen in der postmodernen globalisierten Welt von fragmentierten Erfahrungen, pluralen Lebenslagen und Milieus sowie extremer Individualisierung gekennzeichnet, wie der aktuelle Kinder- und Jugendbericht aufzeigt (BMFSFJ, 2009). Jugendliche, die eine Therapeutische Jugendwohngruppe (TWG) als Lebensort benötigen, leiden zudem unter verschiedensten manifesten, in der Regel lebensgeschichtlich be-

dingten Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychiatrischen Störungen. Ein erheblicher Anteil der aufgenommenen Jugendlichen war zuvor mehrfach in psychiatrischen Kliniken untergebracht oder wurde/wird ambulant jugendpsychiatrisch behandelt. Viele vorliegende Studien beziehen sich entweder stärker auf Psychatrieklientel oder jedoch auf den Jugendhilfebereich außerhalb des Gesundheitsbereiches. Dazwischen klafft ein »Erkenntnisgraben« (ebenda).

Jugendliche mit diesen Problematiken brauchen jedoch eine psychologisch-therapeutisch geleitete, sozialpädagogische Hilfe – und haben nach §§ 27 in Verbindung mit 34 oder 35a SGB VIII einen gesetzlichen Anspruch darauf. Der Unterschied zwischen regulären Jugendwohngemeinschaften und Therapeutischen Wohngruppen besteht dabei nicht in einer längeren Betreuungsdauer, sondern in einer grundsätzlich anderen Betreuungsqualität. Die Arbeit beinhaltet die Einbeziehung der Komplexität eines professionellen Verständnisses von Störungsbildern, Krisenanfälligkeiten, Dynamiken, jedoch auch von Ressourcen in der Wahrnehmung der Jugendlichen durch das interdisziplinäre Betreuungsteam. Praxiserfahrungen gibt es in diesem Bereich unzähli-

Anmerkung

1 Es handelt sich um die acht Träger: Pestalozzi-Fröbel-Haus Berlin, E.J.F.-Lazarus, Der Steg, Provo, Allgemeine Jugendberatung, Wuhletal Psychosoziales Zentrum, Jugendwohnen im Kiez, Neuhland (mit insgesamt elf praktizierenden Einrichtungen)

ge, viele auch schriftlich niedergelegt (vgl. Arbeitskreis Therapeutischer Jugendwohngruppen 2005, 2008), umfassende Untersuchungen zu diesem spezifischen Jugendhilfesektor jedoch fehlen. Frühere Bestandsaufnahmen bezogen sich i. d. R. ausschließlich auf pädagogisch betreute Wohngruppen (Heitkamp, 1984; Kiehn, 1982; Sobczyk, 1995).

Ausgewählte Ergebnisse im Kontext des Forschungsumfeldes

Die quantitative Aktenanalyse umfasste 237 zufällig ausgewählte Behandlungsakten aus den elf therapeutischen Jugendhilfeeinrichtungen. Zur Durchführung der Aktenanalyse wurde ein Kodierplan entwickelt, der insgesamt 236 Kategorien umfasst. Die Kodiererübereinstimmungen liegen zwischen 68,8% bis 100%. Qualitativ orientiert wurden zwanzig Einzelinterviews geführt – jeweils zehn mit ehemaligen BewohnerInnen und zehn mit den zugehörigen BetreuerInnen – sowie eine Gruppendiskussion mit ExpertInnen. Mit einer erzählerischen Eingangsfrage (Witzel, 1982) wurde dabei ein Zugang zur Lebensrealität der Jugendlichen und der Arbeitsrealität der Fachkräfte geschaffen. Zur kommunikativen Validierung (Köckeis-Stangl, 1980) wurden die Interviewergebnisse mehrfach mit den Befragten rückgeköpelt. Zur Auswertung der Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1993, 2000) induktiv und fallorientiert angewendet. Die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Analyse wurden während des Auswertungsprozesses immer wieder miteinander in Beziehung gesetzt (vgl. ausführlicher zum Forschungsdesign Arbeitskreis Therapeutischer Jugendwohngruppen 2009).

Alle untersuchten Jugendlichen hatten in verschiedenen Lebensräumen (Familie, Schule, Ausbildung etc.) soziale Probleme und wiesen psychosoziale Auffälligkeiten oder Störungen auf, die im Rahmen der Aktenanalyse zu 29 Kategorien interventionsbedürftiger Probleme zusammengefasst wurden. Zu den häufigsten Problemen gehören z.B. mangelnde Autonomie (73%), soziale Unsicherheit (72%), Depressionen (68%), Stimmungsschwankungen (67%). Selbstverletzungen (52%) und dissoziales Verhalten (52%). Studien aus anderen stationären Jugendhilfekontexten

bestätigen dieses Ergebnis (vgl. u.a. Goldbeck & Fegert, 2007). Der Problemlast steht jedoch nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie eine Anzahl von Ressourcen gegenüber, die in angrenzenden Untersuchungen nicht benannt werden. Auch nach den Ergebnissen der Interviews wird deutlich, dass einige der Jugendlichen trotz Suizidversuchen und bereits einsetzender Chronifizierungstendenzen, Reviktimisierungen, Obdachlosigkeit und Odysseen durch verschiedene Einrichtungen letztlich in konstruktive Hilfeverhältnisse finden. Für den Umgang mit sogenannten »hoffnungslosen Jugendhilfefällen« ist dieses salutogenetisch orientierte Ergebnis sehr bedeutsam.

