

# **Interdisziplinäre Krisenintervention**

Case Management als alternativer Ansatz in der Betreuung von Jugendlichen  
zwischen Jugendpsychiatrie und sozialen Einrichtungen.

## **MASTERARBEIT**

zur Erlangung des akademischen Grades einer  
Magistra der Philosophie  
an der Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaftlichen Fakultät  
der Karl-Franzens-Universität Graz  
vorgelegt von

Angelika PLESCH, Bakk<sup>a</sup>.phil.

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft  
Begutachter Ao.Univ.-Prof. Mag.rer.nat. Dr.phil. Arno Heimgartner

Graz, 2010

### **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benützt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche gekennzeichnet habe.

Graz, 2010

Angelika Plesch, Bakk<sup>a</sup>.phil.

## **Danksagung**

Ich möchte mich an dieser Stelle bei all jenen bedanken, die mich in der Zeit meines Studiums und bei der Anfertigung meiner Masterarbeit in welcher Weise auch immer unterstützt haben. Im Speziellen möchte ich mich bei meinem Lebensgefährten und meiner Familie recht herzlich für die Unterstützung, die Begleitung und ihr Dasein in dieser Phase meines Lebens bedanken.

Besonderer Dank gilt Herrn Univ. Prof. Dr. Arno Heimgartner für die Betreuung dieser Arbeit.

Überdies möchte ich mich bei allen InterviewpartnerInnen der Jugendpsychiatrie des Landeskrankenhauses Wagner-Jauregg in Linz und der Pro Mente Jugend Oberösterreich bedanken.

Vielen Dank für die kooperative Zusammenarbeit.

## **Zusammenfassung**

Diese Masterarbeit beschäftigt sich mit interdisziplinären Kooperationssystemen und deren Vernetzung bezüglich der Betreuung psychisch bzw. psychiatrisch erkrankter Jugendlicher. Die hierbei entstehenden Schnittstellen können sehr unterschiedliche Formen annehmen. Eine mögliche Variante der Schnittstellengestaltung bzw. Betreuung stellt das Case Management dar.

Die Chronifizierung vorhandener psychischer Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen während der Adoleszenzphase kann durch Fehlversorgung der Jugendlichen zusätzlich forciert werden. Jugendliche mit langen Betreuungskarrieren, die oftmals mit einschneidenden Beziehungsabbrüchen konfrontiert waren, benötigen kontinuierliche, zielgerichtete Betreuung. Das Case Management stellt einen umfassenden Betreuungsansatz dar, der in dieser Arbeit ausführlich erläutert werden soll. Einen Überblick über den Status Quo bezüglich des Case Managements im theoretischen Teil dieser Arbeit sowie ExpertInneninterviews im empirischen Teil dieser Arbeit zeigen Problematiken und Chancen der interdisziplinären Krisenintervention auf.

## **Abstract**

This master thesis deals with medical care and social welfare of mentally ill, and accordingly, psychiatric ill adolescent persons. This care is characterised by interfaces between different institutions. Especially in adolescent phase of life mental disorders, respectively, psychiatric diseases might become chronicle, which additionally might increase due to an inappropriate care. Adolescents concerned have often already been in long-term care, accompanied by numerous interruptions of relationships, and therefore require a goal-oriented, continuous care. A new approach of attendance known as “Case Management” is presented in this master thesis.

# Inhaltsverzeichnis

<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>11</b>
<b>I. THEORETISCHER TEIL.....</b>	<b>13</b>
<b>1. JUGENDWOHLFAHRT UND KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE.....</b>	<b>13</b>
1.1. JUGENDLICHE MIT PSYCHISCHEN STÖRUNGEN UND PSYCHIATRISCHEN ERKRANKUNGEN .....	13
1.1.1. <i>Stigmatisierung</i> .....	14
1.2. JUGENDHILFE UND KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE .....	15
1.3. KONZEPTIONELLE ASPEKTE DER JUGENDHILFEPLANUNG .....	19
1.3.1. <i>Planungsvorgänge</i> .....	21
<b>2. KRISE UND KRISENINTERVENTION.....</b>	<b>22</b>
2.1. DEFINITION VON KRISE.....	22
2.2. ARTEN DER SEELISCHEN KRISE .....	23
2.3. ABGRENZUNG ZUM NOTFALL.....	23
2.4. DEFINITION VON KRISENINTERVENTION .....	24
2.5. GRUNDSÄTZE DER PSYCHIATRISCHEN KRISENINTERVENTION.....	27
2.6. DIE ZEITLICHE BEGRENZTHEIT.....	27
<b>3. INTERDISZIPLINÄRE KOOPERATION UND IHRE NETZWERKE.....</b>	<b>29</b>
3.1. KOOPERATION ZWISCHEN DEN PROFESSIONEN.....	29
3.1.1. <i>Kommunikationsprobleme</i> .....	30
3.1.2. <i>Differenzen</i> .....	30
3.1.3. <i>Soziale Räume</i> .....	31
3.1.4. <i>Möglichkeiten der Kooperation</i> .....	31
3.1.5. <i>Defizite im interdisziplinären Versorgungssystem</i> .....	32
3.2. ZUSTÄNDIGKEITEN IN DER INTERDISZIPLINÄREN BETREUUNG.....	33
3.2.1. <i>Kosten</i> .....	34
3.2.2. <i>Professionen</i> .....	34
3.2.3. <i>Chancengleichheitsgesetz OÖ</i> .....	35
<b>4. CASE MANAGEMENT (CM) .....</b>	<b>37</b>

4.1.	DEFINITION DES BEGRIFFS CASE MANAGEMENT .....	37
4.2.	ZIELGRUPPE DES CASE MANagements.....	40
4.3.	PRAXISGRUNDSÄTZE.....	41
4.4.	STEUERUNGSEBENEN .....	42
4.4.1.	<i>Fallebene</i> .....	42
4.4.2.	<i>Organisationebene</i> .....	42
4.4.3.	<i>Institutionelle Netzwerkebene</i> .....	43
4.5.	PHASEN DES CASE MANAGEMENT .....	44
4.5.1.	<i>Erstkontakt (Intake)</i> .....	44
4.5.2.	<i>Assessment bzw. Einschätzung</i> .....	45
4.5.3.	<i>Hilfeplanung (Planung)</i> .....	45
4.5.4.	<i>Prozessbeobachtung/-steuerung (Organisation/Monitoring)</i> .....	46
4.5.5.	<i>Evaluation/Abschluss</i> .....	46
4.5.6.	<i>Beendigung</i> .....	46
4.5.7.	<i>Dauer des Case Managements</i> .....	47
4.6.	DOKUMENTATION .....	47
4.7.	RECHTLICHE VERANKERUNG DES CASE MANagements .....	48
4.8.	AUFGABEN EINER/ES CASE MANAGERS/IN.....	48
4.9.	ROLLEN DER/DES CASE MANAGERIN/S .....	49
4.10.	AUSBILDUNG ZUR/ZUM CASE MANAGER .....	51
4.10.1.	<i>Spezialisierung</i> .....	52
4.10.2.	<i>Unterschiedliche Professionen</i> .....	52
4.11.	CASE MANAGEMENT ALS MULTIDISZIPLINÄRE KOORDINATION.....	53
4.11.1.	<i>Einsatzgebiete des Case Managements</i> .....	53
4.11.2.	<i>Zum Begriff psychiatrisches Case Management</i> .....	54
4.12.	STAND DER FORSCHUNG .....	54
4.12.1.	<i>Makler-Modell (broker model)</i> .....	55
4.12.2.	<i>Klinische Case Management Modell (clinical case management model)</i> .....	56
4.12.3.	<i>ACT-Modell (assertive community treatment)</i> .....	56
4.12.4.	<i>ICM-Modell (intensive casemanagement)</i> .....	57
4.12.5.	<i>Ressourcen-/Stärken-Modell (strength model)</i> .....	57

4.12.6.	<i>Rehabilitations-Modell</i> .....	57
4.12.7.	<i>Bilanz der Modelle</i> .....	59
4.13.	WIDERSTÄNDE – SCHWIERIGKEITEN .....	60
4.14.	KRITIK AN DAS CASE MANAGEMENT .....	62
<b>II.</b>	<b>EMPIRISCHER TEIL</b> .....	<b>63</b>
<b>5.</b>	<b>METHODISCHE VORGEHENSWEISE</b> .....	<b>63</b>
5.1.	FORMULIERUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN .....	63
5.2.	WAHL DER INTERVIEWMETHODE .....	65
5.3.	DIE INTERVIEWPARTNERINNEN.....	66
5.3.1.	<i>Die Jugendpsychiatrie</i> .....	67
5.3.2.	<i>Pro Mente</i> .....	68
5.4.	DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG .....	68
5.4.1.	<i>Die Interviewleitfäden und ihre Umsetzung</i> .....	68
5.4.2.	<i>Auswertungsmethoden</i> .....	69
5.4.3.	<i>Zusammenstellung des Kategoriensystems</i> .....	70
<b>6.</b>	<b>DARSTELLUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE</b> .....	<b>74</b>
6.1.	DIE BETROFFENEN JUGENDLICHEN.....	74
6.2.	VERSORGUNG .....	80
6.3.	CASE MANAGEMENT.....	112
6.4.	JUGENDPSYCHIATRIE .....	115
6.5.	PRO MENTE.....	116
<b>7.</b>	<b>DISKUSSION DER FORSCHUNGSFRAGEN</b> .....	<b>120</b>
<b>8.</b>	<b>SCHLUSSBETRACHTUNG</b> .....	<b>129</b>
<b>9.</b>	<b>LITERATUR</b> .....	<b>130</b>
<b>10.</b>	<b>VERZEICHNISSE</b> .....	<b>136</b>
10.1.	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	136
10.2.	TABELLENVERZEICHNIS .....	136
10.3.	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	136



11. ANHANG..... 138

„Aufklärung ist wichtig, um die Mängel bei psychiatrischen  
Behandlungsangeboten und deren Finanzierung überwinden zu  
können“

(Rutz 2001, 247).

## Einleitung

Diese Masterarbeit befasst sich mit der interdisziplinären Krisenintervention in der Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf den interdisziplinären Vernetzungen der Hilfen auf systemischer Ebene. Das Case Management könnte eine alternative Netzwerkarbeit in der Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen darstellen um Fehlversorgungen entgegenzusteuern. Die Herangehensweise orientiert sich an den Individuen und fokussiert sich auf die Aufrechterhaltung bzw. dem Aufbau von Netzwerken und Hilfssystemen. Case Management ist ein neuer Ansatz. Dies ist ein Grund dafür, dass zurzeit wenig Literatur über psychiatrisches Case Management bei Jugendlichen vorliegt. KritikerInnen werten das Case Management als lästige Auswirkung des Anglizismus ab, da es ihrer Meinung nach schon seit zwanzig Jahren in der Einzelfallhilfe (case work) tagtäglich angewandt wird. Die hiesige Überlegung, den Ansatz des Case Managements im jugendpsychiatrischen Betreuungsbereich in Betracht zu ziehen, entstand in Rahmen von Fachtagungen, die die Thematik des Case Management zum Inhalt hatten. Die Funktion eines Kompasses im Einrichtungs- und Hilfsangebotsdschungel wird in der kontinuierlichen Betreuung betroffener Jugendlicher durch eine Person (Case ManagerIn) übernommen. Der partizipative Rahmen, der das Case Management auszeichnet, würde für viele dieser Jugendlichen auch zu Selbstwertsteigerung und Stabilisierung beitragen.

In dieser Arbeit werden die Begriffe Jugendwohlfahrt, soziale Hilfen oder Jugendhilfe genannt, welche hier als äquivalent zu verstehen sind.

Das erste Kapitel der Arbeit nimmt Bezug auf die Verbindung zwischen Jugendwohlfahrt und Kinder-/Jugendpsychiatrie. In diesem Kapitel wird auf psychische Störungen und psychiatrische Erkrankungen bei Jugendlichen kurz eingegangen, welches bessere Einblicke in die Situationen von psychisch bzw. psychiatrisch erkrankten Jugendlichen ermöglichen soll.

Krise und Krisenintervention werden oftmals mit etwas Akutem und Bedrohlichem assoziiert, weshalb im zweiten Kapitel eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der Krisen- bzw. Krisenintervention vorgenommen wird.

Die eingangs erwähnte Problemstellung der interdisziplinären Kooperation wird im dritten Kapitel anhand des Verhältnisses zwischen Jugendwohlfahrt und Kinder-/Jugendpsychiatrie näher beleuchtet.

Das Case Management, welches eine neue Herangehensweise in der Betreuung von Jugendlichen mit psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen darstellen könnte, wird im letzten Kapitel des theoretischen Teils vorgestellt und diskutiert.

# I. Theoretischer Teil

## 1. Jugendwohlfahrt und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Professionen der Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie entstammen zweier unterschiedlicher Wissenschaften. Die Jugendhilfe ist der Geisteswissenschaft und die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Naturwissenschaft zugehörig.

### *1.1. Jugendliche mit psychischen Störungen und psychiatrischen Erkrankungen*

Der psychische und soziale Aufgabenbereich von Jugendlichen gestaltet sich sehr umfangreich, angefangen von der Akzeptanz ihrer körperlichen Veränderungen, dem Erwerb einer neuen Rolle als Frau oder Mann, intensiveren Beziehungen zu anderen, emotionale Unabhängigkeit von Eltern, Vorbereitung für das Berufsleben, bis hin zum Aufbau eines Wertesystems und eines ethischen Bewusstseins. Die Zukunftsperspektiven stellen einen Motivator und eine Stütze für andere Aufgaben dar. „Eine Entwicklungsaufgabe ist eine Aufgabe, die sich in einer bestimmten Lebensperiode des Individuums stellt. Ihre erfolgreiche Bewältigung führt zu Glück und Erfolg, während Versagen das Individuum unglücklich macht, auf Ablehnung durch die Gesellschaft stößt und zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung späterer Aufgaben führt“ (Rossmann 1996, 145f).

Jugendliche, die sich gerade in Aufarbeitung der zuvor genannten Entwicklungsaufgaben befinden und sich zusätzlich in schwierigen Lebensphasen mit einer psychischen Erkrankung konfrontiert sehen, werden oftmals aus ihrer Bahn geworfen und finden nur ganz schwer durch etwaige psychosoziale und/oder psychiatrische Hilfen Halt (vgl. Rutz 2001).

Die Bewertung seelischer Gesundheit beziehungsweise seelischer Krankheit enthält folgende von Rutz (2001) angeführten Faktoren:

- „das Ausmaß sozialer Zugehörigkeit, dies bedeutet das Gefühl innerhalb der Familie und des Freundeskreises verankert zu sein;
- Das Gefühl, Teil eines sinnvollen Lebenskontextes zu sein;
- Das Gefühl, das eigene Leben kontrollieren zu können, also nicht hilfloser Spielball des Schicksals zu sein“ (Rutz 2001, 247).

Im Gegensatz zur salutogenischen Sichtweise nach Rutz (2001) nimmt Remschmidt (1988) eine pathologische Auffassung wahr und definiert den Zustand psychischer Erkrankungen folgendermaßen: „Als psychische Krankheit bezeichnen wir einen Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktion, der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension ausweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen“ (Remschmidt 1988, 20).

Psychiatrische Erkrankung bzw. psychische Störung beinhalten eine vielschichtige Bandbreite von psychischen Merkmalen. Aus diesem Grund ist es schwierig allgemein gültige Kriterien einer psychischen Erkrankung bzw. Störung zu definieren. Im psychiatrischen Kontext ist daher eine Abweichung von der Norm bzw. der alterstypischen Entwicklung ausschlaggebend (vgl. Denner 2008, 14).

### **1.1.1. Stigmatisierung**

Seit der Psychiatrie Enquête 1975 vollzogen sich weitreichende Veränderungen in dem Bereich Psychiatrie bzw. Versorgung psychisch kranker PatientInnen. Aus der Tendenz sich weg von Großheimen hin zu gemeindenaher, familienbezogenen Arbeit zu bewegen, entwickelten sich zahlreiche neue Versorgungsangebote für psychisch erkrankte Menschen. Die Integration psychisch erkrankter Menschen in die Gesellschaft hat zum Teil zu einem Umdenken vieler Menschen und Organisationen geführt. Neue Versorgungsmodelle sowie pharmakologische Fortschritte und rehabilitativer Interventionen ermöglichen in vielen Fällen Behandlungserfolge und rehabilitative Fortschritte. Trotz der neuen Sichtweisen, die mit der Psychiatriereform einhergingen, gelang es nicht das Bild der Gesellschaft in Bezug auf psychisch erkrankte Menschen gänzlich zu klären (vgl. Sälzer 2008, 17f). Wie Sälzer (2008) beschreibt können Stigmatisierung allgemein als Identitätsstrategie interpretiert werden. Sie haben eine Orientierungsfunktion in sozialen Interaktionen inne.

„Aus wenigen Hinweisen heraus werden Vermutungen über einen bestimmten Menschen oder über bestimmte Gruppen gebildet, die dazu führen, Situationen im Voraus zu strukturieren, um somit Unsicherheiten zu verringern. Die Folgen der Stigmatisierung besteht darin, dass der ‚Normale‘ häufig Schwierigkeiten hat mit dem Anderen und Fremden umzugehen. Dieses kann zu Spannungen, Verunsicherung, Verlegenheit, Angst, Ekel und zu falschem Mitleid führen. Gleichzeitig führt es zur Ablehnung des Anderen und zur Stabilität der eigenen ‚Normalität‘“ (Sälzer 2008, 14). Im Rahmen des Jubiläums 25 Jahre Psychiatrie-Enquête verfasste Rutz (2001) einen Text über die Psychiatrie in Europa, welcher die Probleme, Fortschritte und Herausforderungen thematisiert. „Stigmatisierung stellt das größte Hindernis für eine frühe Behandlung dar und verhindert somit eine rasche Reintegration psychisch Kranker in der Gesellschaft. Menschen fürchten sich oft vor Dingen, die sie nicht kennen, gleichzeitig ignorieren sie ihre Ängste oder machen sich über diese lustig [...] Es ist daher außerordentlich wichtig, die Öffentlichkeit darüber zu informieren, dass jeder vierte Mensch während seines Lebens psychisch krank wird und dementsprechend Behandlung und Hilfe benötigt“ (Rutz 2001, 246). Weiters betont Rutz, die enge Verbindung zwischen der Stigmatisierung und der Frage der Menschenrechte. Die Bereitschaft und die Fähigkeit Hilfe anzunehmen ist keine Selbstverständlichkeit. Es braucht oftmals viel Überwindung den ersten Schritt zu machen und nach Hilfe zu suchen. Das Eingestehen, dass mit einem was nicht in Ordnung ist, geht der Inanspruchnahme voraus.

## ***1.2. Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie***

Abgesehen von der Sonderlösung des Landes Oberösterreich, dem Chancengleichheitsgesetzes, kommt es in der Betreuung psychisch bzw. psychiatrisch erkrankter Jugendlicher in den anderen Bundesländern vorwiegend zur Zusammenarbeit der Jugendwohlfahrt des jeweiligen Bundeslandes mit den zuständigen psychiatrischen Kliniken. Die Zuständigkeiten, die im Rahmen des Chancengleichheitsgesetzes neu verteilt wurden, splitten die Bereiche der psychiatrisch erkrankten Jugendlichen von dem der Jugendwohlfahrt ab.

Im folgenden Abschnitt sollen Betreuungsmöglichkeiten auf struktureller Ebene aufgezeigt werden. Aus diesem Grund ist eine kurze Einführung in das Verhältnis der Jugendwohlfahrt zur Kinder- und Jugendpsychiatrie angebracht. Die Inanspruchnahme der

kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen seitens der Jugendhilfe wird speziell in dem Bereich der stationären Unterbringung stark genutzt. Vorwiegend sind es AllgemeinmedizinerInnen, die eine Überweisung der betroffenen Jugendlichen und Kinder in eine psychiatrische Klinik vornehmen. Infolge der psychiatrisch-diagnostischen Klärung der Betroffenen kann es zur Notwendigkeit der Unterbringung außerhalb der Familie kommen. Zu den Aufgaben der Jugendwohlfahrtseinrichtungen zählen die Förderung und Stabilisierung der Lebensmöglichkeiten der Betroffenen, sodass eine Rückführung in die Ursprungsfamilie in Erwägung gezogen werden kann (vgl. Gintzel 1990, 28f).

Die Geschichte der Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendwohlfahrt hat ihren Ursprung in der Heimerziehung, Heilpädagogik und der Kindermedizin bzw. Jugendpsychiatrie. „Gerade für diese jungen Menschen ist die Frage nach der Grenzziehung der Systeme, oder anders nach der Auflösung der Grenzen zwischen den Hilfesystemen von existenzieller Bedeutung, zumal Überweisungen zwischen Heimen und Kliniken nicht selten mit dem Verlust bestehender sozialer Bezüge einhergehen. Dabei sagt der Prozeß wechselseitigen Überweisung von Kindern und Jugendlichen nur wenig über die spezifischen Lebenskrisen und Problemen dieser ‚Grenzfälle‘ aus, er ist vielmehr Resultat der unterschiedlichen institutionellen Strukturen und Handlungsrationitäten der beiden Hilfesysteme“ (ebd. 1990, 5). Diese Thematik taucht in der Frage der Zuständigkeit der Disziplinen auf. Eine Abgrenzung der beiden Bereiche wird als notwendig erachtet. Im Vorkommnis von ‚Grenzfällen‘, bei denen sich die Zuständigkeit bzw. die alleinige Zuständigkeit einer der Disziplinen (der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Jugendhilfe) nicht ausreichend erscheint, ist eine Kooperation unerlässlich. „Dabei geht es weniger um das Problem, Grenzen (neu) zu definieren, als um die Klärung der Frage, ob und wie sich Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie gegenseitig bei der Bewältigung von Lebenskrisen Jugendlicher beteiligen und ggf. unterstützen können, um optimale Hilfen zur Sicherung der Lebenschancen von Kindern und Jugendlichen bereitzustellen“ (ebd. 1990, 5). Mitunter ist die Abgrenzung der Fachdisziplinen nicht das Problem. Vielmehr geht es um die Definition der Grenzfälle beziehungsweise der Notlagen der Jugendlichen um adäquate Handlungskonzepte bzw. Zugänge zu schaffen. Der Fokus der jugendpsychiatrischen und sozialen Arbeit liegt auf den individuellen, familialen und sozialen Probleme des/der Hilfesuchende/n. Ökonomische und soziale Lebensbedingungen können die Entwicklungen der Kinder und Jugendliche beeinträchtigen (vgl. ebd. 5f).



Die Zusammenarbeit von Jugendwohlfahrt (sozialen Einrichtungen) und Kinder- und Jugendpsychiatrie hat in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Diese Kooperation hat viele Diskussionen und Auseinandersetzungen zur Folge. Gintzel (1990) fasst die Diskussion über die Zuständigkeit der beiden Disziplinen wie folgt zusammen. „Zentraler Angelpunkt dieser Diskussion ist immer wieder die Frage nach der Zuständigkeit der beiden Fachdisziplinen für die Bearbeitung besonders ausgeprägter Lebenskrisen von Kindern und Jugendlichen. Die Klärung der Zuständigkeit ist zwangsläufig verbunden mit dem Problem der Abgrenzung zur jeweils anderen Disziplin bzw. mit der Notwendigkeit von Kooperation in den sog. ‚Grenzfällen‘, wo sich eine alleinige Zuständigkeit von Jugendhilfe oder Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht begründen läßt“ (ebd.1990, 5).

Beiden Bereichen, der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, geht es um die Bereitstellung von Hilfen zur Sicherung der Lebenschancen von Kindern und Jugendlichen. Zur Erreichung des gemeinsamen Vorhabens stellt sich die Frage der Beteiligung und der Unterstützung an einer Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Professionen. „Umstritten ist in der Diskussion zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie weniger, daß es eine Gruppe von jungen Menschen gibt, die Hilfe von beiden Disziplinen benötigt; vielmehr geht der Streit um die Definition der Notlagen von jungen Menschen, um die Zugänge der Betroffenen zu den Hilfesystemen und Zuweisungen von dem einen in das andere System, um die mit der Inanspruchnahme der Systeme verbundenen Stigmatisierungseffekte und um die ‚richtigen‘ Konzepte für Problemlösungen. [...] Gerade für diese jungen Menschen ist die Frage nach der Grenzziehung der Systeme, oder anders nach der Auflösung der Grenzen zwischen den Hilfesystemen von existenzieller Bedeutung, zumal Überweisungen zwischen Heimen und Kliniken nicht selten dem Verlust bestehender sozialer Bezüge einhergehen“ (ebd. 1990, 5).

Eine weitere Problematik stellt die „Abschiebung“ der Betroffenen in eine andere Institution dar, ohne dass eine Besserung der Situation des/der Betroffenen zu erwarten ist oder in Aussicht gestellt werden kann. Die Aussichtslosigkeit des Falles, finanzielle, personelle und infrastrukturelle Engpässe oder die Begrenztheit der Interventionsprojekte sind Hauptgründe für diese ‚Verlagerungstaktik‘. Somit werden die Interventionen und Bemühungen für diese Kinder und Jugendlichen unglaublich. Fallweise müssen Kinder

und Jugendliche unnötige Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik verbringen, obwohl sie zu diesem Zeitpunkt keiner stationären psychiatrischen Betreuung bedürfen. Die Stigmatisierung der Jugendlichen als ‚schwierige Fälle‘ mit schwerwiegenden Vorgeschichten dient als Rechtfertigungsgrundlage. Wenn keine adäquate Unterbringung gefunden werden kann oder wenn eine Jugendwohlfahrtseinrichtung einer Entlastung bedarf, kann dies zur Abschiebung in die Psychiatrie führen. Möglicherweise wird angenommen, dass diese betroffenen Kinder und Jugendlichen nach einem Psychiatrieaufenthalt gebessert zurück in die sozialpädagogischen Einrichtungen kehren oder in einer anderen Jugendwohlfahrtseinrichtung untergebracht werden. Dies hat abgesehen von für den/die Betroffene/n auch finanzpolitischen Aspekten. Als ein Beispiel wären die Kosten einer Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik denen einer Unterbringung in einer Jugendwohlfahrtseinrichtung gegenüberzustellen. Ein Klinikaufenthalt ist durch das benötigte Pflegepersonal erheblich kostspieliger. Weiters wird davon ausgegangen, dass in der Psychiatrie besser mit der Krise des Kindes/Jugendlichen umgegangen werden kann. Diese Hoffnung kann man auf den mit psychiatrischen Anstalten verbundenen Zwangscharakter und den medizinischen Möglichkeiten des Psychopharmakaeinsatzes zurückführen (vgl. Lenz 2008, 315).

Die Informationsweitergabe im Helfersystem der Jugendwohlfahrt (sozialen Einrichtungen) zu dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und umgekehrt birgt oft Unklarheiten und Unsicherheiten in sich. Im SOC\_CARE-Projekt (Kaufmann et al 2007) wurde durch konkrete Beispiele ersichtlich, dass die Informationsweitergabe bzw. Diagnoseübermittlung an MedizinerInnen eine andere ist als z.B. an SozialpädagogInnen. SozialpädagogInnen erhielten großteils verhaltene Antworten und Informationen, was schwierigeres Arbeiten bedeutet kann (vgl. Kaufmann et al 2007, 4). Lenz (2008) beschreibt in ihrer Dissertation die Bedeutung einer einheitlichen Sprache in der Zusammenarbeit der Jugendpsychiatrie und der Jugendwohlfahrtseinrichtungen. „Diese Kommunikation könnte lediglich durch den Gebrauch einer einheitlichen Sprache im Dokumentationssystem im Sinne von Kriterien, die die Entwicklung und den Verlauf darstellen, noch verbessert werden“ (Lenz 2008, 316).

Eine weitere Hürde in der Zusammenarbeit ist die Terminfindung, etwa bei Helferkonferenzen. Allgemein kann laut der Studie SOC\_CARE (vgl. Kaufmann et al 2007) gesagt werden, dass die Ursachen der fehlenden Zusammenarbeit im Mangel an den

personellen, zeitlichen, infrastrukturellen und finanziellen Ressourcen liegen. In Interviews wurde - im dem 2007 durchgeführten SOC\_CARE-Projekt (vgl. Kaufmann et al 2007) - konkret die Forderung nach mehr Vernetzung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendwohlfahrt in Form von Vernetzungstreffen und/oder Neuvorstellungen von Projekten und Teams laut, sodass die Angebotspalette von Einrichtungen und Hilfsangeboten für die Betroffenen und ProfessionalistInnen transparenter wird.

Ein verbessertes Dokumentationssystem trägt zur Erleichterung bei Dienstübergaben oder BetreuerInnenwechsel bei. Durch die erhöhte Fluktuation im Sozialbereich würde dies zu einer Verbesserung der kontinuierlichen Informationsweitergabe beitragen. Nicht nur für die Systeme, die zusammenarbeiten, sondern auch für den/die Jugendliche/n ist Strukturierung, Organisation und Dokumentation von wesentlicher Bedeutung für eine gelingende Betreuung. Die Dokumentation nimmt im Zusammenhang mit dem ausgewählten Ansatz des Case Managements eine wesentliche Funktion ein.

### ***1.3. Konzeptionelle Aspekte der Jugendhilfeplanung***

Die Jugendhilfeplanung ist als ein kontinuierlicher Prozess zu verstehen. Damit die Planung prozesshaft bleibt bzw. ihren dynamischen Charakter beibehalten kann, benötigt sie eine ständige institutionalisierte Evaluation. Unter Jugendhilfeplanung wird ein institutioneller „Ort des fachlichen Bewertens, der Reflexion und der Auswertung von Daten und Erkenntnissen für die Gestaltung und Veränderung von Angeboten der Jugendhilfe“ (Merchel 2004, 70) verstanden.

Die Beteiligung an der Jugendhilfeplanung bedarf sorgfältiger Überlegungen. Drei Gruppen von AkteurInnen müssen Berücksichtigung finden. Den zentralen Punkt der Hilfeplanung stellen die Betroffenen bzw. AdressatInnen dar. Hierunter sind Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und Eltern zu verstehen. Die MitarbeiterInnen der einzelnen Jugendhilfeeinrichtungen und Dienste bilden den zweiten Anteil dieses ‚Beteiligungskuchens‘. Der Bereich der Träger, als dritter Akteur, nimmt eine umfassende und frühzeitige Beteiligung in dieser Arbeit ein. „Jugendhilfeplanung erhält ihre fachliche Qualität und ihre politische Entscheidungsqualität zu einem wesentlichen Teil durch die Art, in der es gelingt, Beteiligung zu organisieren und Kommunikation zwischen allen Beteiligten zu gestalten sowie einen Prozess zielgerichtet zu moderieren und in ihn fachlichen Perspektiven der Jugendhilfediskussion zu integrieren“ (ebd. 2004, 71).

In Bedarfs- und Prioritätenentscheidungen gehen Interessen von Trägern, politische Vorstellungen von Parteien, Diktionen von Lobby-Organisationen und verschiedenartige, persönliche oder wahltaktische Planungen einzelner mächtiger politischer Akteure ein. Wesentliche Eckpunkte der Gestaltungsmöglichkeiten in der Jugendhilfeplanung sind unter anderem die finanziellen Rahmenbedingungen und kommunale finanzpolitische Prioritätenentscheidungen. Durch die unterschiedlichsten Faktoren, die auf die Jugendhilfeplanung einwirken (z.B. politische Interessen und Abläufe), sind zu berücksichtigen und wenn möglich zu beheben. Das Spannungsfeld zwischen Fachlichkeit und Wirtschaftlichkeit in der Jugendhilfeplanung fordert eine verstärkte Integration der Ressourcenplanung in die Fachplanung ein. „Ein prozesshaftes, kommunikativ ausgerichtetes Planungsverständnis in der Jugendhilfe verlangt in besonderer Weise die Thematisierung von Strukturen und Handlungsabläufen bei den in den Planungsprozess einbezogenen Organisationen“ (ebd. 2004, 72). Somit bietet die Jugendhilfeplanung Impulse für die Organisationsentwicklung. „Jugendhilfeplanung ist ein institutionalisierter Ort, der die örtlichen Träger der Einrichtungen der Jugendhilfe mit Impulsen zur Organisationsentwicklung konfrontiert“ (ebd. 2004,72).

Der Zugang der Akteure zu den Konzeptgegenständen wird in folgenden vier Arten der Planung näher beleuchtet. Die Vorgehensweisen werden in bereichs-, sozialraum-, ziel- und zielgruppenorientierten Zugängen unterteilt. Das bereichsorientierte Planungsvorgehen geht von den vorhandenen Arbeits- bzw. Aufgabenfeldern aus. Es kommt zu einer Bestandsanalyse aus der eine Bedarfsermittlung sowie eine Maßnahmenplanung erfolgt. Der Zugang des Planungsvorgehens anhand der Sozialraumorientierung soll Hinweise zur Gestaltung bzw. deren Möglichkeiten und Notwendigkeiten innerhalb der Infrastruktur des Sozialraumes geben. Das zielorientierte Planungsvorgehen richtet den Fokus auf die Zieldefinition. Die aus der Zieldefinition entstandenen zentralen Kategorien werden zur Bewertung und Weiterbildung der Infrastruktur herangezogen. Eine weitere Herangehensweise der Planung ist die der Zielgruppenorientierten, welche von den Ressourcen, die sich aus dem Lebensumfeld der Betroffenen und dem Hilfebedarf der bestimmten Zielgruppe ergeben. Daraus folgend werden die entsprechenden Angebote verändert und angepasst.

### 1.3.1. Planungsvorgänge

Die vier angeführten Planungsvorgänge können auch in Mischformen vorkommen, wobei überwiegend ein Planungsvorgang dominierend ist und die Planungspraxis prägt.

- Bereichsorientierte Planungsvorgehen
- Sozialraumorientierter Zugang zum Planungsfeld
- Zielorientiertes Planungsverfahren
- Zielgruppenorientierte Planungsvorgehen

Die bereichsorientierte Planung prägte über längere Zeit die Jugendhilfeplanung, wobei momentan der Fokus auf der sozialraumorientierten Planung liegt.

Die Jugendhilfeplanung bedarf empirischer Grundlagen, um nicht an Qualität zu verlieren. Eine Bedarfsermittlung bei den jungen Menschen beziehungsweise deren Personensorgeberechtigten in Form von speziellen Erhebungsmethoden muss dem vorangehen. Den nächsten Schritt stellt eine Bestandsanalyse seitens der Hilfesysteme vor. Durch die Erhebung des Bedarfs können zum Beispiel die sozialen Lagen, Altersstrukturen, Nutzerstrukturen der Einrichtungen usw. eines Sozialraumes sichtbar gemacht werden. Die Daten und Planungsmethoden liefern Verfahrensweisen und Kenntnisse, mit deren Hilfe man den erreichten Stand der örtlichen Jugendhilfe besser einschätzen und die künftigen Gestaltungsperspektiven fachlicher erörtern kann. Daten und methodische Verfahrensweisen ersetzen keine politischen Entscheidungen, aber sie liefern Grundlagen, um politische und fachliche Entscheidungen kompetenter treffen zu können (vgl. Merchel 2004, 72ff).

## 2. Krise und Krisenintervention

Um einen Diskurs über Krisenintervention vorzunehmen bedarf es einer Abklärung der Begrifflichkeit der ‚Krise‘. Mit Krise kann etwas Akutes assoziiert werden. In der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen sind hingegen häufig chronische Krisen gegeben, welche akute Zuspitzungen beinhalten können. Es handelt sich in der Regel nicht um rein krankheitsbedingte Krisen, sondern ein Zusammenspiel multifaktorieller, psychosozialer Gegebenheiten.

### 2.1. *Definition von Krise*

Eine allgemeine Definition für Krise zu finden fällt schwer. Eine Variante zeigen Caplan (1964) und Cullberg (1978) auf, welche Krise „als den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“ (Bronisch 2007, 181), formulieren. Caplan (1964) fasst unter dem Begriff Krise „eine akute Überforderung eines gewohnten Verhaltensrepertoires durch belastende äußere und innere Erlebnisse“ (Caplan 1964 in: Kunz et al 2007, 167) zusammen. Häfner (1987 in: Schimansky 1979) nimmt eine ähnliche Definition vor, indem er Krise als einen Verlust des seelischen Gleichgewichts sieht, der durch innere oder äußere Anlässe oder auch durch eine Kombination von inneren und äußeren Einflüssen hervorgerufen wird. Wie Schimansky (1979) erläutert können diese Krisen spontan abklingen, sich chronifizieren oder Krankheiten auslösen. Die Definition nach Häfner (1987) trifft die Thematik dieser Arbeit am ehesten, da sie einen multifaktoriellen Ansatz vertritt (vgl. Schimansky 1979, 356).

Krise bedeutet gleichzeitig Gefahr und Chance, weshalb Krisen nicht nur überwunden, sondern auch positiv genutzt werden sollten. Krisen können einerseits durch Krankheiten verursacht werden und andererseits können Krisen zu (psychischen) Erkrankungen führen. Jugendliche, die eine psychische Störung oder psychiatrische Erkrankung haben, sind aufgrund ihrer Erkrankung verbunden mit einer schwierigen psychosozialen Situation mit

einer erhöhten Anfälligkeit für Krisen, konfrontiert. Häufig sind ihre Handlungsspielräume, Selbsthilfemöglichkeiten und Leistungsfähigkeiten beschränkt.

## **2.2. *Arten der seelischen Krise***

Die Arten der seelischen Krise werden nach Rupp (2003) in vier Formen aufgegliedert - die Entwicklungs-, Belastungs-, Veränderungs- und chronische Krise. Die Entwicklungskrise beinhaltet in der Entwicklung eines Individuums anhand innerer Neuorientierung Durchgangsstadien, welche im Rahmen der Ablösung bei Jugendlichen von ihren Eltern durchgemacht werden. Die durch innere und äußere Belastungen hervorgerufene Krise wird als Belastungskrise bezeichnet. Durch eine umfassende Veränderung der Lebensumstände, wie sie etwa bei der Geburt eines Kindes eintritt wird als Veränderungskrise verstanden. Die vierte von Rupp (2003) angeführte Art der Krise nimmt die chronische Krise ein. Rupp (2003) spricht in diesem Zusammenhang von einer schweren Dauerkrise, wie sie beispielsweise Suchtkranke oder Borderline-PatientInnen durchmachen (vgl. Rupp 2003, 2).

## **2.3. *Abgrenzung zum Notfall***

Zur Verdeutlichung des Begriffs der ‚Krise‘ ist eine Abgrenzung zum Begriff des ‚Notfalls‘ erforderlich. Im psychiatrischen Kontext werden der ‚Krise‘ bestimmte Merkmale zugeschrieben. Die zeitliche Begrenzung, der Charakter des Bedrohlichen, (emotionale) Labilität und einen ungewisser Ausgang charakterisieren sie (vgl. Sauviant/Schnyder 2000, 45). Wie im Kapitel ‚Arten der seelischen Krise‘ erwähnt, gibt es unterschiedliche Formen der Krise. Hier erscheint der Kontext wichtig, in dem von Krise gesprochen wird. Die psychiatrischen Krise werden vom psychiatrischen Notfall unterschieden. Nach Bochnik und Richtberg (1978) können Notfälle „aus Krisen entstehen (z.B. Suizidversuch), umgekehrt können sich aber auch Krisen aus Notfällen entwickeln (z.B. Apoplexie)“ (Bochnik/Richtberg 1978 zit.n. Sauviant/Schnyder 2000, 47). Krisen, die ohne Notfall auftreten werden als ‚leise Krisen‘ bezeichnet. Ebenso werden Notfälle ohne Krise, wie sie bei einem Suizidversuch aufgrund einer Erkrankung (z.B. endogene Depression) ohne vorgehender Krise bestehen, benannt.

Häfner und Helmchen (1978) haben eine Abgrenzung der Begriffe vorgenommen. Der psychiatrische Notfall wird nach diesen Autoren von einer starken vitalen Gefährdung und der somit erforderlichen Konzentration auf die Einzelperson gekennzeichnet. Die Merkmale einer Notfallsituation liegen darüber hinaus in der schnellen Prozessgeschwindigkeit, sowie den unmittelbaren zeitlich gebundenen Handlungszwang und den medizinisch-psychiatrischen Beurteilungen. Bei einer psychiatrischen Krise steht die längere Dauer einer nichtmedizinischen Intervention im Vordergrund. Aus diesen Gründen wird in diesem Zusammenhang von ‚Notfalltherapie‘ und ‚Krisenintervention‘ gesprochen. Die Gefährdung von Leben und Gesundheit wird von den zwei Autoren in den Mittelpunkt gestellt. Unter dem psychiatrischen Notfall wird nach Häfner et al (1986) ein Zustand gesehen, der durch eine Krankheit verursacht wird. Ciompi (1986) versteht unter der psychiatrischen Krisenintervention „eine ursächliche Behandlung im Sinne einer Prävention von länger dauernden psychischen Erkrankungen [...] die Notfallintervention hingegen bezwecke vor allem eine rasche, symptomatische Behebung von momentan bedrohlichen, perakuten Spannungs- und Erregungszuständen“ (Ciompi 1986 zit.n. Sauvants/Schnyder 2000, 47). Ciompi (1986) versucht die oft missverständliche Definition der Krisenintervention in der Psychiatrie zu klären. Im Gegensatz zum „Feuerwehreinsatz“ der Notfallpsychiatrie, die rasche Linderung verschaffen soll, ist in der Krisenintervention der Aspekt der Persistenz wichtig. Einer der Charakteristika der Krisenintervention ist die zeitliche Begrenzung. Diese ist auch in Bezug auf eine langandauernde, kontinuierliche Intervention in der psychiatrischen Krisenintervention zu wahren (vgl. Sauvants/Schnyder 2000, 46).

#### ***2.4. Definition von Krisenintervention***

Mit dem Begriff der Krisenintervention wird bisweilen eine Reaktion auf akute Krisen assoziiert. Krisenintervention kann aber eine längerfristige Betreuung umfassen, wie sie in der psychiatrischen Krisenintervention Anwendung findet. „Krisenintervention ist jene Form psychosozialer Betreuung und Behandlung, die sich mit Symptomen, Krankheiten und Fehlhaltungen befasst, deren Auftreten in engerem Zusammenhang mit Krisen steht“ (Sonneck 2000, 61). Hierbei umfasst Krisenintervention nach Sonneck (2000) „alle Aktionen, die dem Betroffenen bei der Bewältigung seiner aktuellen Schwierigkeiten helfen“ (Sonneck 2000, 15).



Im Kontext dieser Arbeit will der Begriff Krisenintervention die Betreuung und Begleitung psychisch erkrankter Jugendlicher über einen größeren Zeitraum, bis zur Erlangung von Stabilität und Halt im Leben und in der Gesellschaft, verstanden wissen. Hierbei geht es speziell um Übergangs- und Grenzbereiche der Betreuung. Jugendliche mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen haben besondere Bedürfnisse. Sie benötigen Bezugspersonen, adäquate medizinische Betreuung und einen geschützten Rahmen. In der Herkunftsfamilie bestehen oftmals Bedingungen die die Voraussetzung für eine gelingende Sozialisation nicht erfüllen können. Die Aufgaben einer adäquaten Betreuung dieser Gruppe von Jugendlichen umfassen erstens den medizinischen Zugang und die Versorgung (medikamentöse Einstellung, Psychotherapie, usw.), zweitens die Aspekte der Sozialisation (Erziehung, Sozialisation, Integration in die Gesellschaft, berufliche Integration, usw.) und drittens gehört zu diesen Aufgaben auch die Bereitstellung eines adäquaten Rahmens (z.B. Wohn-/Lebensbereich). Diese Bandbreite von Aufgabe kann nicht von einer Einrichtung gewährleistet werden, hierzu ist interdisziplinäre, multiprofessionelle Arbeit von Nöten. Die Jugendpsychiatrie stellt in ihrer Profession die ExpertInnen dar. In der Erziehungshilfe oder in Arbeitsprojekten werden die ExpertInnen von einer anderen Profession, die der Pädagogik, repräsentiert. Um ein kontinuierliche ‚Krisenintervention‘ zu erlangen, benötigt es Koordination und vor allem Kooperation aller Beteiligten.

Der erste Schritt um Hilfsangebote anleiten zu können ist es den Status Quo der Bedürfnisse psychiatrisch erkrankter Jugendlicher zu erfassen. Bäuerle und Markmann (1974) verfassten einen Auszug über die Grundbedürfnisse eines/er Heranwachsenden:

- a. „Unterschiedliche personale Bezüge in mannigfacher Auswahl
- b. Die gesicherte Möglichkeit, einmal gewonnene personale Beziehungen kontinuierlich fortentwickeln zu können, um Einstellungen aufrecht zu erhalten oder zu korrigieren, ferner um gemeinsame Vergangenheit zu erwerben;
- c. Die Bestätigung der Person, Sicherheit und Steigerung des Selbstwertgefühls;
- d. Gefordert zu werden, wo sich Forderung zugleich als Förderung erweist (Schule und Beruf);
- e. Individuelle Behandlung und individueller, d.h. ungeteilter Lebensraum;

- f. Voraussehbare Zukunftsplanung und das Recht, in den Grenzen eigener Erfahrung darüber mitzuzentscheiden;
- g. Rationale Klärung der Konfliktsituation und die Chance, aus eigenen Fehlern zu lernen“ (Bäuerle/Markmann 1974 zit. n. Freigang 1989, 30).

Die Diskussion, ob Psychiatrie einen Schonraum oder einen Wohnraum für Jugendliche KlientInnen darstellt, kann nur durch Abgrenzung und Besinnung aufgelöst werden. Durch klare Richtlinien der Intervention erfolgt die Abgrenzung, ob und wann eine Unterbringung in der Psychiatrie von Nöten ist. Unter Besinnung wird die Betrachtung des Status Quo und der daraus folgenden Bedarfe zusammengefügt. In der Geschichte der Psychiatrie nimmt das Heimwesen die Funktion eines Lebensraums für Betroffene ein. Heutzutage übernehmen sozialpädagogische, sozialpsychiatrische und rehabilitative Wohngemeinschaften diese Aufgabe wahr. Freigang (1989) betont, dass die Klinik als Interim, also als Ort der Krisenintervention, wahrgenommen werden muss. Im Gegensatz dazu soll der langfristige Lebensort in Form einer oben genannten Wohngemeinschaft, dem Heranwachsenden die Möglichkeit bieten Erfahrungen zu machen und wenn möglich sein Weltbild zu korrigieren. Folglich sollen die erworbenen Erfahrungen im Alltag stabilisiert werden (vgl. Freigang 1989, 31).

In der Bearbeitung der Definition von (psychiatrischer) Krisenintervention muss der Begriff der (psychiatrischer) Notfallintervention dem der Krisenintervention entgegen gesetzt werden, um Missverständnisse im psychiatrischen Zusammenhang zu vermeiden. „Die psychiatrische Krisenintervention stelle eine ursächliche Behandlung im Sinne einer Prävention von langandauernden psychischen Erkrankungen dar; die Notfallintervention hingegen bezwecke vor allem eine rasche, symptomatische Behebung von momentan bedrohlichen, preakuten Spannungs- und Erregungszuständen“ (Sauvant/Schnyder 2000, 47). Psychiatrische Krisenintervention umfasst ein Bündel an Aufträgen und Aufgaben. Diese reichen von präventiven Arbeiten über Früherkennung bis zur Entlastung durch Herausnahme aus dem Alltag. (vgl. Kunz 2007, 176). „KI [Krisenintervention] wäre demgemäß der Inbegriff aller ‚Maßnahmen zur Linderung krisenbedingter Leidenszustände und zur Verhütung ihrer sozialen, psychologischen und medizinischen Folgen, insbesondere zur Reduzierung krisengebundener Krankheitsrisiken“ (Schimansky 1979, 356).

## **2.5. Grundsätze der psychiatrischen Krisenintervention**

Die Grundsätze der psychiatrischen Krisenintervention kann man als einheitlich bezeichnen, da sie von einer Vielzahl von Autoren in dieser Weise beschrieben werden. Sauviant (2000a, 86) nimmt folgende Aufzählung vor:

- „ a) Krisenintervention findet in einem zeitlich begrenzten Rahmen statt. Dies entspricht dem grundlegenden Konzept der Krise, welches besagt, daß jede Krise per definitionem zeitlich begrenzt ist.
- b) Krisenintervention ist auf die Bewältigung der Krise zentriert. Zu Beginn der Behandlung wird gemeinsam mit dem(der) Patienten(in) ein Ziel definiert, das im Rahmen der Krisenintervention erreicht werden soll. Lange bestehende Konflikte und Probleme werden nur insofern in die therapeutische Arbeit einbezogen, als sie mit der aktuellen Krise in Zusammenhang stehen. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von der ‚selektiven Aufmerksamkeit‘ des(der) Therapeuten(in), im Gegensatz zur ‚gleichschwebenden Aufmerksamkeit‘ der psychoanalytischen Technik. Damit verbunden ist:
- c) die vergleichsweise ‚aktive Haltung des(der) Therapeuten(in). Damit ist gemeint, daß der(die) Therapeut(in) den(die) Patienten(in) auffordert, Lösungswege zu suchen und ihm zuweilen auch konkrete Möglichkeiten aufzeigt, das heißt zum Teil ‚direktiv‘ arbeitet. Hierher gehört auch der Begriff der stellvertretenden Hoffnung (‚vicarious hope‘, Cullberg 1978), der das Vertrauen des(der) Therapeuten(in) in die Bewältigungsmöglichkeiten des(der) Patienten(in) bezeichnet; erstere(r) wird in der Krisenintervention diese Hoffnung klar äußern in der Überzeugung, daß er(sie) dadurch die Hoffnung des(der) Patienten(in) stärken kann.
- d) In der Krisenintervention fördert der(die) Therapeut(in) ‚gesunde‘ oder ‚progressive‘ Bewältigungsstrategien des(der) Patienten(in) und wirkt ‚regressiven‘ Tendenzen entgegen.
- e) Krisenintervention erfordert häufig Multidisziplinarität, d.h. Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen“ (Sauviant 2000a, 86).