Nach der vorliegenden Untersuchung schaffen TWGs einen Rahmen für die Jugendlichen, der für ihre Entwicklungsperspektive, ihr Wachstum, ihre Möglichkeiten der Problembewältigung und für ihre Ressourcenaktivierung förderlich ist. Bei ca. zwei Drittel der Jugendlichen können eindeutige Verbesserungen im Bereich der interventionsbedürftigen Probleme festgestellt werden (Krause et. al., i. Dr.). Diese Ergebnisse korrespondieren relativ exakt mit übergreifenden bisherigen Ergebnissen in der Jugendhilfeforschung, insbesondere mit der JULE-Studie (Baur et. al., 1998). Auch die Dauer der Hilfeleistung und die Bedeutung von Abbrüchen wird in der vorliegenden wie in anderen Jugendhilfeuntersuchungen als wichtiger Einflussfaktor herausgearbeitet (Hamberger, 1998; Kühn, 1998; Krause et. al., i. Dr.; Macsenaere & Herrmann, 2004).

Auch wenn sich die Einrichtungen konzeptuell unterscheiden, haben sie nach den Ergebnissen der Untersuchung gemeinsam, innerhalb des multiprofessionellen, gemischtgeschlechtlichen Teams das Therapeutische Milieu auf eine Weise zu etablieren, dass sozialarbeiterische Unterstützung, sozialpädagogisches Handeln und psychotherapeutisches Verstehen im Lebensalltag miteinander in Einklang gebracht werden. Die Herstellung dieses »Therapeutischen Milieus« erfolgt dafür auf mindestens zwei Ebenen:

- 1 auf der Alltagsebene durch die Etablierung einer stationären Bezugsbetreuung und
- 2 auf der psychotherapeutischen Ebene durch das Angebot einer tragfähigen – vom Alltag entlasteten – therapeutischen Beziehung.

In enger Vernetzung machen die Angebote zwei Beziehungsräume möglich: einerseits eine klar strukturierte und nach außen orientierte Alltagsbeziehung und andererseits eine nach innen orientierte, Raum gebende, vor dem Alltag geschützte therapeutische Beziehung (Arbeitskreis Therapeutischer Jugendwohngruppen, 2009; vgl. auch Gahleitner, 2005).

Als elementare Säulen des Konzeptgebäudes der TWGs lassen sich aus der Interviewstudie herauskristallisieren:

- das »Therapeutische Milieu« – Beziehungsarbeit innerhalb einer haltgebenden Struktur und eines aufrichtigen Dialogs –,
- Fachkompetenz und
- personelle, disziplinäre sowie methodische Vielfalt bzw. Vernetzungskompetenz.

Dies korrespondiert z.T. mit den Ergebnissen der JULE- sowie der EVAS-Studie (Kühn, 1998; Macsenaere & Herrmann, 2004; IKJ, 2004). Das spezifische Qualitätsmerkmal der TWGs dabei ist jedoch offenbar das besonders eng beziehungs-sensibel geknüpfte Netz aus Bindungsbezügen, das durch eine angemessene Sozialisationsstruktur und fundiertes Fachwissen über die jeweiligen Problematiken hindurch gewebt wird sowie die Möglichkeit nach angemessenem Aufgehobensein auf der einen und authentischer Nachsozialisation und pädagogischer Konfrontation auf der anderen Seite bietet (vgl. zu den einzelnen Interviewsequenzen Arbeitskreis Therapeutischer Jugendwohngruppen, 2009).

Interessant dabei ist die Aussage der Interviewten, der Schwerpunkt der TWG-Arbeit liege eindeutig auf dem Alltags- und Betreuungsgeschehen liegt. Dieses jedoch entkommt durch die Besonderheit des »Therapeutischen Milieus« dem Scheitern von »normalen Jugendhilfeeinrichtungen«, die häufig durch die schweren komplexen Problematiken der Jugendlichen überfordert sind und nicht die notwendige Betreuungsdichte zusichern können. So ist beispielsweise auch die Aufarbeitung traumatischer Ereignisse nur auf einer stabilen Alltagsbasis und einer gelungenen Gesamtbeziehungskonstellation möglich, die die pädagogischen und therapeutischen Beziehungsräume in ihrer Verschiedenheit angemessen und konstruktiv für den Aufarbeitungsprozess zu nutzen

versteht. Gelingt ein derart positives Zusammenwirken des Systems, so spielen Alltagserfahrungen und atmosphärisch positiv gestaltete Freizeitmomente die größte sozialisatorische Rolle in der TWG-Arbeit: als bedeutende »emotional wie kognitiv korrektive Erfahrungen«. Dieses Ergebnis ist andeutungsweise in einer Reihe bisheriger Studien zu finden, ohne jedoch präziser ausformuliert zu sein (Baur et. al., 1998; Goldbeck & Fegert, 2007; Sobczyk, 1995; Steinke, 1987).

Resümee

Die Bereitstellung eines Angebots für die Jugendlichen, das Veränderung anregt und in Alltagssequenzen pädagogisch und therapeutisch wirksam ist, muss – nach Aussage der Jugendlichen – im TWG-Alltag »erfahrbar« werden. Es realisiert sich als nachsozialisierender Rahmen inmitten der Lebenswelt, jedoch durch ein vorhandenes positives Netz von Beziehungs- und Dialogangeboten hindurch. Auf der Basis dieses Angebots von Beziehung und Struktur, zuweilen jedoch auch als Alternative dazu, realisiert sich – so weit für die Jugendlichen überhaupt zum jeweiligen Entwicklungszeitpunkt möglich – die therapeutische Arbeit in den TWGs. Einrichtungen, in denen es gelingt, pädagogisches Handeln und therapeutisches Verstehen in Einklang zu bringen, scheinen daher die größte Erfolgsquote vorzuweisen. Dieses Ergebnis müsste in einer Reihe weiterer Studien mit unterschiedlichen Designs weiter verfolgt werden.