## **2.6. Die zeitliche Begrenztheit**

In dieser Arbeit wird die Notwendigkeit einer lang andauernden, kontinuierlichen Betreuung psychisch bzw. psychiatrisch erkrankter Jugendlicher in der interdisziplinären

Krisenintervention hervorgehoben. Nun eröffnet sich die Frage, wie dies mit dem Grundsatz der zeitlichen Begrenztheit, zu vereinbaren ist. Es scheint ein Widerspruch in sich zu sein, doch unter langandauernder Intervention wird eine nachhaltige Stabilisierung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes langzeiterkrankter Jugendlicher verstanden, sowie die Wiedereingliederung der Betroffenen in das Alltagsleben. „Das Ende der stationären Krisenintervention ist in der Regel nicht das Ende der Zeit, in welcher ein stationärer Rahmen zur Krisenbewältigung notwendig ist“ (Sauvant 2000, 91). Ambulante Termine werden je nach Notwendigkeit fortgesetzt. Der alternative Ansatz des Case Managements ist durch das Merkmal der zeitlichen Begrenztheit gekennzeichnet. In der Phase der Zielplanung bzw. der Planung wird bereits der Zeitpunkt der Beendigung in einem Kontrakt vereinbart.

### **3. Interdisziplinäre Kooperation und ihre Netzwerke**

Die Gründe und Aspekte dieses Diskurses umfassen die Komplexität krankheitsbedingter Schwierigkeiten und Fähigkeitsstörungen. Einen Zugang zu den überwiegend in sich geschlossenen, institutionszentrierten und angebotsorientierten Einrichtungsprogrammen zu finden, stellt für die Betroffenen eine enorme Herausforderung dar. Die Zusammenarbeit von mehreren Organisationen kann sich oftmals zu einem Machtkampf entwickeln. Auch die Vielfältigkeit der einzelnen Herangehensweisen, Methoden und Schulen offenbaren sich als Streitpunkt.

Die Zielsetzung dieser Masterarbeit richtet sich auf die Dringlichkeit einer kooperativen, multi- und interdisziplinären, langandauernden bzw. kontinuierlichen Betreuung (vgl. Schleuning/Welschehold 2000, 17). In einer interpersonellen, wie auch in der interinstitutionellen Zusammenarbeit sind Akzeptanz, gegenseitige Anerkennung und Respekt von elementarer Bedeutung. „Kooperation gelingt nur zwischen ‚Gleichen‘ – nur prinzipiell gleich starke und eigenständige Systeme (Personen oder Institutionen) können kooperieren, sonst wird bewertet, beauftragt, angeordnet, angewiesen“ (Fegert/Schrapper 2004,23). Eine interdisziplinäre Kooperation soll sich für alle Beteiligten materiell, fachlich oder gesellschaftlich lohnen. Statt Abhängigkeit vom guten Willen aller mitwirkenden Parteien zu erwarten, ist der produktive Kern der Kooperation in der wechselseitigen Gewinnerwartung zu sehen. Kooperation bedeutet, an einem gemeinsamen Ziel zu arbeiten und gemeinsame Überzeugungen sowie Auffassungen zu verfolgen. Auch die interinstitutionelle Kooperation ist von Personen abhängig. Um interpersonelle Konflikte einzudämmen sind z.B. Strukturen, Geschäftsordnungen oder Verfahrensregeln von wesentlicher Bedeutung (vgl. ebd. 2004, 15-25).

#### ***3.1. Kooperation zwischen den Professionen***

Die Professionen der Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe sind auf unterschiedliche Bereiche spezialisiert, wobei weitgehend eigenständig und unabhängig gearbeitet wird, was Kooperationen nicht ausschließt. „Hierbei ‚braucht‘ die Jugendhilfe die Jugendpsychiatrie für eine spezifische (fachmedizinische) Diagnostik, Unterstützung und Beratung, auch in Fällen der Krisenbegleitung. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ‚braucht‘ die Jugendhilfe für ein spezifisches (pädagogisches) Fallverstehen im Hinblick auf eine Unterstützung der

Betroffenen zur Bewältigung von Anforderungen bezogen auf Alltag, Freizeit, Schule und Ausbildung, sowie als zuverlässigen Partner insbesondere bei Krisenintervention. Beide Bereiche ‚brauchen‘ sich zur gegenseitigen Reflexion und Kontrolle, hierbei kommt der Perspektiven und Erwartungen der Kinder und ihrer Eltern eine besondere Bedeutung zu“ (ebd. 2004, 23f). Eine Schwierigkeit der Zusammenarbeit kann in dem Wissen bzw. Unwissen über die jeweils andere Profession mit ihren vorhandenen Einrichtungen und Möglichkeiten liegen.

### **3.1.1. Kommunikationsprobleme**

Auch die unterschiedlichen Aufträge der beiden Professionen prägen die Schwierigkeiten in der Interaktion. Aufgrund der verschiedensten Zugänge und Hintergründe der Professionen kommt es auch zu fachsprachlichen Unterscheidungen. MedizinerInnen gebrauchen beispielsweise ein anderes sprachlichen Vokabular als SozialpädagogInnen.

### **3.1.2. Differenzen**

Die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Jugendwohlfahrt (sozialen Einrichtungen) ist durch die Faktoren der unterschiedlichen Zugänge und Handlungsweisen gekennzeichnet. Abgesehen davon, dass in dieser Kooperation die Naturwissenschaft auf die Geisteswissenschaft trifft, eröffnen sich noch weitere Problemfelder.

Das Bewusstwerden der unterschiedlichen fachlichen, rechtlichen und institutionellen Zugängen sowie der verschiedenen Wahrnehmungs- und Handlungslogiken in der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendwohlfahrt (sozialen Einrichtungen) sind für die interdisziplinäre Kooperation erforderlich.

Abgesehen von den verschiedenen Zugängen sind auch die unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen von Bedeutung. „Während die Planung in der Jugendhilfe die anfangs skizzierten komplexen Dimensionen im Blick haben und bei der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ihren Ausgang nehmen muss, richtet sich die Planung im Gesundheitswesen (insbesondere im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung) hinsichtlich der Zielpersonen auf einen begrenzten Blickwinkel (kranke bzw. von Krankheit bedrohte Personen) auf andere Kategorien (‚Versorgung‘, Regelungen zur Aufenthaltsdauer etc.) als

die Jugendhilfe. Kommunikationsprobleme bei als Jugendhilfeplanung genannten Aushandlungs- und Verständigungsprozessen können die Folge sein“ (Merchel 2004, 75).

### **3.1.3. Soziale Räume**

Im Gegensatz zur Kinder- und Jugendpsychiatrie konzentriert sich die Jugendhilfe vordergründig auf soziale Räume, wie etwa Stadtteile. Das heißt sie arbeitet kleinräumig. Die Arbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie verläuft in größeren Versorgungsregionen. Aus diesem Grund benötigt die Kinder- und Jugendpsychiatrie „eines zusätzlichen Ortes der Kooperation, an dem die sozialraumübergreifenden Fragestellungen des Handlungsbedarfs im Feld zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie erörtert und im Hinblick auf die Infrastrukturgestaltung zielgerichtet geplant werden können“ (Merchel 2004, 75)

### **3.1.4. Möglichkeiten der Kooperation**

Gemeinsame Arbeitskreise, Tagungen sowie Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sind dem Austausch förderlich. Speziell in der Jugendwohlfahrt ist eine stetige Erweiterung bzw. Änderung der Dienstleistungsangebote und Einrichtungen zu vermerken, welche für die Psychiatrie oft schwierig nachzuvollziehen sind.

Merchel (2004) formuliert folgende Handlungsempfehlungen zur Realisierung der Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Jugendhilfeplanung:

- Die Schaffung von Orten an denen planungsbezogene Dialoge von Akteuren der Erziehungshilfen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollzogen werden können. Es soll die Diskussion und der Austausch von zielbezogenen Verbesserungsperspektiven realisiert werden.
- Die Planungsdiskurse sollen eine möglichst aufbauende und kontinuierliche Gestalt einnehmen, wodurch eine fachliche und kommunikative Basis für eine verbesserte Kooperation geschaffen werden kann.
- Stationäre und teilstationäre Bereiche sind in den Planungsdiskurs einzubeziehen. Es muss ein überörtlicher Planungskontext geschaffen werden, der eine geregelte Vermittlung der Planungsergebnisse erfordert.

- Aufgrund der Beteiligung des Gesundheitsamtes an den Prozessen der Jugendhilfeplanung nimmt dieser im Rahmen eines sozialpsychiatrischen Handlungskonzeptes eine aktive Rolle ein (vgl. Merchel 2004, 75ff).

### **3.1.5. Defizite im interdisziplinären Versorgungssystem**

In der Auseinandersetzung mit der Versorgung von psychisch und/oder psychiatrisch erkrankten Jugendlichen wurde das Thema der kontinuierlich, langandauernden Betreuung sehr wichtig. Die betreuenden Institutionen arbeiten innerhalb Grenzen verschiedenster Arten, welche von zeitlichen Einschränkungen gekennzeichnet sind. Viele Projekte für chronisch, psychisch kranke Jugendliche dauern oft ein- bis eineinhalb Jahre. Dieses Zeitfenster bedeutet für den/die Jugendliche/n eine ständige Neuorientierungen in der vorhandenen, schwierigen Phase. Beziehungen zu BezugsbetreuerInnen werden aufgebaut und müssen nach Auslaufen des Projektes wieder abgebrochen werden. Bei den einzelnen Teilsystemen der Versorgung handelt es sich um spezialisierte Systeme. Die Professionalisierung und Institutionalisierung bringt eine Abgrenzung zu anderen Systemen mit sich, die für die Transparenz und Vernetzung hinderlich sein können, obwohl die Spezialisierung im Grunde positiv zu werten ist. Anhand der Spezialisierung kommt es vermehrt zu Schnittstellen in der Betreuung, auf welche die Aufmerksamkeit verstärkt gerichtet werden muss.

Das Land Oberösterreich führte im September 2008 das Chancengleichheitsgesetz ein (vgl. Kapitel Chancengleichheitsgesetz). Anhand dieses Gesetzes wurde eine neue Festlegung der Zuständigkeiten und Finanzierungen gemacht. In den anderen Bundesländern werden diese Bereiche auf Institutionen, Versicherungen und die Länder aufgeteilt. Die Finanzierung nimmt eine wichtige Rolle im Betreuungsprozess ein, wodurch Rahmenbedingungen geschaffen werden, die für die Qualität der Handlungskonzepte entscheidend sind.

Der komplexe Hilfebedarf der chronisch psychisch kranken Jugendlichen erfordert Berücksichtigung aller Lebensziele, welche einem individuellen zugeschnittenen Hilfeplan vorausgeht. Hierbei geht es um die Steigerung der Lebenszufriedenheit der Betroffenen, „welche nach Ansicht der Experten, seine Lebensqualität und somit die Qualität der Versorgung in erster Linie ausmacht“ (Sälzer 2008, 2). Hierarchisch eingefahrene



Vernetzungsstrukturen können Hilfsangebote erschweren und teils auch gänzlich verhindern.

Die primären Probleme werden weder in den Angeboten der Leistungserbringer noch in dem Verhalten der betroffenen Jugendlichen gesehen. Viele Autoren „sehen die Ursachen in der Struktur des stark segmentierten Gesundheitssystems und behaupten, dass die Vielzahl von Trägern, von Institutionen und Einrichtungen einer bedarfsgerechten Versorgung“ (Sälzer 2008, 22) entgegenstehen. Hier handelt es sich um gesetzlich festgesetzte Rahmenbedingungen, die durchbrochen und verändert werden müssten.

Oftmals wird die Optimierung der Prozesse innerhalb einer Institution der Kooperation und Koordination vorangestellt. Besondere Aufmerksamkeit der komplexen Hilfeaufträge in der Betreuung muss auf die Schnittstellen der Versorgungsanbieter gerichtet werden. Der Fokus auf die Schnittstellen kann einen Abbruch der Versorgungskette vermeiden (vgl. Sälzer 2008, 22ff). Mögliche Folgen im Versorgungssystem gehen Hand in Hand mit einer Über-, Unter- und Fehlversorgung von Jugendlichen mit psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen. Solche Versorgungsverfehlungen haben massive Auswirkungen für diese Betroffenen. „Es ist zu beobachten, dass gerade schwer und chronisch Kranken außerhalb einer adäquaten fachlichen Betreuung leben, während Patienten mit temporär leichteren Störungen problemlos Anschluss an eine Versorgung finden“ (Sälzer 2008, 27). Entweder fallen Jugendlichen mit schweren und chronischen psychiatrischen Erkrankungen überhaupt aus dem Versorgungssystem oder sie erleben den „Drehtüreffekt“. Darunter ist die wiederholte Inanspruchnahme einer stationären klinischen Versorgung zu verstehen. Im Gegensatz dazu kann es eintreffen, dass Jugendlichen die einen leichteren Verlauf einer psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankung haben, in einer Betreuung bleiben können oder gar in einer Abhängigkeit zu den betreuenden Helfern verharren, also überversorgt werden (vgl. Sälzer 2008, 27f).

### ***3.2. Zuständigkeiten in der interdisziplinären Betreuung***

Adäquate Hilfe für Bedürftige zu finden und nutzen zu können, wird häufig von einem komplexen bürokratischen Weg, langen Wartezeiten und Streitigkeiten über die Zuständigkeit des ‚Falles‘ begleitet. Es kann vorkommen, dass die Lösung der

„Probleme“ zum Greifen nahe liegt, jedoch aus verwaltungstechnischen Gründen nicht in Anspruch genommen werden darf.

### **3.2.1. Kosten**

In der Zusammenarbeit der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie treffen zwei Systeme aufeinander, das Gesundheits- und das Sozialsystem. Es kommt z.B. eine Unterbringung in der Psychiatrie wesentlich teurer als ein Platz in einer Jugendwohlfahrtseinrichtung, da in einer Klinik das Pflegepersonal einzuberechnen ist. „Zumal die Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen hohe finanzielle Aufwendungen mit sich bringt, sowohl für die Kostenträger, wie auch oftmals für die kranken Menschen selbst und ihre Angehörigen“ (Ambrust 2008, 12). Es gibt tatsächlich Jugendliche, die medikamentös gut eingestellt sind und keine Intention für einen Klinikaufenthalt gegeben ist, welche über Jahre stationär auf der Kinder- und Jugendpsychiatrie unzweckmäßig untergebracht sind. Dies verursacht zusätzliche Kosten für das Versorgungssystem. Diese Tatsache beruht auf einer schwachen bis fehlenden Infrastruktur im Sozialsystem, sprich überfüllte Einrichtungen bzw. überlastetes Personal. Den betroffenen Jugendlichen kann somit nicht die adäquaten Hilfen geboten werden, wodurch sie zusätzlich Stigmatisierungen zum Opfer fallen können und ihre Chancen auf ein ‚lebenswerteres‘ Leben schwinden. Eine gelungene Integration der Jugendlichen in die Gesellschaft würde (Intensiv-) Betreuungsplätze einsparen, was sich auch günstig auf die finanziellen Bereiche der Versorgung auswirken würde. Die Arbeit des Case Managements (in Kapitel ‚Case Management‘ wird näher darauf eingegangen) greift diese Themen auf. Im Case Management wird multiprofessionelles Wissen auf ein gemeinsames Ziel konzentriert, welches eine Überversorgung durch parallel laufende Interventionen verhindert und eine Nachhaltigkeit der Hilfen gewährleistet (vgl. Pretzsch 2007, 11).

### **3.2.2. Professionen**

Speziell die Zielgruppe Kinder und Jugendliche beansprucht in diesem Kontext mehrere Professionen. Einerseits benötigen die Betroffenen Unterstützungen der Psychiatrie in medikamentöser und psychotherapeutischer Hinsicht, andererseits wird das Identifikationsangebot aus der Pädagogik benötigt. In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die psychiatrische Unterstützung benötigen, ist eine Trennung von Therapie

und Erziehung nicht möglich (vgl. Gintzel 1990, 22). Die Notwendigkeit der kooperativen Arbeit von Psychiatrie und Pädagogik wird hier nochmals deutlich gemacht. „Einen Streit um Zuständigkeiten kann es nicht geben, wo Abgrenzung nicht möglich ist. Es geht aber offenbar letztlich gar nicht um Abgrenzung, sondern um Ausgrenzung, um die Verteidigung des Reviers und um Macht. Das Revier, in diesem Fall die betroffenen Kinder und Jugendlichen, kann aber keiner Profession Eigentum sein“ (Gintzel 1990, 22). In der Handlungsweise des Case Management tritt dieser Fall nicht ein. „Es geht aber um den Zwang zur Zusammenarbeit, was gleichzusetzen ist mit der Anerkennung auch dessen, was der andere kann, vielleicht sogar besser kann. Es geht um den Verzicht von Macht für die eigene Profession, um Verzicht auf eine Stellungsautorität und ihren Ersatz durch eine Erfahrungsautorität, und es geht vor allem um den Abbau von Angst vor der anderen Profession, sie könnte die eigene ausgrenzen“ (ebd.1990, 28).

### **3.2.3. Chancengleichheitsgesetz OÖ**

Das oberösterreichische Chancengleichheitsgesetz (Oö. ChG) trat am 1. September 2008 in Kraft. Wie der Name sagt, wird in diesem Gesetz die Chancengleichheit von Menschen mit Beeinträchtigungen festgelegt. „(1) Ziel dieses Landesgesetzes ist es, Menschen mit Beeinträchtigungen insbesondere durch die Vermeidung des Entstehens von Beeinträchtigungen und von Behinderung und durch die Verringerung von Beeinträchtigungen nachhaltig fördern sowie ihnen ein normales Leben und eine umfassende Eingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen, um die Chancengleichheit von Menschen mit Beeinträchtigungen zu erreichen. (2) Soweit durch Bestimmungen dieses Landesgesetzes der Zuständigkeitsbereich des Bundes berührt wird, sich keine über die Zuständigkeit des Landes hinausgehende rechtliche Wirkung gibt“ (RIS 2009, §1, Abs 1+2). In Oberösterreich begann seit der Einführung des Chancengleichheitsgesetzes eine Neuverteilung der Kostenübernahme. Die Betreuung der betroffenen Personen, die nach dem Chancengleichheitsgesetz eingestuft sind, wird von der Sozial Abteilung des Land Oberösterreich finanziert.

Im Vergleich zum bisher geläufigen Oö. Behindertengesetz von 1991 wurde durch das Oö. Chancengleichheitsgesetz wesentliche Änderungen durchgeführt, die in folgenden Punkten aufgezeigt werden:

- Erweiterung des erfassten Personenkreises durch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bzw. mit psychosozialen Betreuungsbedarf;
- ausdrückliche Verankerung der Selbstbestimmtheit des Menschen mit Beeinträchtigungen sowie des Vorrangs von mobilen vor stationären Leistungen;
- Erweiterung des Leistungskatalogs;
- Landesweite Interessenvertretung auch auf Einrichtungsebene;
- Peer-Beratung;
- Einbindung der Menschen mit Beeinträchtigungen in die Entscheidungsprozesse;
- Schaffung gesetzlicher Grundlagen für transparente vertragliche Beziehungen zwischen dem Land und den konkreten Leistungserbringern;
- Weitestmögliche Vereinheitlichung der Regelung der Kosten (vgl. Land Oberösterreich 2010).

Die Verankerung eines Kooperationsgebots und flankierende Regelungen in anderen Gesetzen sollen die Schnittstellen zwischen den Bereichen verbessern. Gerade in der Versorgung und Betreuung von psychisch beeinträchtigten Menschen, nimmt das oberösterreichische Chancengleichheitsgesetz eine Vorreiterrolle ein. Im Falle von psychisch bzw. psychiatrisch beeinträchtigten Jugendlichen, vollzog sich eine klare Abgrenzung des Zuständigkeitsbereiches zur Jugendwohlfahrt. Dieser Aufgabenbereich ist von nun an der Sozialabteilung (SO) des Landes Oberösterreichs zu zuordnen. Nicht nur der Tätigkeitsbereich hat sich verlagert, auch die Finanzen werden nach dieser Neuorientierung angepasst. Dadurch werden die Kosten der Betreuung und Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen vom Land getragen. Durchaus kann es bei Jugendlichen mit psychischer Beeinträchtigung vorkommen, dass auch Leistungen der Jugendwohlfahrt benötigt werden (vgl. Land Oberösterreich 2010; ExpertInneninterviews 2009).

## 4. Case Management (CM)

Das Case Management in Österreich eine sehr junge Disziplin. Der Hauptsitz der österreichischen Case Management Gesellschaft ist in Linz. Die Etablierung des Case Management in der Arbeit mit Jugendlichen wird in Österreich angestrebt, wobei die Umsetzung aufgrund organisatorischer und finanzieller Belangen noch realisiert werden könnte.

### 4.1. *Definition des Begriffs Case Management*

„Case“ in dem Begriff Case Management ist nicht mit der Person gleichzusetzen, sondern es befasst sich mit der Person und seinem/ihrer Umfeld. „Case“ beinhaltet die komplexe Situation oder Lebenslage einer Person. Der Begriff „Management“ verweist auf den Prozess der vom Ausgangszustand einer Situation zu einem Sollzustand reicht. Die Unterscheidung zur Einzelfallhilfe kann Case Management in der initiierten Vernetzungsarbeit und in der transparenten, partizipativen Vorgehensweise markiert werden. „Das erfolgreiche Zusammenwirken der hierzu benötigten Komponenten wird managerial organisiert, geplant und kontrolliert durchgeführt. So organisiert ein Case Manager Abläufe vernünftig, klärt Zuständigkeiten, sorgt für ‚prozeduraler Fairness‘ (Wendt 2008a, 79) und Transparenz im Verfahren“ (Löcherbach 2009, 29).

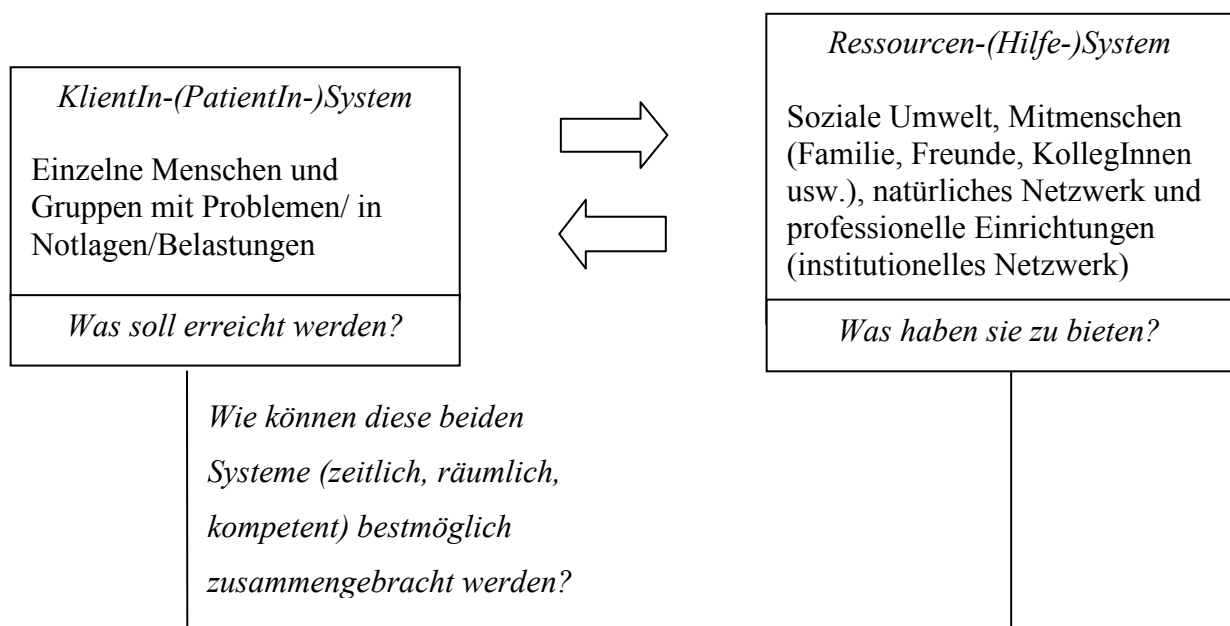
Das Case Management stellt jedoch mehr dar. Ballew und Mink (1991) verfassten folgende Definition von Case Management: „Case Management ist ein Prozeß der Hilfestellung für Menschen, deren Leben unbefriedigend verläuft oder nicht gelingt, weil viele Probleme vorhanden sind, welche die Unterstützung zugleich von mehreren Helfern erforderlich machen“ (Ballew/Mink 1991, 56). Das Case Management hat ihren Ausgang in der beruflichen Sozialarbeit der methodischen Einzelfallhilfe, dem Case Work, genommen. Die Aufgabe der Case Work beschränkte sich im Laufe der Zeit nur noch auf die Steuerung von Prozessen und nicht auf die fürsorgerische Beziehung. Infolgedessen distanzierte sich das Case Management von der Case Work (vgl. Wendt 2002, 17). „Case Management als strikt personenzentriertes Handeln benötigt den aktiven Wunsch oder Auftrag der Klienten unter Berücksichtigung seiner Partizipation – im Rahmen dessen, was er aktuell zu leisten in der Lage ist. Dieser Vereinbarung zur Zusammenarbeit sollte eigens Aufmerksamkeit gewidmet werden. Es bewährt sich zudem, sie schriftlich entlang vorstrukturierter Formulare zu fixieren (Kontrakt). Dabei kann eine

Schweigepflichtentbindung eingeholt werden, damit der Case Manger ggf. mit anderen Akteuren in Verbindung setzen und austauschen kann. Dies kann ggf. aber auch im Rahmen des anschließenden Assessment erfolgen“ (Wissert 2006, 43f). Pantucek (2000) formuliert Case Management in folgender Weise: „Case Management ist ein Verständnis der Sozialen Arbeit, das den Blick auf einen strukturierten Ablauf des Betreuungsprozesses lenkt, auf den Aspekt des gezielten Problemlösens, auf Organisation und Koordination. Case Management zu betreiben ist der Versuch, mit Mitteln der Planung und Organisation ein Unterstützungsdesign zu erarbeiten und zum Funktionieren zu bringen. Die Schritte des Case Managements sind logische Schritte der Fallbearbeitung“ (Pantucek 2000). Diese von Pantucek (2000) angedeuteten Schritte werden im Kapitel ‚Phasen des Case Managements‘ näher erläutert.