Qualifizierte Arbeit in den TWGs erfordert auch nach Aussage der BetreuerInnen von den Fachkräften eine Kombination aus Anforderungen im Bereich Bindungs- und Beziehungsarbeit, Fachwissen zur vorherrschenden Problematik, Strukturgebung auf der einen, Flexibilität auf der anderen Seite, Teamgeist, Vernetzungskompetenz, Selbstreflexion und Psychohygiene. Fort- und Weiterbildung, Supervision, Intervention bzw. authentische Auseinandersetzung im Team sowie angemessene Ausgleichsmöglichkeiten im Privatbereich betonen alle BetreuerInnen in den Interviews gleichermaßen als absolute Notwendigkeit für eine fruchtbare Arbeit. MitarbeiterInnen im Betreuungs- und Therapieangebot profitieren daher von beraterischen und therapeutischen Zusatzausbildungen, obwohl oder gerade weil sie unterschiedliche Aufga-

bengebiete ausfüllen, weil dann die Beziehungs- und Arbeitsräume in ihrer Unterschiedlichkeit abgestimmt zusammen wirken können. Nach Aussage der Jugendlichen scheint besonders diese Kombination Erfolg zu versprechen.

Aufgrund der Multiproblemlagen der meisten Jugendlichen, die in TWGs untergebracht sind, braucht es dazu eine Vielfalt von Personen, Disziplinen und Angeboten, die den Jugendlichen mehrere Entwicklungs- und Lösungswege für ihre Entwicklungshürden zur Verfügung stellen kann. Individuell zugeschnittene, personenzentrierte, indikationsspezifische und situationsadäquate Angebote zu machen, erfordert disziplinar, methodisch wie personell eine Mannigfaltigkeit innerhalb des verbindenden TWG-Rahmens und große Vernetzungs- und Fallmanagementkompetenzen zu anderen Einrichtungen und Institutionen, letztlich eine fachkompetente psychosoziale Fallarbeit (Pauls, 2004).

Literatur

- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2005). *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2008). *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2009). *Abschlussbericht der Katamnesestudie therapeutischer Wohngruppen in Berlin KATA-TWG*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Baur, D., Finkel, M., Hamberger, M. & Kühn, A. D. (1998). Was leisten stationäre und teilstationäre Erziehungshilfen? Zentrale Ergebnisse und Folgerungen der wissenschaftlichen Untersuchung Jugendhilfeleistungen (JULE). *EREV-Schriftenreihe*, 39(2), 23-63.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). *13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (Drucksache des Deutschen Bundestags. 16/12860.)
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhard. (Personenzentrierte Therapie & Beratung. 2.)
- Gahleitner, S. B. & Ortman, K. (2006). Qualitative Sozialarbeitsforschung – Auf der Suche nach »sozialer Realität«. *Klinische Sozialarbeit*, 2(Sonderausgabe), 40-44. Online verfügbar: http://www.klinische-sozialarbeit.de/KlinSa_Sonderausgabe%20Tagung_05.pdf [16.11.2006].

- Goldbeck, L. & Fegert, J. M. (2007). *Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. Abschlussbericht*. Ulm: Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm.
- Hamberger, M. (1998). Die drei Hilfeformen im Vergleich. In Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hrsg.), *Leistungen und Grenzen von Heimerziehung: Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Forschungsprojekt JULE* (S. 30-39). Stuttgart: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 170.)
- Heitkamp, H. (1984). *Sozialarbeit im Praxisfeld Heimerziehung. Zu pädagogisch-therapeutischen, rechtlichen und verwaltungsbedingten Aspekten des Alltagshandelns*. Frankfurt: Diesterweg.
- Institut für Kinder- und Jugendhilfe (IKJ) (2004). *EVAS-Auswertung 2004. Gesamtbericht*. [Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen.] Mainz: Institut für Kinder- und Jugendhilfe.
- Kiehn, E. (1982). *Sozialpädagogische Jugendwohngemeinschaften*. Freiburg: Lambertus.
- Köckeis-Stangl, E. (1980). Methoden der Sozialisationsforschung. In K. Hurrelmann & D. Ulich (Hrsg.), *Handbuch der Sozialisationsforschung* (S. 321-370). Weinheim: Beltz.
- Krause, B., Wachsmuth, I., Rosemeier, C.-P. & Meybohm, U. (i.Dr.). Katamnesestudie therapeutischer Jugendwohngruppen – Eine retrospektive Aktenanalyse zur Untersuchung von Einflussfaktoren auf den Erfolg. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Forschung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag. (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 2.)
- Kühn, A. D. (1998). »Viele Hilfen in Folge« – Jugendhelferkarrieren. In Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hrsg.), *Leistungen und Grenzen von Heimerziehung: Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Forschungsprojekt JULE* (S. 5-32). Stuttgart: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 170.)
- Macsenaere, M. & Herrmann, T. (2004). Klientel, Ausgangslage und Wirkungen in den Hilfen zur Erziehung. *unsere jugend*, 56(1), 32-42.
- Mayring, P. (1993). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (4. erw. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. 28 Absätze. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* [On-line Journal], 2(1), Verfügbar unter: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.htm> [18.07.2002].
- Pauls, H. (2004) *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa. (Grundlagentexte Soziale Berufe.)
- Sobczyk, M. (1995). *Die pädagogisch betreute Wohngruppe. Organisationsstrukturelle Rahmenbedingungen und pädagogisch-therapeutische Ansätze stationärer Betreuung und Förderung verhaltensauffälliger Jugendlicher* (2. Aufl.). Regensburg: CH-Verlag.
- Steinke, T. (1987). Therapie im Heim. In F. Petermann (Hrsg.), *Analyse von Leistungsfeldern der Heimerziehung. Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation. Planungsgruppe PETRA* (S. 373-420). Frankfurt: Lang. (Studien zur Jugend- und Familienforschung. 1.)
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt Campus. (Campus Forschung. 322.)