Löcherbach (2009) sieht unter dem Handlungsansatz des Case Management „eine Vorgehensweise organisierter, bedarfsgerechter Hilfeleistung in Sozial- und Gesundheitsdiensten verstanden, die den Fokus auf den aktuellen Versorgungsbedarf von Klienten (Klienten- und Angehörigensystem) richtet, die mit multiplen Belastungen konfrontiert sind. Über einen definierten Zeitraum und quer zu bestehenden Zuständigkeiten von Einrichtungen, Dienstleistungen und Ämtern wird den Beteiligten die notwendige Unterstützung, Behandlung, Betreuung und Versorgung abgestimmt“ (Löcherbach 2009, 27f). Die Umsetzung dieses Konzeptes erfordert Planung, Implementierung und Überprüfung der Hilfen, sowie der Professionellen. Die effiziente Vermittlung von Hilfeleistungen sowie die Koordination des Klienten- und Angehörigensystem und seiner sozialen Netzwerke stehen im Mittelpunkt dieses Handlungsansatzes. Die partizipative Herangehensweise, welche durch die Beteiligung der Betroffenen in der Ziel-, Leistungs- und Behandlungsvereinbarung umgesetzt wird, forciert das Selbstmanagement der Betroffenen, sodass ihre Autonomie gestärkt wird. Ziel ist es das gewohnte Lebensumfeld aufrecht zu erhalten (vgl. ebd. 2009, 28). „Das Spezifische von Case Management kann daher definiert werden als die besondere Funktion, Arrangements von effektiven und effizienten (Human-)Dienstleistungen zu initiieren und zu gestalten“ (ebd. 2009, 29). In den Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC zit.n. Löcherbach 2009, 29) wurden Qualitätsstandards für die Anwendung von Case Management festgelegt:

- „Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Professionen, Netzwerken und Sektoren der Versorgung sollen überwunden werden,

- Fehlallokationen, Über- und Unterversorgungen sowie unnötige Belastungen des Adressaten-/Klientensystems sollen vermieden werden,
- Die einzelfall- und adressaten-/klientenbezogenen Ausrichtung aller Unterstützungsleistungen soll die Hilfe effektiv und (mittelfristig) effizient aus gesamtwirtschaftlicher Sicht gestalten,
- Egoismen von Leistungs- und Kostenträgern sollen überwunden werden,
- Hilfeleistungen sollen adressaten-/klientenbezogen und nicht professions-, leistungsträger-, kostenträger- oder einrichtungsbezogen gegeben werden“ (DGCC 2008 zit.n. Löcherbach 2009, 29).



**Abbildung 1: Verknüpfungsaufgaben**  
(Quelle: modifiziert nach: Wendt 2008, 36)

Wenn viele Menschen am Unterstützungsprozess für Menschen und in diesem Falle Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen beteiligt sind, so können Missgeschicke und Fehler vorkommen. Das Case Management bietet für dieses Problem eine adäquate Lösungsmöglichkeit bzw. Ansatz (vgl. Sozialmagazin 2010, 4).

Die Prinzipien nach denen das Case Management vorgeht, stellen eine Grundlage dar, die ständig in Erinnerung gerufen und Aufrecht erhalten werden muss:

„Die Gestaltung personenbezogener Dienstleistung im Sozial- und Gesundheitswesen lässt sich generell nach Maßgabe bestimmter Prinzipien betrachten. Solche Prinzipien sind

- (1) die Nutzerorientierung (im Gegensatz zur Angebotsorientierung),
- (2) das Handeln nach Vereinbarung (Kontrakt),
- (3) die prozedurale Fairness,
- (4) die Produktorientierung,
- (5) die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement,

hinzu kommen:

- (6) das Management der Versorgung,
- (7) ein kooperatives und koordiniertes Vorgehen und
- (8) die Rationalisierung
- (9) die Rückwirkung auf die Sozialplanung“ (Wendt 2008, 71f).

#### ***4.2. Zielgruppe des Case Managements***

Die Stelle, von der aus ein Case Management angesucht und initiiert wird, ist in den meisten Fällen das Jugendamt. Wie im Kapitel ‚Chancengleichheitsgesetz‘ erläutert, gibt es in Oberösterreich eine Splittung der Finanzierungs- und Tätigkeitsbereiche, wobei Jugendliche mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen in das Chancengleichheitsgesetz fallen und somit vom Land finanziert und versorgt werden. In diesem Falle würde anstatt des Jugendamts das Land die Hilfe des Case Management einleiten. Wer auch immer eine Case Management-Unterstützung anfordern will, muss vorerst eine Abklärung des/der Betroffenen und seiner/ihrer Situation vornehmen, ob es sich um einen ‚Case Management-Fall‘ handelt oder nicht. Im jugendwohlfahrtlichen Bereich wurde hierbei die Frage, ob eine Case Management-Intervention oder erzieherische Hilfen notwendig sind, gestellt. „Ein Einwand seitens der Praxis besteht in dem Hinweis, dass in der Regel die Entscheidung: Case Management-Fall/kein Case Management-Fall, nicht ohne Weiteres möglich sei; viele Fallkonstellationen seien hierfür zu komplex. Selbstverständlich sind Fälle mit erzieherischen Bedarf komplex, sie beziehen sich aber auf das Kerngeschäft der Erziehung, während sich Case Management-Konstellationen um weitere Problembereiche „drehen“, die über das Kerngeschäft



hinausgehen (Arbeitslosigkeit, finanzielle Absicherung, Wohnen, Gesundheit usw.)“ (Löcherbach 2009, 44).

Die Jugendlichen, für die eine Case Management-Intervention in Frage kommen würde, sind mit mehreren nebeneinander verlaufenden Problemen ausgestattet. Daraus folgend benötigen sie Unterstützung durch mehrere HelferInnen, wodurch sich die Lage als sehr komplex darstellt (vgl. Löcherbach 2009; Wendt 1991). „Die Komplexität typischer Case-Management-Problemlagen und das damit verbundene Aufgaben- und Handlungsspektrum der Case Manager tangiert in der Regel eine Vielzahl von Institutionen, Organisationen, Dienstleistern und einzelnen Personen“ (Wissert 2005, 224).

### ***4.3. Praxisgrundsätze***

Um eine Tätigkeit effektiv und gewissenhaft ausführen zu können bedarf es der Grundsätze des jeweiligen Modells. Diese Grundsätze stellen eine Leitlinie zur Orientierung und Lenkung der Case Management-Arbeit dar. In der Literatur werden sechs Grundsätze des Case Managements angeführt:

- Das Case Management holt die/den Klientin/en auf dem Niveau und Stand ab, auf dem er/sie sich befindet. Die Interventionen finden in dem Lebensumfeld des/der Betroffenen statt.
- Case ManagerInnen agieren in der Systemperspektive, indem sie den/die Klienten/in in einem ganzheitlichen Bezugsrahmen interagierender Komponenten wahrnehmen.
- Case ManagerInnen sind in einem Verwaltungsprozess involviert und müssen somit administrativ kompetent sein.
- Die Nutzung klinischer Verfahren und Fähigkeiten im Case Management schließt eine Abgrenzung zu therapeutischen Verfahren nicht aus.
- Da die Case ManagerInnen am Schnittpunkt der Informationen tätig sind, tragen sie die Verantwortung über die Art und den Umfang der Unterstützungen.

Case ManagerInnen sind UnterstützungsmanagerInnen und tragen somit zur Integration der sozialen Hilfen bei, sodass die Bewältigungsmöglichkeiten der Menschen erweitert werden können (vgl. Wendt 2008, 62).

#### **4.4. Steuerungsebenen**

Das Case Management beinhaltet verschiedene Steuerungsebenen die Fallebene, die Organisationsebene und die Infrastrukturebene.

##### **4.4.1. Fallebene**

Wie sein Name schon sagt, richtet sich die Ebene der Fallsteuerung auf den Fall. Der Wirkungsbereich der Fallebene bezieht sich auf alle Dienstleistungen, die den/die KlientIn betreffen sowie den damit involvierten AkteurInnen. Ein zentraler Faktor auf der Fallebene ist die Anlehnung der Dienstleistungen an den Regelkreis des Case Managements (Intake, Assessment, usw.). Bezugnehmend auf den Regelkreis des Case Managements werden die zentralen Inhaltsbereiche auf der Fallebene folgendermaßen nähergebracht: In der Phase der Klärung wird eine Kontaktaufnahme mit dem KlientInnen(-system) initialisiert. Hierbei wird geklärt, ob das Case Management für den/die Betroffene geeignet ist. Wenn dies der Fall ist kommt es zur Vereinbarung der Einleitung des Case Management. Daraufhin folgt das Assessment, in dem es zu einer standardisierten Beschreibung und Dokumentation der Lebens- und Versorgungslage des/der Betroffenen vorgenommen wird, wobei auch die Bedarfslage des Klientensystems erfasst wird. Nach der Bedarfserhebung erfolgt die Phase der Planung in der eine Festlegung der Ziele und Dienstleistungen in Form eines Serviceplans vereinbart werden. Der nächste logische Schritt nach der Bedarfserhebung und der Planung stellt die Durchführung dar, wobei passende Leistungsangebote abgestimmt und vermittelt werden. Um die Case Management-Arbeit effizient gestalten, umsetzen und korrigieren zu können wird in der Phase des Monitoring eine Prüfung, Bewertung, Sicherung und Steuerung der einzelnen Leistungen vollzogen. In der letzten Phase wird der gesamte Case Management-Prozess und seine Handlungsabläufe in Form einer Evaluation bewertet (vgl. Löcherbach 2009, 31).

##### **4.4.2. Organisationsebene**

Auf Organisationsebene wird das Case Management als Systemsteuerung gesehen. Die Einzelfallararbeit des Case Management muss auf organisatorischer Ebene strukturell sowie prozessual eingebettet sein und schließt sich dem Qualitätsmanagement an. Die Implementierung des Case Managements als ein weiterer Teil der Handlungskonzepte der

Organisationen stellt ein zentrales Element des Case Management in der Organisationsebene dar. Die Prozessgestaltung zieht organisatorische Anpassungen der Organisation mit sich, welche Aktivitäten betreffen, die sich fallübergreifend gestalten und einrichtungsbezogen zu koordinieren sind. Es wird das Zustandekommen der institutionellen Versorgung hinterfragt. Damit eine Verankerung des Case Managements in der Einrichtung möglich wird, werden Fallgruppen gebildet. Unter Fallgruppenbildung wird die Klärung von Reichweite, Fallauswahl, Ressourcen- und Budgetzuweisungen an das Case Management mit der entsprechenden organisatorischen Verankerung verstanden. Zur fachlichen Kontrolle werden Prozess- und Dokumentationsstandards geschaffen (vgl. ebd. 2009, 31f).

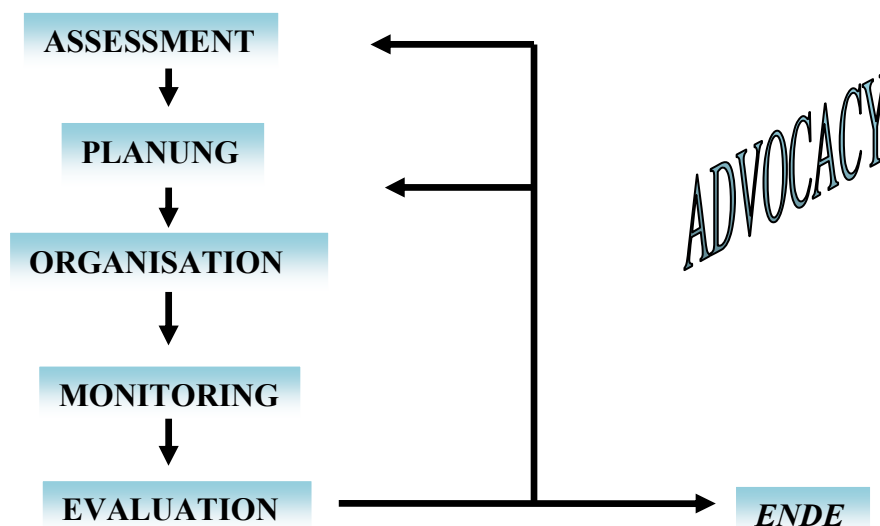
#### **4.4.3. Institutionelle Netzwerkebene**

Die Ebene der institutionellen Netzwerke wird ebenfalls der Systemsteuerung zugeschrieben. Die Erbringung der Leistungen und Hilfen werden nicht einheitlich vom Jugendamt erbracht, sondern es wird auf andere Dienste zurückgegriffen, die in Absprache mit dem Jugendamt initialisiert werden. Das Case Management unterscheidet sich in der Einbeziehung der Infrastruktur- bzw. institutionellen Netzwerkebene deutlich von anderen Beratungssystemen. Das „Case Management hat den Anspruch, einzelfallübergreifend mittels des Abgleichs von Bedarfs- und Bestandsanalysen Einfluss auf die strategischen und politische Ebene zu nehmen (Systementwicklung)“ (Löcherbach 2009, 32). Hierfür sind lokale und regionale Netzwerke mit den Anbietern und Leister der Hilfen zu entwickeln bzw. auszubauen. Die fall- und einrichtungsübergreifende Aspekte des Case Management erweisen sich in dieser Ebene als zentral. Hierbei wird eine Anknüpfung an versorgungsbezogene und sozialraumorientierte Aktivitäten notwendig (vgl. ebd. 2009, 32). Die Klärung der Vernetzung zwischen den verschiedenen Ebenen ist Voraussetzung für das Handeln in diesen Ebenen. Verbunden mit der Klärung folgen die systematische Planung und der Aufbau der Vernetzung. „Neben einer Netzwerkarbeit zur Stärkung der persönlichen Beziehungen auf Fallebene, geht es im Case Management um eine institutionalisierte Form von qualitativ gestalteter Kooperation und Koordination verschiedener Dienste bzw. Professionen, mit dem Ziel, die Versorgungsstruktur für einzelne Personen oder –gruppen zu optimieren“ (ebd. 2009, 32).

## 4.5. Phasen des Case Management

Die Herangehensweise des Case Management-Ansatzes vollzieht sich in Form eines Phasenmodells, worin der Ablauf strukturiert und auf ein Ziel ausgerichtet wird. Die Anwendung der phasenausgerichteten Arbeit ermöglicht eine bessere Überprüfbarkeit und Transparenz der Vorgehensweisen und Ergebnisse. Je nach Literaturquelle gibt es unterschiedliche Bezeichnungen dieser Phasen, wobei sie inhaltlich kaum variieren. Wie schon eingangs dieses Kapitel erwähnt, verläuft der Case Management-Prozess in Form von Schritten, die jedoch auch fließend verlaufen können.

Laut Pantucek (2007) ist der Case Management-Prozess in die Schritte: Assessment, Planung, Organisation, Monitoring und Evaluation unterteilt.



**Abbildung 2: Schritte des CM**  
(Quelle: modifiziert nach: Pantucek 2007, 2)

### 4.5.1. Erstkontakt (Intake)

In dieser ersten Phase des Case Management-Prozesses kommt es zu einer Kontaktaufnahme mit dem/der Klienten/In und zur Klärung der Voraussetzungen für die Aufnahme in das Case Management-Verfahren. Es kommt vorerst zu einer formalen Erhebung von Daten des/der Klienten/In sowie zu einer Klärung seiner/ihrer aktuellen Situation. Es werden Leistungsansprüche geprüft und organisatorische Zuständigkeiten geklärt. Die Eingangsdiagnose, die in dieser Phase gestellt wird, ist ausschlaggebend für

den Anspruch bzw. den Bedarf für ein Case Management. Hier beginnt der Aufbau einer Arbeitsbeziehung zwischen Case ManagerIn und KlientInnen. Darüber hinaus werden in dieser Phase des Case Management die Angebote der Beratung näher gebracht. Der/die Hilfebedürftige wird in der Folge über seine Pflichten aufgeklärt. Ferner wird die Rolle der/des Case ManagerIn festgelegt (vgl. Löcherbach 2009, 41f; Pretzsch 2007, 7; Wendt 2008, 111f).

#### **4.5.2. Assessment bzw. Einschätzung**

Die zweite Phase des Case Management-Prozesses beinhaltet das Assessment. Hierbei kommt es zu einer Einschätzung der Situation des/der Hilfebedürftigen. Diese Einschätzung wird gemeinsam mit dem/der KlientIn vorgenommen. Was wird nun unter Einschätzung verstanden? Vorerst geht es um die Erhebung von Stärken und Schwächen des/der Betroffenen, sprich wie seine/ihre Selbsteinschätzung ist sowie die Integration der Wünsche des/der KlientIn in den Arbeitsprozess. Für die Einschätzung aller Beteiligten wird eine Dokumentation anhand von Formblättern durchgeführt, welche die Transparenz des Case Management-Prozesses fördert. (vgl. Löcherbach 2009, 44f; Pretzsch 2007, 7; Wendt 2008, 124f).

#### **4.5.3. Hilfeplanung (Planung)**

Die Phase der Hilfeplanung erfolgt als dritter Schritt des Case Management-Prozesses, in der Eingliederungsziele festgelegt werden. Diese Ziele werden klar und eindeutig formuliert. Diese sind speziell einzelfallorientiert zu erfassen und setzen bei den Kompetenzen der Betroffenen an. Um die Effektivität des Prozesses gewährleisten zu können werden in dieser Phase der Hilfeplanung die Verantwortlichkeiten, sowie die Maßnahmen und der Zeitrahmen der Intervention festgelegt. Um der Hilfeplanung einen Rahmen zu geben wird der erarbeitete Hilfeplan in Form eines Vertrages festgelegt. Diese soll wiederum nicht bedeuten, dass sich die Anforderungen und Ziele eines ‚Hilfsprojekts‘ mit der Zeit nicht ändern. Das Case Management stellt einen dynamischen Prozess dar, der sich an den Bedürfnissen der KlientInnen orientiert. Die Dokumentation nimmt auch in dieser Phase eine wesentliche Rolle zur Verfestigung und ständigen Neuorientierung des Vorhabens ein. Eine Besonderheit der Planung im Case Management ist, dass es über die

„Unplanbarkeit“ hinweg führen soll (vgl. Löcherbach 2009, 45f; Pretzsch 2007, 7; Wendt 2008, 136f).

#### **4.5.4. Prozessbeobachtung/-steuerung (Organisation/Monitoring)**

Im letzten Schritt des Prozesses, der Prozessbeobachtung, werden die festgelegten Maßnahmen vermittelt und der Fallverlauf kontinuierlich beobachtet. Die Hilfeplanung ist hier von Nutzen, indem die Zielerreichung dadurch überwacht, wenn nötig verändert und angepasst werden kann. Im Anschluss werden noch aktuelle Problemlagen der/des KlientIn/en besprochen und neue Lösungsmöglichkeiten herangezogen. Das in der Überschrift angeführte Monitoring reicht über alle Phase des Case Management-Prozesses. Es stellt eine Daueraufgabe dar, indem die einzelnen ‚kleinen‘ Prozesse in der Intervention ständig überprüft, analysiert und bewertet werden (vgl. Löcherbach 2009, 49f; Pretzsch 2007, 8; Wendt 2008, 142f).

#### **4.5.5. Evaluation/Abschluss**

Dieser Schritt der Prozessbeobachtung wird in anderen Beschreibungen des Case Management auch als Evaluation ausgeführt. Folglich wird auch in diesen Punkt die Qualität der Maßnahme bzw. aller Beteiligten bewertet. Nach Beendigung der geplanten Maßnahmen wird ein Abschlussgespräch geführt (vgl. Löcherbach 2009, 51f; Pretzsch 2007, 8).

#### **4.5.6. Beendigung**

Der Abschluss der Case Management-Maßnahme stellt keine abrupte Beendigung dar. Nach Bedarf kann auch eine Nachbetreuung fortgesetzt oder weiterführende Maßnahmen eingeleitet werden. „Zum einen kann am Ende die Überweisung des Falls an eine bestimmte Einrichtung stehen, falls eine weiterführende Betreuung notwendig ist, zum anderen kann aber die Beendigung des Case Managements auch die endgültige Einstellung der Hilfe bedeuten“ (Pretzsch 2007, 9).

Es kann verschiedenste Gründe geben, dass ein/e KlientIn von sich aus die Case Management-Intervention beendet. Ein Grund für einen Austritt kann die nicht passende

ProfessionalistIn-KlientIn-Beziehung und/oder durch ein nicht geeignetes Hilfsprogramm herbeigeführt werden. Dies kann „allzu rigide Anforderungen des Programms sein oder aber auch Ausdruck des Bedürfnisses des Klienten, einmal zu erproben, wie stark das Engagement des Case Managers und des Programms für ihn, den Klienten ist“ (Raiff/Shore 1997, 90). In solchen Fällen nehmen die Betroffenen oftmals den/die zuvor ‚gekündigten‘ Case ManagerIn wieder in Anspruch, falls diese/r sich noch dazu bereit sieht. Die Beendigung des Case Management aufgrund des Programms wird laut Raiff und Shore (1997) als positives Zeichen des Fortschrittes vermerkt, welche das gesteigerte Selbstbewusstsein der Betroffenen widerspiegelt. Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass einerseits die anfänglich gesteckten Ziele erreicht wurden und andererseits keine bis weniger Hilfestellungen zur Erreichung der Ziele benötigt werden (vgl. Raiff/Shore 1997, 90). „In jedem Fall muss die Arbeit des Case Managers offiziell abgeschlossen werden, da seine Tätigkeit nur auf ein bestimmtes Ziel bzw. einen bestimmten Zeitraum ausgerichtet ist, und nicht auf eine dauerhafte und umfassende Unterstützung“ (Pretzsch 2007, 9).

#### **4.5.7. Dauer des Case Managements**

Wie im Kapitel ‚Zeitliche Begrenztheit‘ ausgeführt, ist das Case Management durch eine zeitliche Begrenzung gekennzeichnet. Diese zeitliche Begrenzung wird in der Planungsphase in Form eines Kontrakts festgelegt. Die Widersprüchlichkeit in der Forderung einer langandauernden, kontinuierlichen Betreuung und der zeitlichen Begrenzung des Case Management löst sich in der Möglichkeit der Reassessments und der ständigen Anpassung der Ziele an die momentane Lebenslagen, auf. Wenn eine Fortführung des Case Managements nach einer im Kontakt vereinbarten Beendigung erforderlich ist, kommt es zu einem Reassessment.

#### **4.6. Dokumentation**

Für eine zielgerichtete, transparente, gut evaluierbare und flexible Arbeit ist die Dokumentation das A und O. Im Case Management stellt die Dokumentation einen zentralen Faktor da. Eigens entwickelte EDV-gestützte Programme erweisen sich als effektiv. „Auch im Rahmen der sozialen Netzwerkarbeit stellt der Computer ein nützliches Werkzeug dar und kann als technisches Hilfsmittel in bestimmten Bereichen sinnvoll

eingesetzt werden. Er ersetzt jedoch an keiner Stelle die Soziale Arbeit. Computer haben allein eine ergänzende, informationsunterstützende Funktion“ (Bullinger/Nowak 1998, 207).

Die Gefahr, die in diesem Vorgehen jedoch besteht, ist dass es zu einem routinemäßigen Abhaken der Formulare führt. Die Zeit und der Fokus auf die wirklichen Bedürfnisse des/der Klienten/in würden dann verloren gehen. Eine weitere Gefahr lauert auch in der Evaluation der Programme, da die Verlagerung des Fokus von dem/der Klienten/in auf die (Ergebnisse der) Evaluation ableiten könnte. „Es geht um die Optimierung von Prozessen der humandienstlichen Versorgung, um Prozessverantwortung und Fallführung, um Aktivierung von Selbsthilfe und um Durchsichtigkeit des Verfahrens für alle Beteiligten. Aber oft ist, wo Case Management drauf steht, Case Management nicht drin. Seine Einführung bedeutet und verlangt eine Systemveränderung; erfolgt sie nicht, setzt sich das Case Management nicht durch. Allein mit dem Einsatz eines Case Managers wird es nicht systematisch und erfolgreich realisiert“ (Wendt 2002,13).

#### ***4.7. Rechtliche Verankerung des Case Managements***

Die Verknüpfung des Case Management an eine konkrete Profession ist nicht gegeben. Darüber hinaus stellt das Case Management auch keine eigene Profession dar. Der Ursprung des Case Management ist, wie eingangs schon erwähnt, in der Sozialen Arbeit und dem Gesundheitswesen zu finden. Durch die vielfältigen Tätigkeitsbereiche des Case Managements (Versicherung, Pflegebereich, Sozialbereich, usw.) ist die Festlegung dieses in einen bestimmten Bereich schwer umsetzbar, und die Schaffung einer neuen Profession durch die Multidisziplinarität schwer zu verankern. Die politische und rechtliche Verankerung des Case Managements in Österreich ist noch nicht gegeben, was eine professionelle Festlegung zusätzlich erschwert. Als Richtlinie für die Case- und Care Management-Ausbildung in Österreich werden die Normen aus Deutschland herangezogen. Deutschland und Schweiz nehmen bezüglich der rechtlichen Verankerungen des Case Management eine Vorbildfunktion ein.

#### ***4.8. Aufgaben einer/es Case Managers/in***

Der/die Case ManagerIn hat die Aufgabe die Interessen der KlientInnen gegenüber den Institutionen bestmöglich zu vertreten. Der/die Case ManagerIn stellt eine Art



„Anwalt“ seines/ihres Klientels dar. Hierbei handelt es sich um die Erstellung eines Hilfeplans, sowie die Überwachung der Durchführung desselben. Der/die Case ManagerIn steht in einer ständigen Zusammenarbeit mit allen Beteiligten, welches wiederum Transparenz schafft. Die Koordinationsarbeit, welche im Unterstützungsmanagement beinhaltet ist, bezieht sich auf den Austausch von Informationen, Wahrnehmungen sowie der gemeinsamen Planung der Hilfe. Um die Qualität und die vereinbarten Ziele zu erreichen braucht es demzufolge einer ständigen Überprüfung. Diese zählt zu den Aufgaben einer/eines Case ManagerIn. Für die Umsetzung dieser koordinierenden Aufgabenstellungen sollte der/die Case ManagerIn aufgeschlossen sein und sich der jeweiligen Situation adäquat anpassen. Hierunter ist die Darlegung des Hilfeplans in den unterschiedlichen sprachlichen und sozialen Kontexten zu verstehen. Der/die Case ManagerIn stellt, wenn man die Zusammenarbeit außer Acht lässt, in gewisser Weise eine/n EinzelgängerIn dar. Er/sie nimmt eine AußenseiterInnenrolle ein, weshalb die sozialen Kompetenzen und die Offenheit eines/r Case MangerIn vermehrt gefragt sind. In der Arbeit des Case Managements wird, wie schon erwähnt, multidisziplinär vorgegangen, welches auch ein Konfliktpotential darstellt. In den einzelnen Fachgebieten arbeiten Personen, die in ihrem Gebiet sehr bewandert sind, jedoch mangelt es ihnen oft an der Sichtweise des gesamten komplexen Netzwerkes. In der multidisziplinären Arbeit sind verschiedenste Sichtweisen auf ein und denselben/dieselbe KlientIn vorhanden. Diese Sichtweisen zu verknüpfen ist die Herausforderung jedes/r Case ManagerIn (vgl. Pretzsch 2007, 11ff).

#### ***4.9. Rollen der/des Case Managerin/s***

„Case Manager müssen viel Geduld aufbringen, müssen moderieren und organisieren können und für viele Menschen und professionelle Organisationen gleichzeitig kompetent und verlässlich ansprechbar sein“ (Biesel 2010, 15f).

Wie nach Wendt (2008) geschildert, werden der/die Case ManagerIn nach Moxley (1989), sechs Rollen zugeschrieben:

„(a) Der Case Manager als ‚implementer‘: Er nimmt eine ‚Sache in die Hand‘ und geleitet sachwaltend den Klienten aus seiner Krise oder Not heraus;

- (b) der Case Manager als Lehrmeister oder Instrukteur, der etwas vormacht und Fähigkeiten entwickeln hilft;
- (c) der Case Manager als ‚guide‘, als beratender Begleiter bei der Erschließung von Ressourcen und der Nutzung diverser Dienste im Verlauf der Hilfe;
- (d) der Case Manager als ‚processor‘, der eine Art technischer Assistenz leistet; er hilft den Klienten, geeignet Hilfen auszuwählen und in der Problemlösung voranzukommen; der Case Manager bringt auf diese Weise sein Expertenwissen instrumentell zum Einsatz;
- (e) der Case Manager als Spezialist für Information über das Sozialleistungssystem;
- (f) der Case Manager als ‚supporter‘, der den Klienten dazu anhält, sich selber fähiger zur Situationsbewältigung und Problemlösung zu machen“ (Moxley 1989, 83ff zit.n. Wendt 2002,48f).

Das Rollenverständnis der Case ManagerInnen ist nach Löcherbach (2008a) grob auf vier Bereiche aufgeteilt:

- Broker
- Advokat
- Supporter
- Gate Keeper.

Die Rolle des Brokers hat die Aufgabe des Vermittelns, eine Art MaklerIn. Er/Sie ist zuständig für die Erschließung von Leistungen für den/die Hilfebedürftige. Der Advokat verkörpert ein anwaltschaftliches Eintreten für den/die Betroffene/n. Die Aufgabe der/des Unterstützerin/s wird in Form des Supporters verkörpert, wobei die Rolle des Gate Keepers die Pflichten der Selektion und des Zugangs zu den einzelnen Leistungen beinhaltet (vgl. Löcherbach 2008a).

Der/die Case ManagerIn nimmt in seiner/ihrer Arbeit auch die Rolle des/der SachwalterIn ein. Die sachwalterischen Aufgaben sind nicht mit einer Entmündigung der Betroffenen gleichzusetzen. Der/die SachwalterIn wirkt zwar in einer bestimmten Weise in das Leben des/der Betroffenen ein, jedoch ist die Auftragslage des/der SachwalterIn im Hilfeplan verankert und somit auch legitimiert (vgl. Wendt 2002, 41). „Das Case Management nimmt seine sachwaltende Rolle nach beiden Seiten hin wahr. Er handelt im öffentlichen Raum, in dem der Bedarf erkannt wird und die Abhilfen bereitgestellt werden“ (ebd. 2002, 42). Durch die Rolle des/der Anwalts/Anwältin des/der Case Managers/in kommt der/die

ProfessionalistIn in eine Einzelgängerrolle. Die Bedürfnisse der/des Klienten/in werden oftmals gegen die Meinung der KollegInnen in einer Organisation vertreten und versucht durchzusetzen. Hierbei ist es erforderlich das Case Management immer im Team zu betrachten. Der/die Case ManagerIn ist zwar ProfessionalistIn, jedoch nicht die ExpertIn in der Arbeit mit den hilfsbedürftigen KlientInnen. Der/die Betroffene/n ist der/die wahre ExpertIn. Um partizipativ arbeiten zu können kommt es darauf an wie weit diese Einstellung zugelassen wird. Um der Abhängigkeit der KlientInnen von den Case ManagerInnen gegenzusteuern, wird unter dem Grundsatz des Empowerments eine Begleitung der Betroffenen verfolgt. Hierdurch wird bezweckt den Betroffenen nicht zu sehr vorzugreifen sondern sie zu mobilisieren.

#### ***4.10. Ausbildung zur/zum Case Manager***

Die zweite Case Management-Fachtagung 2009 in Linz hatte als Schwerpunkt ‚Case Management - Kompetenzen und Qualifizierung‘, welches die Notwendigkeit einer Diskussion der Ausbildungen und der Aufgabenbereiche des Case Management verdeutlicht.

In zahlreichen Weiterbildungsinstitutionen scheint momentan die Ausbildung zur/zum Case Manager/in einen neuen Trend zu setzen. Einerseits ist in diesem Zusammenhang darauf zu achten, ob diese entsprechende Institution berechtigt ist eine zertifizierte Case Management-Ausbildung durchzuführen und andererseits stellt sich die Frage, ob unter Case Management auch das zertifizierte Case Management verstanden wird. Wie Wendt (2009) betont, ist nicht überall wo Case Management drauf steht, auch Case Management drinnen.

Wie aus dem Münchener Case Management-Projekt (2000) hervorgeht, bietet eine fundierte Zusatzausbildung und Weiterbildung eine geeignete Basis für die Handlungstätigkeiten der Case ManagerInnen. „Gehen entsprechend dem erarbeiteten CM-Modell [...] Hilfeplanung, Hilfeorganisation, Hilfekoordination und therapeutische Langzeitbegleitung in das Aufgabenspektrum des CMers ein, entsteht ein Tätigkeitsprofil mit hohen und komplexen fachlichen Anforderungen, welche sich dadurch auszeichnet, daß verschiedene, bisher Versorgungssystem überwiegend getrennt angebotene Leistungen integriert werden, was sowohl an die Person des CMers hohe Anforderungen stellt, als auch an diejenigen, die fachliche Anleitung und Supervision gewährleisten. Will eine Einrichtung CM auf überprüfbar und nachweisbar hohem Qualitätsniveau anbieten, so muß

sie die fachlichen Anforderungen an den CMer durch Zusatzausbildungen, Weiterbildungen, Supervisionen etc. sicherstellen“ (Schleuning/Welschehold 2000, 88).

#### **4.10.1. Spezialisierung**

Die Ausbildung zur/zum Case Manager/in stellt bis dato noch eine generalisierte Ausbildung dar. Darunter ist eine minimale Spezialisierung in den einzelnen Ausrichtungen des Case Management im Rahmen der allgemeinen Ausbildung zu verstehen. In der Ausbildung werden Spezialthemen zwar gestreift, jedoch gibt es keine vertieften Ausbildungen in den einzelnen Bereichen. Die NutzerInnen bzw. Auszubildenden solcher Weiterbildungen stammen aus unterschiedlichen Professionen mit unterschiedlichen Niveaus, welches eine einheitliche Abschlussqualifikation offen lässt. Nicht nur in der Ausbildung sondern auch in Bezug auf Case ManagerInnen gilt der Satz: „Es ist nicht überall das drinnen was drauf steht“. Manche Organisationen sind der Meinung, wenn sie ihre MitarbeiterInnen zu Case ManagerInnen ausbilden lassen, dass ihre Organisation somit auch das Case Management führt. Dieses stellt jedoch einen Irrtum dar, da das Case Management eine Umstellung der ganzen Organisation benötigt. Aufgrund der Multidisziplinarität der ‚cases‘ empfiehlt sich eine Basisausbildung der/die Case ManagerIn (sprich Case Management und minimale Spezifizierung in die bestimmten Fachgruppenthemen) mit einer spezifischen Ausbildung in den ausgewählten Fachgruppen, wie es das jugendpsychiatrische Case Management darstellen würde. Im jugendpsychiatrischen Case Management würde eine Erweiterung des psychiatrischen Case Management zu sehen sein, wie im Kapitel ‚Stand der Forschung‘ aufgezeigt wird. In der Literatur sind nur sehr wenige Arbeiten, die sich mit dem psychiatrischen Case Management auseinandersetzen, zu finden. Eine Spezialisierung des psychiatrischen Case Managements auf ein jugendpsychiatrisches Case Management wird in der Literatur fast gänzlich außer Acht gelassen. Hierbei widerspiegeln sich die Schwierigkeiten der Übergangsbetreuung vom Jugendalter ins Erwachsenenalter.

#### **4.10.2. Unterschiedliche Professionen**

Ein wesentlicher Faktor in der Ausbildung und Arbeit der Case ManagerInnen stellt die Erfahrung und die Herkunftsperson der einzelnen Case ManagerInnen und AnwärterInnen dar. Es macht einen Unterschied, ob ein/e SozialarbeiterIn, der/die in der

Gesundheitsvorsorge arbeitet oder ein/e psychiatrische/r Krankenschwester/Krankenpfleger, eine Ausbildung im psychiatrischen Case Management absolvieren würde und folglich in diesem Bereich tätig sein würde. Die Kunst der ‚Vereinheitlichung‘ der Niveaus in der Case Management-Ausbildung stellt eine Herausforderung für die Weiterbildungsstätten dar.

#### ***4.11. Case Management als multidisziplinäre Koordination***

Die multidisziplinäre Arbeit des Case Managements ist eine Entwicklung, die nicht aus der Disziplin heraus entsteht, sondern sich aus der Anwendung ergibt. „Die multidisziplinäre arbeitenden Praxismodelle sind notwendig, wenn besonders komplexe und schlecht überschaubare Problemlagen die umfassende Zusammenarbeit und die regionale Erfassung von unterschiedlichen Dienstleistungsträgern notwendig macht“ (Pretzsch 2007, 10). Das Spektrum der multidisziplinären Kooperation streckt sich über Ämter des Sozial-, Arbeits- und Jugendbereichs, Betreuungseinrichtungen und eventuellen ArbeitgeberInnen. Im sozialen Unterstützungsmanagement richtet sich die Arbeit der multidisziplinären Koordination auf die Abstimmung aller Beteiligten (vgl. ebd. 2007, 10).

##### **4.11.1. Einsatzgebiete des Case Managements**

Die Bandbreite, in der das Case Management Fuß fasst, streckt sich über zig Bereiche des Lebens. „Es konzentriert sich an der Schnittstelle der individuellen Lebensführung und Lebenswelt mit dem sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungssystem auf die Erbringung der person- und situationsbezogenen nötigen Unterstützung, Behandlung und Pflege“ (Wendt 2008, 61). In den einzelnen Bereichen des Case Management wird der Kinder- und Jugendbereich vernachlässigt. Einen kleinen Überblick bietet die folgende Auflistung der einzelnen Fachgruppenverortung des Case Managements:

- Häusliches Pflegemanagement
- Geriatrisches Case Management
- Case Management im Krankenhaus
- Notfall-Verfahrensmanagement
- Langzeitversorgungsmanagement
- Klinisches Case Management

- Psychiatrisches Case Management
- Case Management mit Straffälligen
- Case Management am Arbeitsplatz (vgl. Wendt 2008,64).

#### **4.11.2. Zum Begriff psychiatrisches Case Management**

Das psychiatrische Case Management ist ein sehr umfassendes Tätigkeitsfeld. Da das Case Management und in diesem Fall das psychiatrische Case Management in Österreich noch nicht verbreitet ist, wird speziell auf deutsche Literatur Bezug genommen. Die jugendpsychiatrische Case Management-Versorgung stellt ein sehr lückenhaftes Feld dar, zu dem kaum Literatur vorhanden ist. Der Begriff des psychiatrischen Case Management umfasst eine Bandbreite von Inhalten und Möglichkeiten der Methoden. Die Autorenmeinungen hinsichtlich des psychiatrischen Case Managements gehen in den Ansätzen sehr konform. Die AutorInnen gehen davon aus, dass schwer und chronisch kranke Menschen eine flexible, individuelle, maßgeschneiderte, vernetzte Intervention brauchen, um die verschiedenen fachkompetenten Maßnahmen in Anspruch nehmen zu können. Für eine zielgerichtete Koordinierung der Nachversorgungskonzepte und die Abstimmung der stationären und ambulanten Bereiche erfordert es an fachlicher Unterstützung (vgl. Schleuning 2000; Sälzer 2008). „Die Funktionen, die in Langzeitabteilungen alten Stils angeboten wurden, d.h. langfristiges Angebot an Wohnen, sozialen Kontakten, angemessener Beschäftigung und kontinuierlicher medizinischer Betreuung müssen auch nach Auflösung der Großkliniken bereitgehalten werden. Soll dies in gemeindenahen Einrichtungen erfolgen, ist es günstig, die verschiedenen Funktionen auf unterschiedliche Einrichtungen zu verteilen. Dies macht eine gute Abstimmung der verschiedenen Angebote erforderlich, um den Patienten den Zugang zu allen für sie erforderlichen Maßnahmen zu ermöglichen. Hierfür kann das Konzept des Casemanagement nützlich sein“ (Albers 1998, 737ff).

#### **4.12. Stand der Forschung**

Bezugnehmend auf den Stand der Forschung scheint das jugendpsychiatrischen Case Managements in der Literatur nicht auf. Das psychiatrische Case Management (vgl. Sälzer 2008, Schleuning/Welschhold 2000) ist auch nur sehr rar vertreten, wie in Kapitel ‚Ausbildung‘ schon behandelt wurde. Der Aspekt des Lebensalters ‚Jugend‘ wird in der

Theorie des psychiatrischen Case Management noch ausgeklammert. Es gibt auf der einen Seite das Case Management in der Jugendhilfe und andererseits das psychiatrische Case Management. Eine neue Herangehensweise wäre es eine jugendpsychiatrische Fallgruppe zu etablieren. Wie in der Einleitung erwähnt, stellt die Betreuung von Jugendlichen mit psychiatrischen Erkrankungen einen Bereich dar, der eine adäquate Versorgung benötigt, um nicht in einer Sackgasse zu enden. Diese betroffenen Jugendlichen benötigen eine andere Behandlung als Jugendliche, die ‚nur‘ verhaltensauffällig sind, d.h. nicht psychisch oder psychiatrisch erkrankt sind. Es würden in diesem Zusammenhang andere Themenfelder und Fragestellungen (medizinisch, entwicklungstechnisch,...) an die Case ManagerInnen herangetragen werden. Aus diesem Grund erweist sich ein genauerer Diskurs der Modelle des psychiatrischen Case Management als hilfreich. „Das 1971 vom National Institute of Mental Health (NIHM) in den USA eingesetzte Support Programm (CSP) war der erste Versuch der Problematik der Versorgung psychisch Kranker entgegen zu wirken. Es kann auf der Ebene der Versorgungsstrukturen als Ausgangspunkt die Entwicklung von Case Management in der Psychiatrie betrachtet werden“ (Sälzer 2008, 44). Dieses Modell wurde im Laufe der Zeit in verschiedenen Ländern weiterentwickelt. Verschiedene Formen des psychiatrischen Case Managements wurden hervorgebracht:

- Makler – Modell (broker model)
- Klinische Case Management Modell (clinical case management model)
- ACT-Modell (assertive community treatment)
- ICM-Modell (intensive casemanagement model)
- Ressourcen- /Stärke- Modell (strength model)
- Rehabilitations-Modell (rehabilitation model) (vgl. ebd. 44f).

#### **4.12.1. Makler-Modell (broker model)**

Das broker model wurde im Rahmen der Auflösung der psychiatrischen Krankenhäuser in Amerika eingeführt. Der/die Case ManagerIn hatte die Rolle des/der Lotsen/in im außerpsychiatrischen Leben. Die Aufgabenbereiche lagen in der Bedarfsermittlung, in der Koordinierung und Überwachung der Hilfsangebote sowie der anwaltschaftlichen Rolle für den/die Betroffene/n. Der Nachteil dieses Modells war, dass der/die Case ManagerIn ohne fachliches Wissen im psychiatrischen Bereich arbeitete (vgl. Sälzer 2008, 45; Schleuning/Welschehold 2000, 2). Dieser Kritikpunkt wird im Kapitel

„Ausbildung“ ebenfalls angeführt. „Dies wurde vor allem deshalb als problematisch angesehen, weil es unterstellte, dass für ein effektives CM Fachkenntnisse nicht nötig seien und daß jeder beliebige, nicht fachkundige Anbieter die notwendigen Dienste in geeigneter Form vermitteln könne“ (Schleuning/Welschehold 2000, 2).

#### **4.12.2. Klinische Case Management Modell (clinical case management model)**

Das Klinische Case Management Modell stellt eine Weiterentwicklung des Makler-Modells dar. „Hier wurde deutlich, dass der Case Manager eine psychiatrisch ausgebildete Fachkraft mit Kenntnissen, vor allem in den Bereichen Psychoedukation und sozialpsychiatrischen Kompetenz- und Fertigkeitentraining sein musste“ (Sälzer 2008, 45). Im Klinischen Case Management Modell wurde das erste Mal explizit festgelegt, dass es sich bei der/die Case ManagerIn um eine ausgebildete Fachkraft mit Kenntnissen speziell im Bereich der Psychoedukation und sozialpsychiatrischen Kompetenz- und Fertigkeitentrainings handelt (vgl. Sälzer 2008, 45; Schleuning/Welschehold 2000, 2).

#### **4.12.3. ACT-Modell (assertive community treatment)**

Das ACT-Modell stellt ein weitaus komplexeres Modell, als die zwei zuvor genannten Modelle, dar. Hierbei handelt es sich um ein multiprofessionelles Team, welches außerhalb der Krankenhaus Hilfeleistungen im Lebensumfeld der KlientInnen erbringt und einleitet. Im Zusammenhang der Auflösung der Großkrankenhäuser und Heime wurde in den 70iger Jahren die gemeindenahere Versorgung veranlasst, aus welcher beispielsweise auch das ACT-Modell entstanden ist. Die langfristige Betreuung von PatientInnen wird aufgrund der zeitlichen Offenheit der Versorgung gewährleistet, welche durch die 24stündige Verfügbarkeit des Teams untermauert wird. Ein besonderes Merkmal des ACT-Modells stellt der PatientInnen-Personal-Schlüssel dar, der durchschnittlich bei 1:10 gegeben ist. Das bedeutet, dass dem/der KlientIn ein multiprofessionelles Team zu Verfügung steht (vgl. Sälzer 2008, 45; Schleuning/Welschehold 2000, 3).



#### **4.12.4. ICM-Modell (intensive casemanagement)**

Wie der Name dieses Modells schon verrät, handelt es sich hier um ein intensiveres Case Management. Dieses wurde für eine bestimmte Zielgruppe entwickelt. Diese Zielgruppe umfasst KlientInnen mit einer hohen Inanspruchnahme psychiatrischer Dienstleistungen. Im Gegensatz zum ACT-Modell benutzt das ICM-Modell einen PatientInnen-Personal-Schlüssel von 10:1, um besser auf die Probleme der PatientInnen eingehen zu können. Eine weitere Unterscheidung zum ACT-Modell ist in der aufsuchenden Form der Hilfeleistungen in dem Lebensumfeld der Betroffenen zu sehen (vgl. Sälzer 2008, 45; Schleuning/Welschehold 2000, 3).

#### **4.12.5. Ressourcen-/Stärken-Modell (strength model)**

„Weg von der Defizitorientierung hin zur Ressourcenorientierung“, das ist das Motto des strength models. Einerseits wird versucht die Ressourcen der PatientInnen und andererseits die der Gemeinden zur Integration der Betroffenen zu mobilisieren. In diesem Modell kommt die Bedeutung der PatientInnen-Personal-Beziehung und die Erkenntnis, dass Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen lernen, wachsen und sich verändern können, zu tragen (vgl. Sälzer 2008, 45; Schleuning/Welschehold 2000, 4).

#### **4.12.6. Rehabilitations-Modell**

Das in diesem Zusammenhang zuletzt entstandene Modell ist das Rehabilitations-Modell. Es ähnelt im Ansatz sehr dem Ressourcen-Modell, welches das Augenmerk verstärkt auf die schon vorhandenen Ressourcen, sowie die Bedürfnisse und Ziele legt. In der Rehabilitation von chronisch psychisch kranker Menschen wird der Fokus auf die Förderung von Stärken und der Erhaltung sozialer Netzwerke in der Gemeinde gelegt, um ein selbstbestimmteres in die Gemeinde eingebundenes Leben führen zu können. (vgl. Sälzer 2008, 45f; Schleuning/Welschehold 2000, 4).

In folgender Tabelle wird ein Vergleich der verschiedenen Modelle des psychiatrischen Case Management vorgenommen:

Strukturmerkmale	Makler-CM	Klinisches CM	Ressourcen Stärken-Modell	Rehabilitations-Modell	ACT	ICM
CMer-PatientInnen-Schlüssel	1:50	1:30+	1:20-30	1:20-30	1:10	10:1
Aufsuchende Hilfen	niedrig	Niedrig	Mäßig	Mäßig	Hoch	Hoch
Teamgestütztes CM (shared caseload)	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein
24-Stunden Verfügbarkeit	Nein	Nein	Nein	Nein	Oft	Oft
Berücksichtigung der PatientInnensicht	Nein	niedrig	Niedrig	Niedrig	Hoch	Hoch
Betonung des Fertigkeitentrainings	Nein	Niedrig	Mäßig (?)	Mäßig (?)	Mäßig	Hoch
Häufigkeit der CMerIn-PatientInnen	Niedrig	Mäßig	Hoch	Hoch	Mäßig	mäßig
Ort der Kontakte	Klinik	Klinik	Gemeinde	Gemeinde	Gemeinde	Klinik und Gemeinde
Integration der Gesamtbehandlung	Niedrig	Mäßig	Hoch	Hoch (?)	Niedrig (?)	Niedrig (?)
Vorhaltung eigener therapeutischer Leistungen	Niedrig	Mäßig	Hoch	Hoch	Mäßig	Mäßig
Zielgruppe	Schwer und chronisch psychisch Kranke	Schwer und chronisch psychisch Kranke	Schwer und chronisch psychisch Kranke mit hoher Inanspruchnahmeleistung	Schwer und chronisch psychisch Kranke mit hoher Inanspruchnahmeleistung	Schwer und chronisch psychisch Kranke	Schwer und chronisch psychisch Kranke

**Tabelle 1: Strukturmerkmale verschiedener CM-Modelle**

(Quelle: vgl. Schizophrenie Bulletin, Vol. 24, Mo. 1, 1998, in Schleuning 2000, 4f) (?) = Bereiche unklar

Aus diesen Klassifikationen können drei Typen von Case Management zusammengefasst werden:

- Ein Standard-Case Management, welches das Makler-Modell und das Klinische Case Management Modell umfasst;
- Ein auf Reintegration in die Gemeinde ausgerichtetes Case Management, sprich das Ressourcen-/Stärken- und Rehabilitations-Modell

- Ein besonders intensives und umfassendes Case Management, welches das ACT und das ICM-Modell meint (vgl. Schleuning/Welschehold 2000, 5; Sälzer 2008, 47).