Therapie im Kontext: Überlegungen zur Überwindung des »treatment gap« zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung

Michael Borg-Laufs

Soziale Systeme – in Deutschland und in vielen anderen Ländern der Welt – sind i.d.R. so organisiert, dass die Zuweisung eines »Falles« zu einem bestimmten Teil des Sozialsystems die Möglichkeiten der Hilfeleistung bahnt, zugleich jedoch auch rahmt. Diese Vorgehensweise birgt die Gefahr, dass die Versorgung sich weniger am Wohl der Betroffenen orientiert als an der Minimierung entstehender Kosten. KlientInnen und PatientInnen werden von einem Ressort zum nächsten »verschoben« und fallen unterwegs durch den Rost bzw. in die dazwischen klaffende Lücke. Nach dem aktuellen 13. Kinder- und Jugendbericht z. B. »bleibt Deutschland« in Bezug auf die optimale Versorgung von Kindern und Jugendlichen »hinter seinen Möglichkeiten zurück« (BMFSFJ, 2009, S. 13). Der Bericht beschreibt die momentane Lage als eine Situation von auseinanderklaffenden Zuständigkeiten (ebd.).

Als wesentliches Anliegen der Bundesregierung wird »eine konstruktive und verbindliche Zusammenarbeit bestehender Einrichtungen und Dienste« (S. 7) formuliert. Diese scheitert jedoch zunehmend nicht nur an finanziellen Hürden, sondern auch an der mangelnden interdisziplinären Dialogfähigkeit. Die endgültige Verortung der Psychotherapie im Gesundheitswesen durch die Installation des Psychotherapiegesetzes in Deutschland hat die Idee, dass psychische Probleme nicht nur Krankheiten sind, sondern gerade im Kinder- und Jugendbereich jeweils auch auf Entwicklungs- und Beziehungsdefizite hinweisen oder sogar ausschließlich dadurch bedingt werden, schlagartig erstickt. Mit völliger Selbstverständlichkeit gelten aggressive Kinder (Störung des Sozialverhaltens, F91; WHO, 2005), schüchterne Kinder (Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters, F93.2), zappelige Kinder (Hyperkinetische Störung, F90), einnässende Kinder (Enuresis, F98.0), Kinder mit einem defizitärem Zuhause, in dem keine festen Bindungen entstehen können (reaktive Bindungsstörung, F94.1), Kinder, die in manchen Kontexten nicht sprechen mögen (Elektriver Mutismus, F94.0), u. v. m. als »Kranke«, als »PatientInnen« (vgl. Borg-Laufs, 2007).

Jugendliche jedoch, die zu Gewalt und Delinquenz neigen, beginnen häu-

fig früh mit sozialen Auffälligkeiten und Negativkarrieren (Borg-Laufs, 2002; Scheithauer & Petermann, 2004). Wird der Kumulation von biopsychosozialen Risikofaktoren (Gewalterfahrung, Missbrauch, Vernachlässigung etc.) nicht bereits aufsuchend und aktiv in der Kindheit begegnet, können die daraus resultierenden Verhaltensauffälligkeiten später nicht mehr psychotherapeutisch abgefangen werden. In der Jugendhilfe gibt es daher ein Bündel von Maßnahmen, die in der Hilfeplankonferenz aufeinander bezogen werden müssen. Ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Hilfe besteht darin, wie die Maßnahmen zielführend miteinander kombiniert und vernetzt werden können. Hierbei sind auch sozialräumliche und gemeindenahere Versorgungsaspekte gefragt, insbesondere für Kinder mit speziellem und komplexem Versorgungsbedarf. Wünschenswert nach den aktuell vorliegenden Ergebnissen sind demnach »multimodale Versorgungsnetze« (BMFSFJ, 2009, S. 16). Nach dem Psychotherapeutengesetz jedoch wird die Durchführung von Maßnahmen, die der Überwindung sozialer Konflikte dienen, nicht als heilkundliche Psychotherapie verstanden und damit aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen.

Als »Negativ-Beispiele« hierzu genannt werden im 13. Kinder- und Jugendbericht z. B. Kinder psychisch kranker Eltern oder mit breiteren Paletten von Verhaltensauffälligkeiten, bei denen eine abgegrenzte psychotherapeutische Behandlung vermutlich wenig zielführend wäre, insofern sie die jungen PatientInnen überhaupt zu erreichen in der Lage ist. Das Gleiche gilt für Vernetzungsaspekte mit wichtigen Sozialisationsagenturen wie Schule oder offene Einrichtungen der Jugendhilfe. Gelingt es der psychotherapeutischen Versorgung nicht, auch bis in diese komplexen Schnittstellen von Jugendlichen mit z. B. depressiven Erkrankungen, selbstverletzendem Verhalten, Suizidalität etc. hineinzureichen, wird ein wichtiger Versorgungsaspekt nicht in die Überlegungen einbezogen (ebd., S. 139). Der Auftrag, das seelische und soziale Moment von Gesundheit und Krankheit in ganzem Umfang einzubeziehen, ist damit in keiner Weise eingelöst (vgl. dazu auch Fiedler, 2006).

Soll sich die Versorgung also am Bedarf und nicht an Fragen der Zuweisung einer Problemlösung zu einem bestimmten Kostenträger orientieren, sind fachliche Diskussionen und sozialpolitische Gestaltungen gefragt, die die bestmögliche Versorgung der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Familien sicherstellen. Dies erfordert jedoch zweierlei: Erstens auch im Rahmen der Therapiedurchführung in niedergelassener Praxis – durch geeignete Richtlinien und Vergütungsvorgaben – eine umfassende Behandlung zu ermöglichen, in der Haus- und Schulbesuche, familientherapeutische Vorgehensweisen, Sozialberatung, begleitende Elternberatung oder -therapie sowie die Einzel- und/oder Gruppentherapie mit den Kindern ihren Platz haben. Und zweitens vorhandene Feldkompetenz aller im Kinder- und Jugendbereich tätigen Professionen unter Einbezug multidimensionaler Konzepte mit entsprechenden Diagnostik- und (Be-) Handlungsstrategien, die sich neben den traditionellen klinisch-psychologischen Inhalten elementar an Entwicklungsaspekten, an der Beziehungs- und Motivationsstruktur, an der Lebenswelt und am Umfeld sowie an Versorgungsrealitäten im Hilfenetz orientieren.

Die Entwicklung von adäquaten Konzepten der Versorgung entlang dieser geforderten Überlegungen basiert in ihrer Umsetzung auf Diagnostik- und (Be-) Handlungskompetenz in den zugehörigen Ausbildungsgängen an Hochschulen und bei Ausbildungsträgern. Dabei werden Wissensbestände und Kompetenzen benötigt, die auch dazu befähigen, PatientInnen in Multiproblemsituationen zu erreichen und zu behandeln (vgl. Borg-Laufs, 2006; Gahleitner & Borg-Laufs, 2007; Gahleitner et al., i. Dr.; Pauls, 2004; Zurhorst, 2000). Der Kinder- und Jugendbericht ist auch in dieser Hinsicht ergiebig: »In den sich verschärfenden Verteilungskämpfen um finanzielle Mittel bei gleichzeitiger Implementierung markt- sowie wettbewerbsorientierter Steuerungsinstrumente in die GKV verschlechtert sich die gesundheitsbezogene Chancengleichheit vor allem für sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen« (BMFSFJ, 2009, S. 161). Es bedarf daher einer Nutzung und Wei-



Der 2. Band der Beiträge zur Klinischen Sozialarbeit widmet sich der Forschung. Unter anderem wird der Wirksamkeit und Effizienz von Hilfeangeboten nachgegangen und warum Klinische Sozialarbeit mal mehr und mal weniger erfolgreich ist.

Silke B. Gahleitner, Gernot Hahn:
Klinische Sozialarbeit Bd. 2 »Forschung«
ISBN 978-3-86739-482-4,
260 Seiten, 29,95 Euro
erscheint Oktober 2009

Erfahrungswissen nutzen - Peerausbildung fördern



Peers können für vieles hilfreich sein: »Dolmetscher« zwischen Professionellen, Betroffenen und Angehörigen, fachliche Begleiter und Mutmacher.

Dieses Buch versammelt aktuelle Erfahrungen und Rahmenbedingungen der Peer-Arbeit und gibt Anregungen, wie Peers in die Arbeit einbezogen werden können.

Utchakowski, Sielaff, Bock (Hg.):
Vom Erfahrenen zum Experten.
Wie Peers die Psychiatrie verändern.
ISBN 978-3-88414-470-1, 240 S., 24,95 Euro

Psychiatrie-Verlag

Bestellungen an:

Thomas-Mann-Str. 49a • 53111 Bonn
Tel./Fax: 0228/72534-0/-20
mail: verlag@psychiatrie.de

terentwicklung von adäquaten Konzepten, die lebensweltorientierte Perspektiven (Thiersch, 1992) und Macht- und Austauschtheorien (Staub-Bernasconi, 1995; vgl. auch Bourdieu, 1992) einbeziehen. Diese Mehrdimensionalität in der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit wird in den Versorgungsstrukturen der Zukunft zunehmend an Bedeutung gewinnen (Gahleitner, 2006).

Tatsächlich beantwortet die momentane Versorgung vor allem im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie weder die dringlichen psychosozialen Problemlagen, die aus Migrationsprozessen resultieren, noch Auswirkungen von sozialer Ausgrenzung/Randständigkeit oder von Armut. Von dieser fortgesetzten Ausweitung und Steigerung des sozialen Gradienten in unserer Gesellschaft sind längst sind nicht mehr »nur« soziale Randgruppen betroffen (vgl. national Mielck, 2005; international Rutz, 2003; vgl. u. a. auch Keupp, 1997; Pauls, 2004; Sting & Zurhorst, 2000). Die Auswirkungen von Armut auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist kaum zu überschätzen (vgl. im Überblick Borg-Laufs, i. Dr.). Als armutsbedingte psychische Probleme konnten in Untersuchungen Niedergeschlagenheit und Hilflosigkeit, Scham, Neid und die Angst vor Desintegration gefunden werden. Sowohl psychische als auch physische Grundbedürfnisse werden häufig nicht befriedigt, was tiefgreifende und langanhaltende Auswirkungen auf das Wohlergehen der Kinder hat (vgl. Borg-Laufs & Dittrich, i. Dr.). Psychotherapie muss in diesem Kontext die lebensweltlichen Bedingungen in hohem Maße berücksichtigen. Neben der Einzeltherapie sind auch Ansatzpunkte für veränderungsorientierte Hilfen in den Familien, in der Schule und im Stadtteil zu suchen.