#### **4.12.7. Bilanz der Modelle**

Die Wirksamkeit der Modelle wurde nach Schleuning/Welschehold (2000) ausgewertet und es ergaben sich folgende Bereiche:

- Stationäre Behandlung
- Wohnsituation
- Compliance (Medikamente)
- Soziale Anpassung
- Arbeit und Beschäftigung
- Lebensqualität
- PatientInnenzufriedenheit
- Angehörigenzufriedenheit

Die unten angeführte Tabelle verdeutlicht die Ergebnisse der Modellansätze, wobei 23 ACT- und ICT-Modelle evaluiert wurden. Wie in der Tabelle ersichtlich, ist eine signifikante Reduktion der stationären Krankenaufenthalte zu vermerken. In der Case Management-Betreuung geht es stark um die Stärkung und Reintegration der Betroffenen in die Gemeinde, welches aus der Stabilisierung der Wohnsituation und der Verbesserung der sozialen Anpassung abzuleiten ist. Für das erfolgreiche Ergebnis in dem Bereich Arbeit und Beschäftigung werden in der Literatur die spezifische Konzentration und die explizite Hilfeleistungen des Case Management angeführt. „Daß eine Verbesserung der Lebensqualität da gefunden wurde, wo sich die stationären Behandlungszeiten reduziert und die Wohnsituation stabilisiert hatten, unterstützt die Hypothese, dass es diese beiden Faktoren sind, welche die Lebensqualität entscheidend beeinflussen“ (Schleuning/Welschehold 2000, 7). Die PatientInnenzufriedenheiten und Angehörigenzufriedenheit sind laut den Autoren auf die Hilfemaßnahmen außerhalb der Klinik zurückzuführen.

<b>Ergebnismerkmale</b>	<b>besser</b>	<b>ohne Unterschied</b>	<b>schlechter</b>
Stationäre Behandlungszeit	14	8	1
Wohnsituation	9	2	1
Compliance (Medikamente)	2	2	0
Soziale Anpassung	3	11	0
Arbeit und Beschäftigung	3	5	0
Lebensqualität	7	6	0
PatientInnenzufriedenheit	6	1	0
Angehörigenzufriedenheit	2	2	0

**Tabelle 2: Ergebnisse kontrollierter ACT- und ICM-Studien**

(Quelle: modifiziert nach: vgl. Schizophrenie Bulletin, Vol. 24, Mo. 1, 1998, in Schleuning 2000, 6)

Das Fazit der Erhebung liegt laut den Autoren in der individuellen Mischform des Case Managements, um den Betroffenen die individuelle, adäquate Hilfe zukommen zu lassen (vgl. Schleuning/Welschehold 2000, 7; Sälzer 2008, 47f). Ein „wichtigeres Ziel als das wissenschaftliche Erforschen des besten CM-Modells darin läge, zu erkunden, für welchen Patienten das am besten geeignete sei“ (Schleuning/Welschehold 2000, 8).

### ***4.13. Widerstände – Schwierigkeiten***

Um den Case Management-Ansatz realisieren zu können braucht es zu Allererst die Bereitschaft der mitwirkenden Organisationen interne Veränderungen durchzuführen. Eine Aussage, die den Kern eines funktionierenden Case Management sehr gut trifft, wurde im Zusammenhang des Modellprojektes in Deutschland getätigt. „Ohne Akzeptanz im Versorgungsgefüge und gegen den Widerstand wichtiger Versorgungspartner ist CM nicht möglich“ (ebd. 2000, 86). Die Komplexität der Aufgabenstellungen in der Arbeit mit Jugendlichen mit psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen stellt sich als umfassend dar und demzufolge gestaltet sich das Versorgungssystem als sehr vielfältig. Einerseits kann die Komplexität der Angebote durch die Vielfalt zu Irritationen führen. Die Betrachtung der anderen Seite bietet ein breites Spektrum an Hilfsangeboten, worin mit

höherer Wahrscheinlichkeit eine adäquate Betreuung für die betreffenden Jugendlichen gefunden werden kann. „Im Humandienst ist Zusammenarbeit nötig, weil die Problematik, die ihnen begegnet, gewöhnlich vielseitig ist und nicht nur auf eine spezielle Art und Weise vollständig behandelt und bewältigt werden kann“ (Wendt 2008, 93). Die Verstrickung und Vielfältigkeit der Hilfsangebote bedarf einer Koordination und Vermittlung, welche zu den Aufgaben des Case Management zu zählen sind. Faktoren, welche die Vorgehensweise des Case Management erschweren können, werden von Wendt (2008) im folgenden Zitat erläutert:

„Das Vorgehen ist weniger einfach, wenn

- (a) situative Gegebenheiten zu berücksichtigen sind (wenn z.B. der Arzt nicht in seiner Praxis tätig ist oder die Pflege statt im Heim in einer Wohnung erfolgt);
- (b) mehrere Personen (Fachkräfte und/oder Angehörige) und verschiedene Dienste bei der Unterstützung, Behandlung oder Rehabilitation mitwirken;
- (c) er weniger auf unmittelbare Hilfe und die Lösung eines akuten Problems ankommt, sondern vielmehr auf eine zeitlich längere Versorgung und Problembearbeitung, die überlegt und abgestimmt sein will;
- (d) die zu versorgende Person selbstaktiv über ihre Angelegenheiten und über ihr Ergehen bestimmt, so dass das Vorgehen mit ihr ausgehandelt und abgestimmt werden muss“ (Wendt 2008, 69).

Die Gefahr einer Überversorgung, die letztlich anhand des Case Managements vermieden werden sollte, stellt trotzdem in der Case Management-Anwendung ein Gefahrenpotenzial dar. „Eine sich aus der differenzierten und individuellen Form der Problem- und Hilfebedarfsermittlung ergebende Gefahr ist die der Überversorgung. Hier gilt es, immer auf der Seite der therapeutischen Sinnvollen zu bleiben und unerwünschte Effekte durch zu intensive, regressionsfördernde Maßnahmen zu vermeiden. Insbesondere auch im Hinblick auf eine mögliche Übertragbarkeit des CM-Ansatzes auf andere Patientengruppen ist eine sorgfältige Beachtung dieses Aspektes wichtig“ (Schleuning/Welschehold 2000, 96).

#### ***4.14. Kritik an das Case Management***

Durch das Case Management wird die Betreuungspraxis mit neuen Steuerungsideen konfrontiert, die schwer erfüllbar sind. Der Kritikpunkt, dass das Case Management die Professionen spaltet, liegt aufgrund der nicht vorhandenen Festlegung auf eine Profession bzw. der Schaffung einer neuen Profession des Case Managements vor. Hier wird der Vorwurf der nicht ausreichend fundierten Ausbildung bzw. Wissensbasis laut. Zwei Gefahrenpotentiale, die Biesel (2010) betont, stellen die Gefahren der Deprofessionalisierung und der Standardisierung der Programme dar, wodurch eine Fremdkontrolle der sozialen Fachkräfte vorangetrieben wird. Die Frage nach der Bedeutung der helfenden Beziehung in der Case Management-Praxis wird durch die Standardisierung deutlicher. Mit „dem Case Management-Ansatz transportierte Effektivitäts- und Effizienzversprechen und damit einhergehende politisch und ideologisch überfrachtete neoliberale Orientierung führen zu Einschränkungen sozialer Leistungen“ (Biesel 2010, 15). Es geht im Case Management nicht rein um die helfende Beziehung zwischen Case ManagerIn und KlientIn, sondern um zahlreiche professionelle Beziehungen die zu gestalten sind. Der Case Management-Ansatz hat den Ruf eines Sparpakets in sich, jedoch sollte das Wohl der KlientInnen vor der Devise des ‚Sparefrohs‘ stehen. Darunter ist effizientes Vorgehen ohne der Vernachlässigung des/der Betroffenen zu verstehen. Wer für die Kooperation keine Zeit und keinen Raum hat, kann oftmals nur bürokratisch, relativ starr und dialogisch ‚managen‘.

Das Machtspiel von Konkurrenz und Kooperation zwischen den ‚zusammenarbeitenden‘ Organisationen erweist sich als nicht förderlich. „Schließlich geht es nicht darum, wer wen wann machtvoll steuern und kontrollieren darf, sondern darum, wie es uns gemeinsam mit den jeweiligen unterschiedlichen professionellen Kompetenzen gelingt, unter Konstellationen der Ungewissheit und Kontingenz kreativ hilfreich zu sein“ (ebd. 2010, 16).

## II. Empirischer Teil

Der Fokus dieser Untersuchung richtet sich auf die konkrete Problematik der Kooperation in der jugendpsychiatrischen Versorgung im Raum Linz. Anhand dieser qualitativen empirischen Studie wurde die Kooperation und Versorgung von Jugendlichen mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen diskutiert. Der Forschungsstandpunkt Oberösterreich wurde aufgrund von ExpertInnenempfehlungen ausgewählt. Das Bundesland Oberösterreich eilt in Bezug auf seine sozialen organisatorischen konzeptualen Herangehensweise seinem Ruf voraus.

### 5. Methodische Vorgehensweise

Im Rahmen der qualitativen Untersuchung wurden leitfadengestützte, problemzentrierte ExpertInneninterviews durchgeführt. Die Eingrenzung des Forschungsgebietes und der Forschungseinrichtungen beschränkte sich auf zwei große Institutionen: die Jugendpsychiatrie des Landesnervenkrankenhauses Wagner-Jauregg Linz und die Pro-Mente Jugend Oberösterreich.

#### 5.1. Formulierung der Forschungsfragen

Anhand der theoretischen Auseinandersetzung mit der Thematik der interdisziplinären Krisenintervention bei Jugendlichen mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen entwickelten sich folgende Forschungsfragen, die in einer Hauptforschungsfrage mit den dazugehörigen Unterfragen formuliert wurde:

***Wie gestaltet sich die Schnittstellenversorgung in der Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen bzw. würde das Case Management sich als alternative Betreuungsvariante eignen?***

- *Wie wird der momentane Stand der Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen wahrgenommen?*

Die Abklärung des Status Quo ist von immenser Wichtigkeit um mögliche Fehlentwicklungen in der Betreuung vermeiden oder gegenzusteuern zu können. Die Berücksichtigung der vergangenen und gegenwärtigen Betreuungsprozesse mit ihren ganzen Vor- und Nachteilen ist für die zukünftigen Herangehens- und Handlungsweise von großer Bedeutung.

- *Wie gestaltet sich die Kooperation und Koordination zwischen den Beteiligten im Betreuungsprozess?*

Die unterschiedlichsten Vorgehensweisen in der kooperativen und koordinativen Arbeit können für den/die jeweilig andere/n KooperationspartnerIn eine Bereicherung darstellen und neue Möglichkeiten der Gestaltung des eigenen Handlungsprozesses in der Arbeit mit den betroffenen Jugendlichen bewirken. Fehlentwicklungen können aufgezeigt und es kann folglich darauf reagiert werden.

- *Gibt es klare Zuständigkeiten in Bezug auf die multiprofessionelle, interdisziplinäre Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen?*

Eine Betreuung, die auf mehreren Professionen aufgebaut ist, beinhaltet verschiedene Zuständigkeitsbereiche, die zur Erreichung einer adäquaten Betreuung einer Zuteilung bedürfen.

- *Gibt es Grenzen in der Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen? Wenn ja, wie sehen diese aus?*

Grenzen können unüberwindbare Hürden für die Durchführung der Handlungsprozesse bedeuten, jedoch auch qualitative Verbesserungen ermöglichen, je nachdem ob und in welchem Bereich sie vorkommen. Grenzen können finanzieller, infrastruktureller, innerbetrieblicher oder interpersoneller Natur sein.

- *Wie könnte eine adäquate Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen aussehen?*



Jugendliche mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen benötigen oftmals Hilfestellungen um ein selbstständiges Leben führen zu können. Nachhaltigkeit und Effektivität können durch eine adäquate Betreuung forciert werden.

- *Würde das Case Management ein geeignetes Betreuungskonzept in der Arbeit mit Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen darstellen? Wenn ja, welche Vorteile wären erkennbar? Wenn nein, welche Nachteile würde dieser Ansatz mit sich bringen?*

Der Ansatz des Case Management hat sich im jugendpsychiatrischen Bereich noch nicht durchgesetzt. Aus diesem Grunde ist es von Interesse, welche Haltung ExpertInnen aus der Praxis zu der Herangehensweise des Case Management einnehmen.

## **5.2. Wahl der Interviewmethode**

Im Rahmen dieser Arbeit wurden problemzentrierte Interviews durchgeführt, da bereits theoretische Ideen bestanden, die durch die Interviews ergänzt oder bestätigt wurden. Die Art des leitfadengestützten Interviews bietet die Möglichkeit der Strukturierung und somit auch des Vergleichs der einzelnen InterviewpartnerInnen. Ein weiterer Vorteil des leitfadengestützten Interviews ist in der Flexibilität der Fragenstellung gegeben, sodass der Gesprächsfluss nicht durch eine starre Strukturierung seine Offenheit verliert und somit wenig Zwischenfragen ermöglicht. „Problemzentrierte Interviews können als Kompromißbildungen zwischen leitfadenorientierten und narrativen Gesprächsformen angesehen werden“ (Hopf 1991, 178). Witzel (1982) beschreibt drei Grundprinzipien des problemzentrierten Interview, die in dieser Arbeit wieder zu finden waren. Diese wären: die Problemzentrierung, die Gegenstandsorientierung und letztlich die Prozessorientierung. Die Problemzentrierung bietet „die Möglichkeit, komplexe Vermittlungsprozesse von Handlungs- und Bewertungsmustern aufzudecken und in der Betonung der Sichtweise der Betroffenen deren Relevanzkriterien zu erfassen“ (Witzel 1982, 70). Das Kriterium der Gegenstandsorientierung bezieht sich auch die Beschaffenheit des Forschungsgegenstandes. Das Prinzip der Prozessorientierung ist an die Dynamik im Forschungsprozess angelehnt. Speziell im Zusammenhang der Arbeit mit psychisch bzw. psychiatrisch kranken Jugendlichen ist Individualität und Flexibilität gefragt. Hierbei würde ein quantitatives Forschungsdesign den innovativen Charakter in der Arbeit bzw. in den

Forschungsergebnissen zurückdrängen. Gerade die Interdisziplinarität, die einen wesentlichen Faktor in dieser Arbeit einnimmt, verlangt nach einer qualitativen Herangehensweise. Die Prozessorientierung kam durch die schon zuvor erwähnte Flexibilität zu tragen. Leider wurde vor der Forschung davon ausgegangen, dass auch im Jugendbereich mit dem Case Management vorgegangen wird, welches jedoch negiert wurde und den Fokus des Interviews in eine neue Richtung lenkte. Forschen stellt einen dynamischen Prozess dar und diese Dynamik wurde in dieser Phase der Untersuchung deutlich.

### **5.3. Die InterviewpartnerInnen**

Es wurden je zwei ExpertInneninterviews in zwei großen oberösterreichischen Organisationen durchgeführt. Da eine enge Vernetzung der beiden Organisationen besteht, konnte auch Einsicht der jeweiligen anderen Organisation genommen werden.

Die Organisationen sind:

- die Jugendpsychiatrie des Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg (Linz)
- und
- Pro Mente Oberösterreich (Linz, Hörsching).

Die insgesamt vier interviewten ExpertInnen setzen sich aus folgenden Personen zusammen:

- dem Abteilungsleiter der Jugendpsychiatrie Herrn Primar Leixnering,
- seiner Mitarbeiterin und Leiterin der klinischen Sozialarbeit derselben Frau Mag.<sup>a</sup> Barabasch-Hager,
- dem Leiter des Pro Mente Jugend-Bereichs Herrn Dr. Pachinger und
- Frau Daxner, welche die Leitung des Burschenwohnheimes red.box über hat.

Die ExpertInnen stammten von unterschiedlichen Professionen, welche unterschiedliche Blickwinkel ermöglichten. Angefangen von einer psychiatrischen Krankenschwester, die nun in einer rehabilitativen Einrichtung arbeitet, einem Kinder- und Jugendpsychiater, einem Sozialpädagogen und einer klinischen Psychologin. Die Geschlechteraufteilung der

InterviewpartnerInnen ist ausgewogen. Pro Einrichtung wurden eine Frau und ein Mann interviewt.

### **5.3.1. Die Jugendpsychiatrie**

Die Jugendpsychiatrie ist eine Fachabteilung der Landes-Nervenklinik Wagner Jauregg. Das Klinikum Wagner-Jauregg hat ihren Schwerpunkt auf Erkrankungen des Gehirn, des Rückenmarks und in den seelischen Bereich gelegt. Die folgenden Grundsätze der Klinik werden sehr hoch gehalten:

- Ganzheitlichkeit
- Wertschätzung
- Teamarbeit
- Interdisziplinarität.

Die Jugendpsychiatrie beinhaltet eine Ambulanz, eine Tagesklinik und zwei Stationen. Der Leiter dieser Abteilung Primar Werner Leixnering, war einer der Interviewpartner. Seine Mitarbeiterin Mag.<sup>a</sup> Barabasch-Hager, welche klinische Sozialarbeiterin in einer der Stationen ist, stellte die zweite GesprächspartnerIn des Klinikums dar. Mag.<sup>a</sup> Barabasch-Hager ist in der Abteilung der schulpflichtigen Jugendlichen tätig (vgl. LNKH Wagner-Jauregg 2010).

Ein kurzer Rückblick der jugendpsychiatrischen Versorgung in Oberösterreich wird von Pelikan (1991) gestellt: „Die Geschichte der KJNP [Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters] in Oberösterreich ist eine relativ junge. Noch vor 10 [nunmehr vor 20] Jahren gab es gar nichts“, meinen zwei Experten. Erst da hätten die institutionalisierten Aktivitäten von Dr. Gerstl eingesetzt, zuerst ambulant, dann stationär. „Vorher ging alles über Klagenfurt“, meint der eine. Dem anderen zufolge, (wurden) alle Kinder ausschließlich auf internen Kinderabteilungen betreut und nur schwer psychisch gestörte kamen ins ‚Wagner-Jauregg‘“ (Pelikan 1991, 85). In den letzten 10 Jahren kam es im jugendpsychiatrischen Bereich in Oberösterreich zu einschneidenden Veränderungen. In diesem Zusammenhang wurde auch das oberösterreichischen Chancengleichheitsgesetz eingeführt.

### **5.3.2. Pro Mentе**

Pro Mentе arbeitet schon seit über 40 Jahren in der psychosozialen Versorgung. Sie stellt einen parteilich nicht gebundenen überkonfessionellen Verein dar. Pro Mentе betreut durch „Maßnahmen zur beruflichen Integration, den Einsatz ehrenamtlicher LaienhelferInnen, durch psychosoziale Beratung, Präventionsarbeit und Beratung zum Thema Sucht, durch tagesstrukturierende Beschäftigungs- und Freizeitangebote sowie durch verschiedene Wohn- und Lebensformen für psychisch beeinträchtigte Menschen“ (Pro Mentе 2007) jährlich mehr als 23.000 in ganz Oberösterreich. Mit seinen rund 150 Einrichtungen hat Pro Mentе über 1.200 MitarbeiterInnen (vgl. Pro Mentе 2007).

## **5.4. Durchführung der Untersuchung**

Die Durchführung der Interviews verlief in drei Etappen, wobei an einem Tag zwei Interviews geführt werden konnten. Da sich die InterviewpartnerInnen in Oberösterreich befanden waren die Etappen mit längeren Anreisen und Rückreisen verbunden. Wie im letzten Kapitel erwähnt kam es anfangs zu Irritationen, da das Thema der vorbereiteten Leitfäden ‚Case Management‘ im Bereich der Jugendarbeit zurzeit noch nicht angewandt wurde. Damit die InterviewpartnerInnen sich auf das Gespräch einstellen konnten, wurde ihnen zuvor ein Exemplar der Leitfäden via Internet zugesandt. Die Gespräche wurden mit Einverständnis der InterviewpartnerInnen digital aufgezeichnet und transkribiert. Um mögliche Fehlinterpretationen und Missverständnisse aus dem Weg zu gehen, wurde die fertigen Transkriptionen wiederum an die InterviewpartnerInnen gesandt, um ein erneutes Einverständnis zur Verarbeitung der Inhalte einzuholen. Aufgrund der Rückmeldungen wurden die etwaigen Änderungen vorgenommen.

### **5.4.1. Die Interviewleitfäden und ihre Umsetzung**

Aufgrund der unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche bzw. Aufträge der InterviewpartnerInnen wurden vier Leitfäden entwickelt, wobei der Grundaufbau dieser vier nur leicht variiert. Die Themenbereiche umfassten:

- Case Management (welches sich im Laufe des Interviews als nicht tragend erwies)
- Kooperation zwischen den involvierten Institutionen
- Spannungen und Grenzen in der Arbeit und Zusammenarbeit
- Nachbetreuung
- Bedarfe und Verbesserungsvorschläge
- Versorgung von psychisch bzw. psychiatrisch erkrankten Jugendlichen.

Zu jedem dieser Punkte wurden Fragen und Unterfragen angelegt, welche an den jeweilige/n InterviewpartnerIn leicht angepasst wurden.

Die Interviews wurden an drei Standpunkten in Linz und Umgebung im Oktober 2009 durchgeführt. Die Länge der Interviews variierte von ca. einer halben Stunde bis zu einer Stunde.

#### **5.4.2. Auswertungsmethoden**

Für die Auswertung der Ergebnisse wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) vorgenommen. Die Spezifika der qualitativen Inhaltsanalyse fasst Mayring (2000) in sechs Punkten zusammen.

1. Kommunikation verpackt in Sprache, Musik und Bilder weist sich als wesentlicher Gegenstand der Inhaltsanalyse aus.
2. Eine fixierte Kommunikation in Form von Texten, Bildern und Noten wird als Grundlage der Analyse eingesetzt, wodurch die Kommunikation auch festgehalten werden kann.
3. Ein Kritikpunkt der interpretativen Vorgehensweise kann durch die systematische Herangehensweise verworfen werden.
4. Die systematische Vorgehensweise ist, in den expliziten Regeln, welche eingehalten werden sollten, definiert. Das Regelsystem bietet die Möglichkeit, dass die Analyse auch für andere nachvollziehbar, überprüfbar und verständlich ist.
5. Ein Kennzeichen des systematischen Vorgehens verdeutlicht das theoriegeleitete Arbeiten. Die Interpretation der Ergebnisse ist auf dem Theoried Hintergrund aufgebaut.

6. In der Inhaltsanalyse wird der Fokus nicht nur auf den Text in diesem Sinne gerichtet, sondern es werden Rückschlüsse auf die Kommunikation und die Beteiligten gezogen (vgl. Mayring 2000, 12).

Von einer Anonymisierung der Interviews kann abgesehen werden, da die Einverständnisse der InterviewpartnerInnen dafür eingeholt wurden. Die Auswertung der Interviewinhalte wurde anhand des qualitativen computergestützten Auswertungsprogramms **MAXQDA** ausgewertet.

### **5.4.3. Zusammenstellung des Kategoriensystems**

Das Kategoriensystem, welches nach dem Auswertungsprogramm **MAXQDA** auch als Codebaum bezeichnet wird, markiert das Zentrum der Inhaltsanalyse. Der Codebaum wird aufgrund des Interviewleitfaden und der Interviewinhalte gestaltet. In „der qualitativen Inhaltsanalyse soll versucht werden, die Ziele der Analyse in Kategorien zu konkretisieren“ (Mayring 2000, 43).