Die hier beschriebene aktuell zweifelsfrei bestehende Unterversorgung im Bereich umfassender psychotherapeutischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen noch weiter zu verschärfen, wäre nicht nur für Betroffene im Einzelfall katastrophal, sondern auch gesamtgesellschaftlich gesehen ein Armutszeugnis für unsere Gesellschaft. Auf welche Weise eine Trendwende zu bewerkstelligen ist, wird nur dann herauszufinden sein, wenn das Wohl der Betroffenen und damit mittelbar auch die zukünftige Entwicklung der Gesellschaft im Fokus der Aufmerksamkeit steht, »um so die großen Chancen, die Prävention und Gesundheitsförderung für unser Gesundheitssystem und für unsere ganze Gesellschaft bieten, effektiver und effizienter zu nutzen« (BMFSFJ, 2009, S. 7f.).

Literatur

- Borg-Laufs, M. (2002). Verhaltenstherapie mit aggressiven Jugendlichen. Ableitungen aus der Entwicklungspsychopathologie. In bkj (Hrsg.), *Viele Seelen wohnen doch in meiner Brust – Identitätsarbeit in der Psychotherapie mit Jugendlichen* (S. 107-131). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Borg-Laufs, M. (2006). *Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Manual für die Therapieplanung (SDS-KJ)*. Tübingen: dgvt.
- Borg-Laufs, M. (2007). Zur bisherigen und zukünftigen Entwicklung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 2: Diagnostik und Intervention* (S. 913-924). Tübingen: dgvt.
- Borg-Laufs, M. (i. Dr.). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus armen und armutsgefährdeten Familien. In V. Hammer & R. Lutz (Hrsg.), *Wege aus der Kinderarmut*. Weinheim: Juventa.
- Borg-Laufs, M. & Dittrich, K. (Hrsg.) (i. Dr.). *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend – Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie*. Tübingen: dgvt.
- Bourdieu, P. (1992). *Schriften zu Politik & Kultur. Bd. 1: Die verborgenen Mechanismen der Macht*. Hamburg: VSA.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). *13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Berlin: BMFSFJ.
- Fiedler, P. (2006). Psychotherapie in der Entwicklung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 38, 269-282.
- Gahleitner, S. B. (2006). »ICD plus« und »Therapie plus« – Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 2 (Sonderausgabe), 12-22. Online verfügbar: http://www.klinische-sozialarbeit.de/KlinSa_Sonderausgabe%20Tagung_05.pdf [16.11.2006].
- Gahleitner, S. B. & Borg-Laufs, M. (2007). Wer wird Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin nach der Bologna-Reform? Perspektiven der Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik. *Psychotherapeutenjournal*, 6(2), 108-117.
- Gahleitner, S. B., Schulze, H. & Pauls, H. (i. Dr.). »hard to reach« – »how to reach?« Psycho-soziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit, Tagung »Soziale Diagnostik«, 08.05.08 in St. Pölten, Österreich.
- Keupp, H. (1997). *Ermutigung zum aufrechten Gang*. Tübingen: dgvt.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa.
- Rutz, W. (2003). The european mental health program and the world health report 2001. Input and implications. *British Journal of Psychology*, 183, 73-74.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (2004). Aggressiv-dissoziales Verhalten im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.), *Entwicklungswissenschaft* (S. 367-410). Berlin: Springer.
- Staub-Bernasconi, S. (1995). *Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international*. Stuttgart: Haupt.
- Sting, S. & Zurhorst, G. (Hrsg.) (2000). *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit*. Weinheim: Juventa.
- Thiersch, H. (1992). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Weinheim: Juventa.
- World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2005). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. (3. überarb. Aufl.). Bern: Huber. (Amerikanisches Original erschienen 2005.)
- Zurhorst, G. (2000). Armut, soziale Benachteiligung und Gesundheit. In S. Sting & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 41-54). Weinheim: Juventa.

Psychologische/r PsychotherapeutIn und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn: Aktuelle Informationen zur Debatte um Zulassungsvoraussetzungen

AZA-KJP, FBTS-AG & PT-HS

*Arbeitsgemeinschaft Zugang und Qualitätssicherung der Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AZA-KJP),
Fachbereichstag Soziale Arbeit: AG KJP-Zulassung Sozialberufe (FBTS-AG),
Psychotherapie an Hochschulen (PT-HS)*

Die Bologna-Reform bringt für die Studiengänge, die gemäß §5 Abs. 2 Nr.2 PsychThG die Voraussetzungen für den Zugang zur KJP-Ausbildung erfüllen, vielfältige Änderungen mit sich. Die Rahmenprüfungsordnungen sind für die Gestaltung der Bachelor- und Masterstudiengänge nicht mehr bindend. Sowohl die Inhalte als auch die Bezeichnungen von Bachelor- und Masterabschlüssen werden in Zukunft vielfältig sein. Damit ist nicht mehr sichergestellt, dass die betreffenden Studiengänge auch künftig jene Kompetenzen vermitteln, die der Gesetzgeber bei der Normierung des Zugangs zur Ausbildung zum KJP im Psychotherapeutengesetz vorausgesetzt hat. Dies macht eine Konkretisierung bzw. Anpassung der Ausführungsbestimmungen für die Beurteilung von Zulassungsvoraussetzungen erforderlich.

Die Anforderungen aus der Versorgung setzen für die Aufnahme einer KJP-Ausbildung grundsätzlich einen Masterabschluss voraus. Dabei können sowohl Abschlüsse konsekutiver Studiengänge und Abschlüsse von Weiterbildungsstudiengängen qualifizierend sein. Notwendige Qualifikationsmerkmale werden sowohl im Bachelor- als auch im Masterstudiengang vermittelt. Bei der Konkretisierung der Zulassungsvoraussetzungen müssen daher die notwendigen Inhalte von Bachelor- und Masterstudiengängen inhaltlich und vom Umfang her definiert werden.