#### Jugendliche

- Betroffene Jugendliche
- Geschlechterverteilung
- Erkrankungen
- Partizipation
- Jugendliche die die Grenzen sprengen
- Selbstbestimmung

#### Versorgung

- Versorgungsmodelle
- Professionen
- Adäquate Betreuung
- Kontinuierliche Betreuung
- Projekte
- Projektdauer
- Übergangsvorsorgung
- Unterschied der Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie
- Nachbetreuung
- Grenzen
- Bedarfe
  - Bedarf an sozialtherapeutischen WG's
- Wünsche

- Sozialpädagogische Intervention
  - Chancengleichheitsgesetz
  - Versorgung\_ÖO
- Kooperation
  - Schwierigkeiten
  - Informationsaustausch
  - Abschiebung
  - Zuständigkeit
  - Ungereimtheit
- Fallbeispiel
  - gelungenes Fallbeispiel
  - ausbaufähiges Fallbeispiel
- JPSY
  - Abteilung
  - Alter der Jugendlichen
  - Aufenthaltsdauer
  - Prozessvorgehen
  - Konsiliartätigkeit
  - Klinikaufenthalt
- Pro Mentе
  - Zuweisung von JPSY
  - Anzahl der Jugendlichen
  - Alter der Jugendlichen
  - Prozessvorgehen
  - Dauer
  - Kontakt zur Familie
  - Krisenfall
  - Finanzierung
  - Wiederholte Inanspruchnahme
- Case Management
  - Zuständigkeiten
  - Kontakt
  - Case Management Phasen
  - Case Management - Case Work

**Abbildung 3: Kategoriensystem**

Damit der Codebaum zu seiner Form kommt, wurden die leitenden Forschungsfragen und die besonders hervorgehobenen Themen in den Interviews herangenommen und eingebaut.

### ~ Jugendliche

Die Kategorie ‚Jugendliche‘ umfasst einen demografischen Einblick über die thematisierten Jugendlichen, die in den Einrichtungen untergebracht sind oder waren sowie über die Situation von Jugendlichen mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen.

### ~Versorgung

Die Kategorie Versorgung inkludiert das Spektrum der Versorgungsansätze, Eigenheiten, Grenzen, Bedarfe und adäquaten Betreuungen. In dieser Kategorie wird ein umfassender Überblick über den Status Quo der Versorgung, ihren Grenzen, Herausforderungen, Bedarfe und Wünsche dargestellt.

### ~Kooperation

Die Schnittstelle der Versorgung zwischen der Jugendpsychiatrie und den sozialen Einrichtungen, wie sie etwa Pro Mente beinhaltet, wird unter diesem Code zusammengefasst und bearbeitet. Vordergründig wurde hier die Kooperation von Pro Mente und der Jugendpsychiatrie betrachtet, wobei andere Kooperationspartner nicht außer Acht gelassen wurden.

### ~ JPSY (Jugendpsychiatrie)

Die Jugendpsychiatrie Linz und ihr Versorgungsspektrum nehmen unterschiedlichste Schnittstellen ein. Zwei der InterviewpartnerInnen sind ebenfalls in der Jugendpsychiatrie tätig. Diagnostischen Abklärungen sowie medizinische (Akut-)Versorgung für Jugendlichen mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen vollziehen sich in der Jugendpsychiatrie. In dieser Kategorie werden Aspekte der Abteilung für Jugendpsychiatrie, des dortigen Klientels, deren Aufenthaltsdauer, sowie der Betreuungsprozess und extramurale Betreuung festgehalten und diskutiert.

### ~ Pro Mente

Die zweite ausgewählte Institution bzw. Schnittstelle in dieser Arbeit nimmt der Pro Mente Jugendbereich ein. Dieser Code mit seinen Subcodes beinhaltet demografische Daten des Klientels und der Projekte sowie dem Prozessvorgehen. Weitere Themen inkludieren



Finanzierungsfragen, die Aufrechterhaltung des sozialen Netzes der Betroffenen, die Zuweisung zur Jugendpsychiatrie und Fragen über die Dauer der Projekte.

~ Case Management

Dieser Themenbereich hinterfragt inwieweit die ausgewählten InterviewpartnerInnen, welche großteils eine leitende Funktion in ihrer Organisation einnehmen, mit dem Case Management-Ansatz in Kontakt gekommen sind. Die Frage, ob das Case Management als ein geeigneter Betreuungsansatz in der Versorgung von Jugendlichen mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen gesehen werden kann, wird in diesem Code eingehend diskutiert. Entscheidend ist auch die Frage was unter dem Ansatz des Case Management verstanden wird.

## **6. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse**

### ***6.1. Die betroffenen Jugendlichen***

#### ***Stigmatisierung:***

Die Öffentlichkeitsarbeit für psychische Erkrankungen hat noch einen langen Weg vor sich. Themen mit dem Wortteil „psy“ werden als Tabu kategorisiert und somit verdrängt, abgeschoben, geleugnet und verschmäht. In diesem Zusammenhang treten zwei Extreme hervor. Einerseits kommt es zur Bagatellisierung der krankhaften, gestörten Lebenslagen. Andererseits geschieht einer Stigmatisierung unter dem Aspekt des Gefährlich- und Irreseins.

„Der kommt in die Pubertät, das ist ganz normal, das hört schon wieder auf. Ich denke man muss das einfach mehr vermitteln, dass die Eltern nicht als Versager dastehen. Die haben oft so Ängste bis sie die Hilfen wirklich in Anspruch nehmen. Das muss in der heutigen Gesellschaft etwas Normales, Gesundes werden. Mir kommt vor, das wird einfach zu sehr krank gesehen, dass es sich keiner in Anspruch nehmen traut“ (Daxner 100).

#### ***Häufigste Störungen:***

Die am häufigsten vertretende Störung im Jugendalter ist die der Persönlichkeit und die des Sozialverhaltens.

„Die häufigste Störung auf unserer Station ist die des Sozialverhaltens. Auf der anderen [der Nicht-Schulpflichtigen] Station sind es momentan die Traumata“ (Barabasch-Hager 38).

Aufgrund eines gestörten Sozialverhaltens bzw. einer Persönlichkeitsstörung kommt es vermehrt zu Problemen im gemeinsamen gesellschaftlichem Zusammenleben. Die Gesellschaft wird mit Schwierigkeiten bzw. Problemlagen konfrontiert, die sie schwer bewältigen kann.

„Gerade wenn es um Persönlichkeitsstörungen geht und unsere Gesellschaft das Ganze, wie soll man sagen, neoliberalistisch oder wie man es bezeichnen möchte, ist eigentlich aus meiner Perspektive, nichts anderes wie eine schöne Umschreibung für Egoismus. An dem leiden junge Menschen auch, dass man sich weniger mit ihnen persönlich beschäftigt, ihnen weniger beibringt“ (Pachinger 80).

#### ***Rückwirkung auf Schulsystem:***

Die Auswirkungen psychischer Erkrankungen sind auch in der Absolvierung der Schulen ersichtlich. Ein Wiedereinstieg ist für Schulverweigerer oder nach Suspendierungen aus

der Schule für viele ein Ding der Unmöglichkeit. Oftmals ergibt sich die einzige Möglichkeit eines Schulabschlusses im Rahmen des Psychiatrieaufenthaltes. Diese schulische Ausbildung der betroffenen Jugendlichen wird hierbei mit dem primären Aufgabenfeld der Jugendpsychiatrie auf eine Ebene gestellt. In dieser Variante des Schulabschlusses wird die Schaffung von Normalität im Leben der Jugendlichen gehemmt, was zur Stigmatisierung und Isolation der betroffenen Jugendlichen beitragen kann.

„Immer häufiger fällt es uns auf, dass es viele Kinder und Jugendliche gibt, die durch Schulverweigerung oder Suspendierung aus dem Schulsystem fallen und keine Schule mehr bereit ist die zu nehmen, was oftmals zu langen Aufenthalten in der Klinik führt. Die Unterbringung dieser Jugendlichen bei uns in der Abteilung hat die Absicht, dass sie hier aufgehoben sind und ihre Schulpflicht beenden, welches sich jedoch als Wahnsinn darstellt“ (Barabasch-Hager 48).

- ***Alter/ Geschlechterverteilung/Übergangsversorgung***

Die Altersgruppe der Jugendlichen spannt sich gesetzlich über das Alter von 14 bis 18 Jahren. Eine Unterscheidung die hier notwendigerweise im Blick gehalten werden muss, ist die des Lebensalters in Gegensatz zum Entwicklungsalter. Im Bereich der psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen erweist sich eine, wie im theoretischen Teil schon erläutert, langzeitige kontinuierliche Betreuung als sinnvoll. Hierbei variieren die Altersgrenzen, je nach schon vorhandenen Betreuungsstatus. Gerade die Übergangszeiten vom Kindesalter zum Jugendalter und vom Jugendalter ins Erwachsenenalter sind kritische Bereiche in der Betreuung bzw. der Zuständigkeit.

***Altersspanne:***

Die Altersspannen gestalten sich sowohl in der Jugendpsychiatrie als auch in den Pro-Mente Jugend-Einrichtungen sehr ähnlich. Grundsätzlich wird von einem Altersspektrum von 10 bis 18 Jahren ausgegangen, wobei eine Ausweitung nach oben individuell möglich ist.

„Grundsätzlich nimmt die Jugendpsychiatrie Jugendliche in dem Altersspektrum von 10 bis 18 Jahren auf. Es sind manche jugendliche Erwachsene bei uns, die noch in einer Maßnahme der Jugendwohlfahrt sind oder der blue.box oder red.box, also die in Pro-Mente Jugend-Einrichtungen noch betreut werden. Aber wir fangen nicht bei Jugendlichen an, die 18 Jahre sind und erstmalig zu uns kommen. Diese kommen folglich in die Erwachsenenpsychiatrie. Die Aufnahme der jungen Erwachsenen bei uns geht nur bei denen, zu denen wir schon länger Kontakt haben bzw. bei Maßnahmenverlängerungen. Wenn der Jugendliche schon 18 Jahre ist oder vor seinem 18. Geburtstag steht, wird er, wenn es notwendig ist, an die Erwachsenenpsychiatrie angebahnt“ (Barabasch-Hager 9-10).

Es wird auch in beiden Organisationen klar deklariert, dass sie keine Kinder betreuen. In

der Jugendpsychiatrie wird eine weitere Unterteilung der Jugendlichen vorgenommen. Es handelt sich um die Gruppen der Schulpflichtigen und der Nichtschulpflichtigen, welche sich aufgrund unterschiedlicher therapeutischen, entwicklungsadäquaten und altersadäquaten Bedürfnisse unterscheiden.

„Diese Abteilung wurde so konzipiert, dass es für alle Sozialeinrichtungen transparent war, dass in der Abteilung keine Kinder behandelt werden. In dieser Abteilung werden Jugendliche im Alter von 10 bis 19 Jahren behandelt, das bedeutet bis zur Volljährigkeit. Daraus ergaben sich zwei Unterteilungen in die der Schulpflichtigen und der Nichtschulpflichtigen. Diese Unterscheidung bewährt sich aufgrund der unterschiedlichen Themenstellungen. In der Gruppe der Nicht-mehr-Schulpflichtigen ist das Abzeichnen von Persönlichkeitsstörungen in Richtung posttraumatischer Störungen vordergründig. In dieser Phase des Lebens werden vereinzelt psychiatrische Erkrankungen erkennbar, wie etwa Depression, bipolare Störungen und Schizophrenie. Somit sind auch die medizinisch therapeutischen Anforderungen im Gegensatz zu denen der Kinderpsychiatrie ganz unterschiedlich. Bei Kindern sind vorwiegend jüngere Pubertätskrisen, Anpassungsstörungen und eine Mischung von ADHS und Leistungsproblemen ersichtlich. Es werden unterschiedliche Settings benötigt“ (Leixnering 14).

### ***Volljährigkeit:***

Wenn ein/e Jugendliche/r schon längere Zeit in einer Institution in Betreuung ist und sein/ihr 18. Lebensjahr erreicht, wird er bei Bedarf in derselben für eine gewisse Zeit weiterbetreut. In der Pro Mente-Einrichtung red.box, welches ein Burschenwohnheim ist, werden Jugendliche, wie aus dem folgenden Interviewausschnitt hervorgeht, im Alter von 13 bis 21 Jahre betreut.

„Dreizehn bis maximal 21. 21 ist Aufnahmeende, weil der Aufenthalt eineinhalb Jahre und meistens ein wenig länger oder kürzer ist. Darum hat man sie dann meistens bis 23, aber bis 21 nehmen wir sie“ (Daxner 50).

Die Abdeckung der Übergangsphase in das Erwachsenenalter ist in diesem Fall gut ersichtlich.

### ***Geschlechterverhältnis der betroffenen Jugendlichen:***

In den verschiedenen Altersklassen sind die medizinischen Bedürfnisse bei den Geschlechtern unterschiedlich ausgeprägt. In der jugendpsychiatrischen Abteilung der Schulpflichtigen ist eine Mehrheit von Jungen erkennbar, welches sich jedoch mit zunehmendem Alter zu einer Überzahl der Mädchen umkehrt.

„Also in der Literatur was die Jugendpsychiatrie betrifft, ist es am Anfang so, dass das Verhältnis bei den Kindern also Burschen: Mädchen 2:1 ist und das dreht sich nachher um. Das heißt je älter sie werden um so mehr geht es in Richtung weiblich männlich 2:1, was sich auch, je älter sie werden, der allgemeinen

Psychiatrie annähert. Da gibt es alle möglichen Forschungsergebnisse, aber ich glaube, das ist jetzt nicht relevant dazu“ (Pachinger 108).

Ein geschlechtsspezifischer Bedarfsunterschied ist für die Einrichtung von Pro Mente, sprich die red.box, nicht ersichtlich, da sie nur ein vorselektiertes, zugewiesenes Klientel betreut.

„Wir haben auch keinen wirklich repräsentativen Ausschnitt, weil die zu uns kommen schon so stark vorselektiert und vorgefiltert sind, die besseren Daten hat da wahrscheinlich schon die Ambulanz in der Jugendpsychiatrie beziehungsweise die Abteilung und die Station selber, da wir zu stark vorselektiert werden“ (Pachinger 112).

Grundsätzlich ist eine Ausgewogenheit der Geschlechter ersichtlich.

„Ich würde die Anfragen von der Jugendpsychiatrie und den verschiedensten Einrichtungen und Nachsorgegeschichten, die uns kontaktieren aber als ausgewogen sehen. Ich würde es ausgewogen sehen und bei den Mädchen vielleicht auch ein bisschen mehr“ (Daxner 12).

### • ***Partizipation und Selbstbestimmung***

Einen sehr wichtigen Stellenwert in der Arbeit mit Menschen und speziell mit Jugendlichen nimmt das Thema der Partizipation ein. Gerade bei psychisch bzw. psychiatrisch erkrankten Jugendlichen stellt sich dieses Thema als heikel dar und eröffnet die Frage, ob Partizipation und Selbstbestimmung wirklich nach dem krankheitswertigen Aspekt gesehen werden soll, oder ob sich doch nicht die Frage des Entwicklungsstandes in den Vordergrund drängt.

#### ***Gründe der Partizipation:***

Selbstbestimmung und Partizipation wirken sich psychostabilisierend auf betroffene Jugendliche aus. Ein Balanceakt zwischen fordern und fördern kann sich auf die entwicklungsadäquate partizipative Arbeit sehr positiv auswirken. Es würde sich als kontraproduktiv erweisen, diese Jugendlichen aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankungen als nicht eigenständige, entscheidungsfähige Menschen wahrzunehmen.

„Genau, ich denke mir gerade das Thema Partizipation ist ein schwieriges Thema, weil das hängt auf der einen Seite denke ich mir vom Alter ab, also eine altersadäquate Partizipation [...] Auf der anderen Seite muss man die entwicklungspsychologischen Aspekte sehen, wie weit ist ein junger Mensch in seiner Entwicklung und wie weit kann ich ihn fordern und fördern, weil ich denke das hängt für mich immer zusammen - fordern und fördern - aber das muss immer adäquat an die Person angepasst sein“ (Pachinger 24).

„Die Frage der Selbstbestimmung ist eine entwicklungsbezogene und weniger psychiatrische Frage. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie erweist sich eigentlich als Entwicklungspsychiatrie. Aus diesem Grund ist diese Frage bei Jugendlichen, die vorübergehend oder laufend in psychiatrischer Betreuung sind, nicht anders zu beantworten als in der Sozialpädagogik. Es wäre kontraproduktiv psychisch erkrankte Jugendliche aufgrund ihrer Erkrankung wie kleine Kinder zu behandeln“ (Leixnering 22).

### ***Ressourcenorientiertes Vorgehen:***

Die Beschaffenheit der Arbeit mit psychisch bzw. psychiatrisch erkrankten Jugendlichen spiegelt sich oftmals in den Einstellungen mit denen ProfessionalistInnen auf ihr Klientel zugehen. Es stellt sich die Frage, ob man Jugendlichen eine Chance gibt und damit nach ihren Ressourcen und Stärken gräbt. Die Bedeutung des ressourcenorientierten Vorgehens nimmt hier eine wesentliche Stellung ein. Stärkung des Selbstwertes und Schaffung von Strukturen und Klarheit wirkt auf die betroffenen Jugendlichen sehr stabilisierend. Pachinger (2009) formuliert die Vorgehensweisen der Pro Mente wie folgt als sehr lösungs- und ressourcenorientiert:

„... das ist ganz stark ressourcen- und lösungsorientiert und weil die Defizite und Schwierigkeiten die sind sowieso vorhanden und die spüren sie auch ganz stark“ (Pachinger 74).

„Ja, vor denen verschließen wir uns auch nicht. Ich denke mir wir sind auch keine Hardliner, die sagen: bei uns gibt es nur Lösungen; bei uns gibt's nur Ressourcen. Man muss natürlich auch darüber sprechen, was nicht so gut funktioniert, aber es macht keinen Sinn den ganzen Tag drüber zu reden was nicht passt. Ansonsten verliert man dann auch die Motivation und das - was eigentlich die Mehrzahl unserer Jugendlichen hat - was ihren Selbstwert betrifft. Die sind da sehr beeinträchtigt, da der Selbstwert relativ niedrig ist und wir möchten den Selbstwert heben in Richtung Wirksamkeit, weil wir an Konzepte glauben wie Selbstkompetenzen und so weiter. Das sind Dinge, die ich für wichtig halte und ich möchte dem jungen Menschen vermitteln, dass er in seinem Leben was bewirken kann, wenn er permanent sagt, dass er eh nichts kann, das ist ein Widerspruch. Von da her ist es ganz wichtig lösungsorientiert zu schauen“ (Pachinger 76).

### ***Zwangskontext und Partizipation:***

Aus Sicht der (Erst-)Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfeleistungen, wie es etwa die jugendpsychiatrische Klinik ist, wird die Selbstbestimmung und Partizipation in einem anderen Licht gesehen. Hierbei kommt es oftmals zur notwendigen Einweisung der Jugendlichen in die Klinik.

„Die Frage der Selbstbestimmung ist bei den Jugendlichen sehr, sehr schwierig, da kein Jugendlicher aus eigenen Stücken zu uns kommt und sagt er wollte auf die Jugendpsychiatrie, sondern das läuft über die Schule, die Eltern, die Arbeit und so weiter“ (Barabasch-Hager 12).

Jugendliche brauchen Grenzen und Strukturen um sich orientieren zu können und um Halt zu finden. Es ergibt sich ein Balanceakt zwischen Freiheit, sprich Autonomie,

Selbstbestimmung, Partizipation, Strukturen, Grenzen und Verantwortung. Wie Leixnering (2009) hervorhebt ist eine entwicklungsadäquate Autonomieunterstützung zur Erlangung einer entwicklungsadäquaten Partizipation von essentieller Bedeutung.

„Ein Großteil der Pathologie entsteht oftmals aufgrund von mangelnder Autonomie, darum wird ressourcenorientiert und selbstwertstärkend mit den Betroffenen gearbeitet, um ihnen Erfolgserlebnisse zu vermitteln. Der Begriff der entwicklungsadäquaten Autonomieunterstützung nimmt in diesem Zusammenhang eine vorherrschende Rolle ein. Entwicklungsadäquat zu arbeiten ist in der Arbeit mit diesen Jugendlichen von großer Bedeutung, sodass eine entwicklungsadäquate Partizipation umsetzbar ist“ (Leixnering 23).

Die Thematik der Autonomie zieht sich wie ein roter Faden durch die Interviews und nimmt eine beträchtliche Stellung ein. Es handelt sich vermehrt um Lernfelder, die den betroffenen Jugendlichen eröffnet werden sollten, sodass eine Weiterentwicklung möglich ist.

„Also ich glaube da liegt es schon bei uns, wie wir junge Menschen unterstützen, dass sie einen positiven Weg gehen können. Das soll jedoch nicht von uns auf geimpft werden, aber wenn wir Fähigkeiten erkennen, dann ist es gut wenn man Möglichkeiten hat, es geht glaube ich immer ganz stark um Lernfelder. Welche Lernfelder können wir jungen Menschen auch mit besonderen Bedürfnissen ermöglichen, dass sie sich weiterentwickeln können“ (Pachinger 72).

Die Interventionen der HelferInnen stellt in diesen Kontext einen Anker oder eine Leitschnur dar, an der man sich festhalten kann. Häufig wird das „Einmischen“ der ProfessionalistInnen aus Sicht der Jugendlichen in den ersten Momenten als störend bzw. behindernd angesehen, welches sich jedoch später als produktiv erweist.

### ***Schutz und Autonomie:***

„Und manches Mal müssen wir eine Schutzfunktion übernehmen, dass wir also dann sagen, bei der Entscheidung, die du triffst können wir jetzt nicht mitgehen, da tun wir nicht mit. Das kommt auch vor“ (Pachinger 26).

Das ständige Ausgleichen zwischen fordern, das bedeutet Verantwortung geben, und fördern, im Sinne von schützenden und autonomiegebenden Einstellungen, stellt häufig eine situationsabhängige Gradwanderung dar.

„Natürlich machen wir Gespräche mit den Jugendlichen selbst und klären einmal ab, welche Vorstellungen sie haben und was sie verändern wollen. Was ihre Wünsche sind“ (Barabasch-Hager 13).

## **6.2. Versorgung**

Um die Gegenwart verstehen zu können muss man oftmals die Vergangenheit kennen. Jede Zeit bringt ihre eigenen Denkansatz und Vorgehensweise mit sich, so wie heute in der Betreuung von Jugendlichen der Familienansatz vertreten wird. Leixnering (2009) verdeutlicht dies mit einem kurzen Überblick über die Historie der Sozialpädagogik, welches im Heimwesen seinen Ursprung hat, in gemeindenahen Unterbringungen und Wohngemeinschaften fortgeführt wird und derzeit den Familienansatz in den Vordergrund stellt.

„Um das Konzept der Wohngemeinschaft nachvollziehen zu können benötigt man vorerst die Betrachtung der Geschichte der Sozialpädagogik und der Wohngruppen. Anfangs gab es die Kinderheime. Sie umfassten vorerst die Kinder zwischen Null bis 14 Jahre. Zum Teil hat man die Jugendlichen in andere Heime gegeben, wie etwa in das Großheim Korneuburg oder in das oberösterreichische Heim Wegscheid. In Bezug auf den Werkstättenbereich im Sinne von sozialpädagogischen Lehrlingsheimen wurde schon immer eine Trennung der Altersgruppen vorgenommen. Später hat man diese Heime aufgelassen, da es sich nicht als zielführend erwies. Als nächster Schritt kam die Idee alles in Wohngemeinschaften zu verpacken, wobei sich die Familiengruppenidee etablierte, um die Großheime zu verhindern. Heute wird ein Schritt weiter gegangen und innerhalb der Wohngemeinschaftsverbände eine Differenzierung nach Alter vorgenommen, welches pädagogisch günstiger erscheint“ (Leixnering 19).

### ***Ziele der Pro Mente Jugend-Projekte:***

Die (erzieherischen) Zwecke bzw. Wirkungen der Pro Mente-Projekte verfolgen Aspekte, der geregelten Tagesstruktur und eines gemeinsamen Ortes, sowie in den Wohngemeinschaften eine Art Zuhause vorzufinden. Weiters wird besonderes Augenmerk auf einen wertschätzenden Umgang miteinander gelegt, wobei es einerseits um eine Orientierung an den Jugendlichen und andererseits um eine Orientierung der Jugendlichen an der Organisation geht.

„Wir haben gleich da hinter der Mauer das Projekt lunch.box, ein Küchenprojekt, wo Jugendliche hier in der Zentrale für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemeinsam kochen, servieren und so weiter. Und das ist ganz, ganz wichtig, dass sie da einen gemeinsamen Ort haben, wo man sich zu einer geregelten Zeit trifft, wo man Dinge besprechen kann und wo man auch arbeitet. Das Gleiche gilt auch im Wohnbereich - wirklich ein Zuhause zu haben. Das ist dann stark einrichtungsorientiert, weil der Jugendliche sich an gewisse Dinge halten muss. Wir orientieren uns natürlich am Jugendlichen, aber er muss sich auch bei gewissen Dingen an uns orientieren. Ich glaube das ist ja auch ein pädagogischer Ansatz dahinter, dass wir gewisse Vereinbarungen treffen - wann treffen wir uns, wie gehen wir mit Geld um, wie gehen wir gegenseitig miteinander um, dass wir wertschätzend umgehen, dass Gewalt bei uns wirklich klar verboten ist und solche Dinge. Das widerspricht auch glaube ich einer Spur dem Case Management. Zum gewissen Grad möglicherweise, dass man sagt wir haben einen stark pädagogischen, erzieherischen Auftrag auch dabei. Und da orientieren wir uns natürlich am Jugendlichen, aber es kommen immer wieder Dinge vor, wo wir sagen, da entscheiden wir gegen den Jugendlichen. Ganz bewusst, wo wir sagen: da tun wir jetzt nicht mit“ (Pachinger 22).