Das moderne Verständnis psychischen Geschehens und somit auch der Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankung beruht auf einem bio-psycho-sozialen Paradigma, keiner dieser drei Zugänge ist daher verzichtbar für ein angemessenes psychotherapeutisches Verständnis des Menschen. Die WHO fordert seit Jahrzehnten, das seelische und soziale Moment von Gesundheit und Krankheit in ganzem Umfang einzubeziehen. Diese umfassende Betrachtung von Gesundheit und Krankheit wird in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in Zu-

kunft zunehmend an Bedeutung gewinnen. Sie sollte daher auch in den Zulassungsvoraussetzungen entsprechendes Gewicht erhalten.

Abweichend von den Empfehlungen des Forschungsgutachtens zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Umfang von 150 ECTS-Punkten Psychologie/Klinische Psychologie, die nicht nur von keinem sozialberuflichen Studiengang zu leisten sind, sondern auch aus versorgungspolitischer Sicht nicht sinnvoll erscheinen, haben die drei oben genannten Initiativen – auf der Basis einer Vereinbarung mit der Bundespsychotherapeutenkammer ein Mindeststandardpapier erarbeitet, das im Juni 2009 durch den Fachbereichstag Soziale Arbeit, die AZA-KJP sowie PsychTh-HS konsentiert wurde. In diesem Papier werden zentrale Inhalte im Umfang von 180 ECTS-Punkte festgelegt, die sozialwissenschaftliche (konsekutive sowie weiterbildende) Bachelor-/Masterstudiengänge vermitteln sollten, um die Zugangsvoraussetzungen für eine psychotherapeutische Ausbildung zu erfüllen.

Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß §5 Abs.2 Nr.2 PsychThG Vorschlag für Mindestanforderungen an qualifizierende Studiengänge

Aus dem zusammen 300 ECTS umfassenden Bachelor- und Masterstudium sind **insgesamt 180 ECTS** aus folgenden Bereichen nachzuweisen:

1.	Fachspezifische Kenntnisse im Grundberuf	120
	Die jeweils spezifischen Kenntnisse, die den Kern der Grundberufe abbilden, die der Gesetzgeber bei Normierung der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 5 Abs.2. Nr.2 im Blick hatte, sollen auch künftig vorausgesetzt werden. Ihre »nicht-klinischen« Anteile sollen in Bachelor- und Masterstudium zusammen 120 ECTS umfassen. Die inhaltlichen Mindestanforderungen an diese fachspezifischen Kenntnisse sind von den jeweiligen Fachgesellschaften der Pädagogik, Sozialpädagogik, Heilpädagogik, Sozialen Arbeit und Psychologie noch zu definieren. Essentials sind dabei wissenschaftliche Erkenntnisse und methodisch geschulte Fähigkeiten (Kompetenzen) für die pädagogisch-soziale Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien in ihrem sozialen Umfeld – zumal bei besonderen Belastungen und Gefährdungen.	
2.	Klinische Kenntnisse unter Berücksichtigung des Kindes- und Jugendalters	60
	Auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Paradigmas von Gesundheit und Krankheit sind klinische Kenntnisse sowohl zum Verständnis der gesundheitlichen Gefährdungslagen von Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen als auch für deren Behandlung notwendig. Der Level der Kenntnisse wird im Einzelnen durch die Kriterien des Qualifikationsrahmens Sozialer Arbeit bestimmt, wie sie von den AutorInnen zu diesem Papier angelegt wurde und von diesen bei Bedarf angefordert werden kann.	
2.1	Lehrveranstaltungen, die folgende Bereiche umfassen: A Forschungsmethodik: Grundlagen der Interventionsforschung B Diagnostik, Klassifikation psychischer Störungen C Entwicklungspsychopathologie und Sozialisation D Biologische, medizinische, interaktionelle und soziokulturelle Modelle von Gesundheit und Krankheit E Gesprächsführung, Intervention und verfahrensspezifische Veränderungsmodelle F Strukturelle Rahmenbedingungen von Beratung, Betreuung und Gesundheitsversorgung Davon im Masterstudium: Die Bereiche A, B und E müssen hier jeweils teilweise abgedeckt sein.	mindestens 30: <i>A-F: mindestens je 4</i> <i>davon Masterstudium: mindestens 15</i>
2.2	Bis zu 30 ECTS sind anrechenbar aus den Studienbereichen: Bachelorarbeit, Masterarbeit, Praktika oder Projektarbeit jeweils mit klinischem Schwerpunkt (mindestens zwei verschiedene).	maximal 30
Gesamt		mindestens 180

»Wirksamkeit – Erfolge – Perspektiven«: 5. TWG-Tagung am 14. Oktober 2009

Therapeutische Wohngruppen im Spannungsfeld von Erwartungen und Bewertungen

Inhalt

In therapeutischen Wohngruppen leben Jugendliche und junge Volljährige mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Wir schaffen ihnen einen zeitweiligen Lebensort, an dem Gesundungsprozesse und Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben möglich werden. Unser pädagogisches und therapeutisches Handeln ist theoriegeleitet und durch Erfahrungen geprägt. Kostenträger, Jugendliche, Familien, Kliniken, Schulen... und wir selbst erwarten, dass wir damit erfolgreich sind.

- Wie definieren die unterschiedlich Beteiligten am Hilfeprozess „Erfolg“, woran wird er gemessen?
- Was wirkt grundsätzlich, was individuell, unter welchen Bedingungen, und was schadet vielleicht?
- Wie kann man Wirksamkeitsfaktoren bei der individuellen und systemischen Komplexität analysieren?

Auf der 5. Fachtagung des Arbeitskreises Therapeutischer Jugendwohngruppen Berlin möchten wir uns mit Fragen der Wirkung unserer Hilfen theoretisch und praktisch auseinandersetzen. Wir werden Ergebnisse und Hypothesen einer Wirksamkeitsstudie, die der Arbeitskreis gemeinsam mit der Alice Salomon Hochschule durchführte, vorstellen.

Die 2002 begonnene Tagungsreihe beschäftigt sich mit Themen, die für die Qualität der Arbeit in TWGs von zentraler Bedeutung sind. Die

Diskussion zur Wirksamkeit, zu der wir Sie einladen, schließt sich inhaltlich an die Themen Therapeutisches Milieu, Diagnostik und Interventionsstrategien in TWGs an.

Wir laden herzlich ein: SozialpädagogInnen, Erzieherinnen, Psychologinnen, Therapeutinnen und Ärztinnen, Mitarbeiterinnen aus Jugendämtern, Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten, Beratungsstellen, Kliniken, Kriseneinrichtungen und anderen Einrichtungen der freien Jugendhilfe und der psychosozialen Versorgung.

Programm

09.00-09.45 h: *Eröffnung und Implusreferat*

Schneller, höher, weiter!? Erwartungen an Therapeutische Wohngruppen (Dr. Andree Egel, TWG Respect Yourself/ EJF-Lazarus)

09.45-10.45 h: *Vortrag 1 und Diskussion*

Mehr Chancengerechtigkeit für gesundes Aufwachsen – auch für Jugendliche und junge Volljährige aus prekären Lebenslagen (Prof. Dr. Heiner Keupp Professor für Sozial- und Gemeindepsychologie; Vorsitzender der Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts)

11.15-12.30 h: *Vortrag 2 und Diskussion*

Therapeutische Wohngruppen - Was sie leisten und was sie bewirken. Ergebnisse einer empirischen Studie (Prof. Dr. Silke Gahleitner Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit, Alice Salomon Hochschule Berlin; Bert Krause, Gastdozent für Forschungsmethoden in der Sozialarbeit an der Alice Salomon Hochschule Berlin)

13.45-16.00 h: *Arbeitsgruppen*

1. Wirkfaktoren und Erfolgskriterien – Vertiefende Diskussion der Studienergebnisse (Silke Gahleitner und Bert Krause, ASH; Claus-Peter Rosemeier, TWG-Koralle PFH)
2. Beziehung wirkt – aber wie? Theorie und Erfahrungsaustausch für Bezugsbetreuerinnen (Dr. Andree Egel, Annett Strutzke, TWG Respect Yourself/ EJF-Lazarus)
3. PädZi - Wirkung von Pädagogik erfassen: Vorstellung des Verfahrens in Theorie und Praxis (Ute Wiedebusch, Zwischenbahnhof / CJD Berlin)
4. Brauchen wir ein Medizinisches Versorgungszentrum für Kinder und Jugendliche in jeder Region? (Ute Meybohm, ajb gmbh)
5. Zaubrerhafte Gespräche? Wie Pädagoginnen, Therapeutinnen und Familien über Wirkungen, Ziele und Wirksamkeit sprechen (Wolfgang Over und Per Wolfrum, Neues Wohnen im Kiez-TWG; Bianca Weber und Renate Semken, Neues Wohnen im Kiez-TEV)
6. Wirksamkeit erfahren durch gemeinsames Tun – Beziehungsarbeit im TWG-Alltag (Ulrich Ehlert, TWG Lübars / EJF-Lazarus)

Anmeldung und Information

Veranstalter:

AK Therapeutische Wohngruppen

Tagungsort:

Haus der Kirche, Goethestraße 26-30, 10625 Berlin-Charlottenburg

Anmeldung und Gebühren vor Ort:

EUR 20,- (Barzahlung vor Veranstaltungsbeginn)

Kontakt:

Der Steg, Tel. 030/4985 76940, girnth@dersteg.de



Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit, M.A.

Beratung und Soziale Therapie

Alice Salomon



HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences



hochschule
coburg university

Berufsbegleitender Masterstudiengang in Klinischer Sozialarbeit

Start des 9. Kurses im Sommersemester 2010

Klinische Sozialarbeit ist beratende und behandelnde Sozialarbeit. Sie wird ambulant, teilstationär und stationär in vielen sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern erbracht, z.B. in Beratungsstellen, Vor- und Kernfeldern der Psychiatrie, in der Rehabilitation, in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und der Krankenhaussozialarbeit.

Das Masterprogramm ist seit Mai 2009 reakkreditiert und ermöglicht den Zugang zum Höheren Dienst sowie zur Promotion.

Studieninhalte:

- Theorien, Interventions- und Forschungsmethoden und Evaluation
- psycho-soziale Diagnose und Beratung
- Soziale Therapie
- Krisenintervention
- Rehabilitation
- Case Management
- Qualitätssicherung

Weitere Informationen:

- Durchführung in 10 Blockveranstaltungen pro Jahr
- Expertise in Beratung und Behandlung, praxisorientierter Forschung und systemischen Management-Kompetenzen
- Intensive Begleitung und Betreuung bei der Erstellung der Masterarbeit
- International anerkannter Abschluss mit Promotionsmöglichkeit

Nähere Informationen finden Sie unter: www.hs-coburg.de und www.ash-berlin.eu
Weitere Informationen zur Klinischen Sozialarbeit: www.klinische-sozialarbeit.de