Wie bereits erwähnt wird heutzutage der Familienansatz in der Betreuung von Jugendlichen vertreten. Die Bedeutung der Wohngemeinschaft nimmt primär nicht mehr die Funktion eines Zuhauses ein, welche der primären Sozialisation dient.

„In der Sozialpädagogik wird heutzutage das Konzept des Eingebundenseins in die Familie vertreten und der Kontakt nach außen forciert. Die Wohngemeinschaft wird nicht mehr allein als Primärsozialisation verstanden. Damit hat die Wohngemeinschaft nicht mehr den Status des Zuhauses im tieferen Sinnen inne“ (Leixnering 18).

Der Familienansatz verlangt einerseits viel Flexibilität der Einrichtungen ab, welche andererseits jedoch durch das Eingebundensein des/der KlientIn in sein Lebensumfeld wieder wett gemacht wird, sodass man einer „Hospitalisierung“ entgegen wirken kann. Die Dynamiken des Eingebundensein variieren, da es individuelle Lebensgeschichten betrifft, die überdies in individuellen Lebensumfeldern eingebettet sind, welche in den Projekten zu Problemen führen und den Rahmen der Einrichtung sprengen. Um diese Sprengungen zu vermeiden, wird die Voraussetzung der Freiwilligkeit eingefordert.

„Ja, es gibt da mehrere Modelle, was da klar nicht sein sollte. Es ist auch die Minderheit oder fast gar nicht, dass Jugendliche durch einen Zwangskontext bei uns sind. Wir definieren uns als jugendpsychiatrische Rehabilitationseinrichtung, wo wir sagen, es muss eine gewisse Freiwilligkeit passieren, dass man sich so auf einen Prozess einlässt. Da gibt es Aufnahmeverfahren mittels einem Erstgespräch und Kontakt mit der Familie und mit dem Jugendlichen, das ich mache, wo ich im Vorfeld schon sehr, sehr gut herausfiltern kann, ob die red.box für ihn die richtige Einrichtung ist. Er hat dann auch noch die Möglichkeit, dass er Probewohnen kann. Es könnte auch sein, dass ihm der Auftrag hier nicht ganz klar ist, dann lässt man ihn länger auf Probe wohnen und ich gebe dann immer die Eigenverantwortung den Leuten, die das in Anspruch nehmen wollen. Ich vereinbare eine Zeit bis wann die mich zurückrufen sollen und sagen: Ich möchte gerne, wir als Familie möchten gerne. Uns ist immer wichtig, dass der Jugendliche sagt ich bin bereit“ (Daxner 24).

### ***Altersanpassung der Projekte:***

In Bezug auf die Anpassung der Projekte an das Alter der Jugendlichen geht Pro Mente mit seinen ‚boxen‘ einen fortschrittlichen Weg. Die Ausdehnung der Altersklassen in den einzelnen Projekten erweist sich für die betroffenen Jugendlichen als sehr unterstützend und stabilisierend. Hierbei kommt es zu keinen abrupten und erzwungenen Abbruch der Intervention, sondern um einen individuellen Angleich an die Bedürfnisse der NutzerInnen.

„Also wir haben zum Beispiel die Wohnboxen, das war glaube ich europaweit wirklich einzigartig, dass wir die Altersgrenze von achtzehn Jahren auf dreiundzwanzig erhöht haben, weil viele Jugendliche erst in der Mitte der Pubertät wirklich schwerer psychiatrisch erkranken. Dann gibt es einige Versuche mit Klinik-Heim-Klinik bis irgendwann einmal das ganze System erschöpft ist. Dann sagt man ok jetzt ist eine Fremdunterbringung notwendig. Wir haben dann auch gesehen, wenn der angenommen mit siebzehneinhalb Jahren kommt, dann macht das keinen Sinn in einem halben Jahr - wenn man schon mit einem gewissen Druck anfängt - in einem halben Jahr weiß Gott was passieren muss. Man kann nicht glauben eine Entwicklung von siebzehneinhalb Jahren in einem halben Jahr wegzumachen. Das kann nicht funktionieren und jetzt sind wir auf dreiundzwanzig hinauf gegangen und das haben wir jetzt in allen Projekten

drinnen“ (Pachinger 42).

Wenn beispielsweise die Pro Mente Einrichtung sich nicht als adäquat für den/die Jugendliche/n erweist oder eine längere Wartezeit angedacht werden muss, versuchen die MitarbeiterInnen der Jugendpsychiatrie den/die Jugendliche nicht unnötigerweise länger in ihrer Abteilung zu behalten oder womöglich zu hospitalisieren. In solchen Fällen wird auf Krisenplätze und Notunterkünfte zurückgegriffen, wie Barabasch-Hager im folgenden Interviewausschnitt verdeutlicht:

### ***Aufenthaltsdauer und Übergangsbetreuung:***

Die Aufenthaltsdauer der betroffenen Jugendlichen ist aufgrund der begrenzten Kapazität der Einrichtung oder durch den Abschluss der therapeutischen Intervention begrenzt. Nach Verlassen einer Intervention wird oftmals eine Übergangsbetreuung notwendig. Wenn kein sofortiger Übergang in ein weiteres Projekt möglich ist, so muss eine Notunterbringung gefunden werden.

„Die Aufenthaltsdauer der Jugendlichen variiert aufgrund der schon vorhandenen oder noch zu suchenden Unterbringung. Wenn es jedoch klar ist, dass es sowieso noch einige Monate dauert wird, dann sehen wir uns bezüglich einer Unterbringung um, welche notfalls auch das WAKI, welche eine Notschlafstelle ist, in Anspruch genommen wird, sodass z.B. das WAKI die Vorbereitung des Jugendlichen für eine Wohngemeinschaft und so weiter übernehmen. Es ist leider immer häufiger der Fall, dass es lange Wartezeiten für eine adäquate Unterbringung gibt. Die Jugendwohlfahrt braucht durch ihre momentane Budgetlage und Unterbesetzung des Personals zum Teil recht lange bis ein Wohngemeinschaftsplatz gefunden wird. Viele der Einrichtungen sind überfüllt und können auch lange keine Erstgespräche anbieten. Wenn zum Beispiel jetzt ein Jugendlicher aufgenommen wird [Anfang Oktober] und die sagen uns Ende November gibt es erst ein Erstgespräch, ist es für die Jugendlichen hier in der Klinik eine sehr, sehr lange Zeit. Wenn es so lange dauert versuchen wir zu warten bis der Jugendliche Klarheit über das Erstgespräch hat und wenn dies noch ein paar Wochen dauert, dann kommt er inzwischen zum Beispiel im WAKI unter“ (Barabasch-Hager 22).

### ***Betreuung zwischen Jugendwohlfahrt und Chancengleichheitsgesetz:***

Oberösterreich nimmt aufgrund ihres Chancengleichheitsgesetzes eine Sonderstellung in der jugendpsychiatrischen Versorgung ein. Im Gegensatz dazu laufen in den anderen Bundesländern die Betreuungsstrukturen über die Jugendwohlfahrt. Unwesentlich, ob Chancengleichheitsgesetz oder nicht, wird die Jugendwohlfahrt vermehrt mit persönlichkeitsauffälligen Jugendlichen konfrontiert, welches zu einer zunehmenden Weiterentwicklung der Jugendwohlfahrt führt.

„Es gibt natürlich eine Vielzahl von Einrichtungen, die von der Jugendwohlfahrt betrieben werden. Die sich inhaltlich stark weiterentwickelt haben und die auch immer mehr in Richtung sehr, sehr schwere Jugendliche gehen. Also wirklich wo es dann Überschneidungen gibt, das geht dann schon klar ins Jugendpsychiatrische

hinein, da gibt es genug Institutionen, die Jugendliche mit Diagnosen haben. Also wir haben die Spezialitäten, also wirklich Psychosen, bipolare Störungen, schwere Depressionen, schwere Angststörungen, schwerste Persönlichkeitsstörungen, also die Hauptbereiche für die wir da sind. Aber gerade der Bereich der persönlichkeits- bzw. persönlichkeitsentwicklungsgestörten Jugendlichen, den findet man in allen sozialpädagogischen Einrichtungen genauso“ (Pachinger 88).

- ***Chancengleichheitsgesetz***

Wie des Öfteren in dieser Arbeit schon erwähnt wurde 2008 das Chancengleichheitsgesetz in Oberösterreich eingeführt. Die gesetzlich festgelegte Zuständigkeit des Landes für alle Menschen die unter das ‚Behindertengesetz‘ fallen, wodurch psychisch bzw. psychiatrisch erkrankte Menschen dazu zählen, führte zu gravierenden Veränderungen der Betreuungsstruktur.

„Hinsichtlich der klaren Zuständigkeit für einen Jugendlichen war es in den letzten Jahren schon ersichtlich, dass der Jugendliche zwischen Jugendwohlfahrt und Sozialamt hin und her geschoben wurden. Durch das in Oberösterreich neu eingeführte Chancengleichheitsgesetz hat sich diese Frage zu klären begonnen. Die Einführung dieses Gesetzes hat enorme Veränderungen mit sich gezogen, da durch den neu zugewiesenen Bedarfskoordinator, der bezirksweise arbeitet, eine neue Person in jedem Bezirk zugeteilt worden ist, die jedoch fachlich zunächst über wenig Erfahrung verfügte. Somit gestaltete sich die Anfangsphase als ein bisschen umständlicher, bis sich das erst alles einspielt hat“ (Leixnering 37).

Anfangsschwierigkeiten in der Umsetzung des Chancengleichheitsgesetzes sind aufgrund der strukturellen Veränderungen im Bereich der Zuständigkeiten vorzufinden (gewesen). Bezugnehmend auf das Case Management braucht auch hier die Strukturumstellung der Systeme eine Anlaufzeit. Die Auswirkung der Ungereimtheiten auf die betroffenen Jugendlichen wird durch folgende Ausführung von Barabasch-Hager nähergebracht.

„Die Zuständigkeiten der Jugendwohlfahrt in der Landesregierung oder in die Abteilung für Soziales nach dem Chancengleichheitsgesetz weisen leider noch Lücken auf. Diese Ungereimtheiten kommen immer wieder vor und das ist für die betroffenen Jugendlichen sehr belastend, da sie lange ohne Perspektive sind. Die Jugendliche wissen nur, dass sie sich in der Einrichtung falsch benommen haben und dass sie jetzt keiner mehr nimmt. Das Gefühl des Abgestelltseins ist für die Jugendlichen ein arges Gefühl“ (Barabasch-Hager 26).

### ***Vernetzungssysteme in Oberösterreich:***

Die Vernetzungsstrukturen in Oberösterreich bestehen aus einem Arbeitskreis, der aus einer Zusammenarbeit der gesamten oberösterreichischen Heimen besteht. Anhand des neu eingeführten Chancengleichheitsgesetzes kam es in Oberösterreich zu einer Sonderlösung der Zuständigkeiten im Bereich psychisch erkrankter Menschen, wie sie im Punkt ‚Chancengleichheitsgesetz‘ bearbeitet wird.

„In Oberösterreich bestehen interessante Vernetzungsstrukturen. Einerseits wurde ein Arbeitskreis entwickelt indem die ganzen oberösterreichischen Heime zusammenarbeiten, wobei unsere Abteilung jedoch nicht ständig integriert ist. In diesem Arbeitskreis befindet sich eine Subgruppe, welche mit beiden Kinder- und Jugendpsychiatrien und den leitenden Beamten der Jugendwohlfahrt vernetzt ist. Nach dem § 40 Absatz 2 des OEJWG existiert in Oberösterreich eine Art Sonderlösung. Dieser Paragraph beinhaltet die Vorgaben eines Punktesystems, welches die Sozialarbeiter in der Arbeit mit speziellen Jugendlichen bewerten, worauf ein Antrag für die direkte Betreuung des Jugendlichen von einem Sozialarbeiter des Landes beantragt wird. Diese Sonderlösung gestaltet sich bezirksübergreifend, wobei die Finanzierung direkt vom Land und nicht von den Bezirksverbänden vorstattgeht“ (Leixnering 26).

### ***Gegenüberstellung: Behinderung, psychischer Erkrankung:***

Weiters kommt die Problematik auf, dass psychisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderung auf dieselbe Ebene gestellt werden. Sicherlich ist eine Erkrankung in welcher Weise auch immer eine Behinderung für den Menschen. Die klassischen Behinderteneinrichtungen beinhalten jedoch vorwiegend Menschen mit geistigen Einschränkungen oder mit Mehrfachbehinderung.

- a. „In Oberösterreich beinhaltet die Sozialabteilung zwei Subbereiche, die in den Bereich Behinderung und in den Bereich psychische Krankheit aufgeteilt werden, wodurch die Zuständigkeiten durch diese Trennung der beiden Bereiche auch verdeutlicht werden“ (Leixnering 31).
- b. „Wenn psychisch kranke Jugendliche in Behinderteneinrichtungen untergebracht werden und dort auf mehrfachbehinderte Jugendliche treffen, dann grenzen sie sich immer mehr ab. Es gibt ganz wenige Einrichtungen für psychisch kranke Jugendliche, wobei dann oft das Faktum, dass es Jugendliche sind noch zusätzlich verschärft. In diesem Zusammenhang steht man oft vor der Überforderung der Institutionen. Es werden Voraussetzungen gefordert, wie etwa dass die Beschulung abgeschlossen sein muss und dass schon einiges probiert werden musste. Der ausschlaggebende Faktor, dass das Chancengleichheitsgesetz zu tragen kommt ist, dass der Betroffene nicht mehr selbsterhaltungsfähig ist. Hier werden 14- und 15-Jährige zurückgewiesen, was für mich auch verständlich ist“ (Barabasch-Hager 28).
- c. „Wir werden von der Sozialabteilung finanziert, also der gesamte Wohnbereich. Das ist auch eigentlich ein Unikum, weil wir auch Jugendliche haben, aber da gibt es in Oberösterreich diese Vereinbarung, alles was in Richtung psychiatrisch geht ist primär sozialabteilungsfinanziert. Also das hängt mit dem Chancengleichheitsgesetz zusammen, wo es um Behinderungen, also körperliche, geistige oder psychische Behinderungen geht. Es gibt auch einen Gesetzesanspruch seit diesem neuen Chancengleichheitsgesetz. Es gibt einen gewissen Anspruch auf Leistungen und der andere Bereich, der Arbeitsbereich wird über das Bundessozialamt finanziert. Ich glaube, dass da vieles möglich wäre. Ich wäre schon froh, wenn es eine Gleichverteilung geben würde, was Gelder betrifft. Wie viel wird in der Erwachsenenpsychiatrie pro Kopf investiert und wie viel wird in die Jugendpsychiatrie pro Kopf investiert? Also wenn man sich das einmal anschauen würde, und wir haben Zahlen erhoben, das Robert-Koch-Institut in Deutschland, das ein sehr renommiertes Institut ist, spricht von ca. 5% von Jugendlichen in westeuropäischen Ländern, die einen unbedingten Betreuungsbedarf haben. Wir haben das jetzt auf Oberösterreich umgelegt und kommen ungefähr auf Zahlen von 17.500 Jugendlichen mit einem unbedingten Betreuungsbedarf, und das ist nicht wenig!“ (Pachinger 116).

- ***Versorgung in OÖ***

***Differenzierung Sozialpädagogik mit Sozialpsychiatrie:***

Wie schon des Öfteren erwähnt wird in Oberösterreich eine Sonderlösung in der Betreuung von Menschen mit Behinderungen oder mit psychiatrischen Erkrankungen angewendet. Hierbei kommt es zu einer klaren Trennung zwischen sozialpädagogischen und sozialpsychiatrischen Interventionen. Diese Sonderlösung ist im Chancengleichheitsgesetz des Landes verankert.

„In Oberösterreich wird eine recht deutliche Grenze bei der Differenzierung von Sozialpsychiatrie und Sozialpädagogik gezogen. In diesem Zusammenhang unterscheidet sich Oberösterreich von den anderen Bundesländern“ (Leixnering10).

Grundsätzlich wird das Versorgungs- bzw. Betreuungsnetz des Landes von allen Interviewten als sehr positiv eingeschätzt.

„Es ist in Oberösterreich, sage ich jetzt einmal, gut aufgebaut. Da gibt es recht viele Möglichkeiten. Aber im Gegensatz, ich sage jetzt einmal Kärnten, wo es recht wenig gibt, Niederösterreich auch sehr wenig hat und andere Bundesländer, sind wir gut versorgt. Wir dürfen uns nicht beschweren, aber es ist natürlich immer noch zu wenig. Es gibt sehr gute Einrichtungen, die mit psychiatrischen Jugendlichen arbeiten. Zum Teil auch schon sehr, sehr viel sozialpädagogische Einrichtungen, die sich auf spezifische Krankheiten spezialisieren. Zum Beispiel Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Borderliner oder auch Traumatisierungen werden einen jeden Jugendlichen in einer schweren Lebenslage irgendwie begleitend haben. Das funktioniert oft auch in sozialpädagogischen Einrichtungen, dass eine Diagnose klar da sein muss, wobei es nicht sehr viele gibt, wie es bei uns der Fall ist, weil man sich rein nur für psychiatrische Jugendliche interessiert“ (Daxner 40).

***Abdeckung der Bedarfe:***

Speziell der Raum Linz zeichnet sich durch die Abdeckung der Bereiche Wohnen, Arbeitstraining, ambulante bzw. stationäre klinische Betreuungsmöglichkeiten und Tageskliniken aus. Eine enge Vernetzung vollzieht sich auch zwischen den Bereichen der Arbeitstrainings (work.boxen) und der Wohnprojekte (wohn.boxen). Die Beratungsangebote werden hingegen als ausbaufähig erachtet. In Bereichen der stationären klinischen Unterbringung und der Wohnprojekte wird eine gute Deckung der Bedarfe in den Interviewgesprächen angesprochen.

„Es gibt verschiedene Bereiche, die braucht man um eine gute Grundversorgung zu haben. Das eine ist für mich in jedem Fall der stationäre Bereich bzw. der Klinikbereich, der sich ambulant und stationäre mit der Tagesklinik unterteilt. Das ist einmal der eine Bereich, ich glaube der ist in Linz gut abdeckt. Das zweite ist dann wir brauchen Wohnprojekte für Jugendliche, wo absehbar ist, da braucht es eine längerfristige intensive Betreuung. Das ist eigentlich auch gut abgedeckt, da haben wir eben die Wohnboxen und ich glaube da sind wir auch gut abgedeckt. Wir haben in Linz insgesamt drei Arbeitsprojekte speziell für diese Zielgruppe -

eines in Urfahr und eines in Linz und dann in Linz noch das zweite am Lonstoferplatz, insgesamt drei Arbeitsprojekte. Wo wir schlecht ausgestattet sind, ist der ganze Beratungsbereich, wir haben ein Projekt die talk.box, - das ist da wieder zwei Mauern weiter - für Jugendlichen. Wo wir eng vernetzt mit verschiedenen unserer Wohnboxen aber auch mit den work.boxen, Arbeitsprojekten zusammenarbeiten, was auch sehr gewinnbringend ist. Wirklich eine Außenperspektive zu haben, wo Jugendliche hingehen können, außerhalb des Arbeitskontexts, außerhalb des Wohnkontakts und wo sie eine Beratung in Anspruch nehmen können“ (Pachinger 82).

Das Thema des Übergangsbereichs in das Erwachsenenalter kommt hier nochmals ins Spiel. In diesen Bereich werden ausreichend Angebote im Raum Linz wahrgenommen.

„Es gibt im Raum Oberösterreich bzw. im Raum Linz schon einige Möglichkeiten der Weiterbetreuung im Erwachsenenbereich wie es die Übergangswohnung Kaisergasse und viele weitere Wohneinrichtungen darstellen“ (Barabasch-Hager 20).

- ***Zuständigkeiten – Informationsaustausch***

Der wahre Kernpunkt dieser Arbeit wird in der Zuständigkeitsfrage ersichtlich. In der empirischen Herangehensweise und Auswertung ist die Rechtslage, die durch das Chancengleichheitsgesetz des Landes Oberösterreichs festgelegt wurde, zu berücksichtigen. Hierbei kommt es zu einer Differenzierung zwischen den Zuständigkeiten der Jugendwohlfahrt und des Sozialamt des Landes, wodurch eine Unterscheidung der Kompetenzverteilungen in den anderen Bundesländern gegeben ist. In dem Unterpunkt der Auswertung ‚Chancengleichheitsgesetz‘ wird näher darauf eingegangen.

„Die Jugendlichen unter achtzehn werden in den anderen Bundesländern der Jugendwohlfahrt zugewiesen. Im Falle schwer psychisch kranker Jugendliche wird eine Abgrenzung angestrebt und die Orientierung auf die psychosoziale Versorgung der psychisch kranken Erwachsenen angelegt, wobei ein Schwerpunkt für Jugendliche benötigt wird. In Oberösterreich stellt dies der Pro Mente Jugendschwerpunkt dar. Es muss die Unterscheidung zwischen dem sozialpädagogischen, jugendwohlfahrtsfinanzierten Klientel und dem sozialpsychiatrischen, älteren Jugendlichen, die zunehmend ins Erwachsenenalter begleitet werden müssen, hervorgehoben werden“ (Leixnering 11-12).

In diesem Zusammenhang richtet sich die Aufmerksamkeit auf das Phänomen, dass die Betroffenen zwischen den einzelnen Einrichtungen abgeschoben werden. Durch die Überbelastung und gleichzeitigen Kompetenzüberschreitungen der sozialpädagogischen Einrichtungen kann es des Öfteren zur Sprengung der Einrichtungsgrenzen kommen. Lange Wartezeiten und das Fehlen von adäquaten Betreuungsplätzen können eine Unterbringung eines/r Jugendlichen mit psychiatrischem Behandlungsbedarf in einer sozialpädagogischen Einrichtung erfordern.

„Ich kenne das zum Teil von sozialpädagogischen Einrichtungen, die an eine Grenze nur zum Teil sozusagen psychiatrische Jugendliche begleiten können. Da gibt es durchaus die Idee, dass man sagt, das sprengt jetzt

unseren Rahmen in der Einrichtung. Das ist jetzt nicht mehr unser Auftrag. Die sind dort auch sehr bemüht, dass sie da dann gleich was suchen, nur man weiß dass die Wartezeiten oft eine Katastrophe sind. Und man findet nicht gleich was, dann gibt es natürlich diese Kooperationen auch von den pädagogischen Einrichtungen, dass es dann auf der Jugendpsychiatrie weiter geht. Das ist dann teilweise so ein hin und her. Das ist dann oft überbrückungsweise. Vor Ort hat man dort nicht mehr Möglichkeiten“ (Daxner 34).

Jugendliche mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen beanspruchen ein adäquates Setting und Aufmerksamkeit bzw. spezielles Know-how, welche in einer ‚gewöhnlichen‘ sozialpädagogischen Einrichtung aus Sicht der Professionen die darin vertreten sind, nicht gegeben ist.

„Gerade bei Wohngemeinschaften, wo die Jugendlichen in kürzeren Abständen zu uns in die Klinik kommen, kommt es von seitens der Wohngemeinschaft zu einer Abschiebung des Betroffenen zu uns. Aufgrund der vermehrten Aggressionsausbrüche die der Jugendliche gehabt hat, stellt der Betroffene ein Gefahrenpotential für die Wohngemeinschaft dar und deshalb wird er in die Klinik abgeschoben. Wir haben erst vor Kurzem so einen Fall gehabt, bei dem der Jugendliche aus einer Behinderteneinrichtung in Niederösterreich herausgefallen ist. Darauffolgenden ist er bei seiner Mutter untergebracht gewesen, wo es auch zu Übergriffen und Anzeigen kam, worauf er zu uns abgeschoben wurde. Es wurde versucht eine Intervention über eine Einrichtung zu starten, was jedoch zu lange gedauert hat. In der Zwischenzeit ist er wieder zu seiner Herkunftsfamilie zurückgekehrt, wo es erneut zu einer Eskalation gekommen ist, bei der er seine Mutter mit einem Messer bedrohte. Folglich kam es zu einer Anzeige und er gelang ins Gefängnis. Um eine Hospitalisierung der Jugendlichen entgegenzuwirken, muss etwas getan werden. Die Klinik ist keine Wohneinrichtung für drei, vier Monate“ (Barabasch-Hager 25).

### ***Abschiebung in die Jugendpsychiatrie:***

Diese Problematik stellt auch für den klinischen Bereich Herausforderungen dar. Hier kommt es zu einer Abschiebung ohne unbedingten bzw. mit spärlichem Bedarf an jugendpsychiatrisch-klinischer Versorgung. Seitens der Jugendpsychiatrie wird, wenn es medizinisch verantwortbar ist, eine psychiatrische ‚Überversorgung‘ der Jugendlichen unterbunden, indem eine Unterbringung in Krisenzentren eingeleitet wird.

„Es kommt vor, dass ein Abschieben der Jugendlichen von einer Einrichtung in die Psychiatrie versucht wird, jedoch wehren wir das bei uns in der Abteilung ab. Hier findet eine Problemverlagerung in die Psychiatrie statt, welche nicht die Aufgabe des Spitals sein kann. De facto kommt das trotzdem vor, wenn ein Jugendlicher aufgrund einer akuten Situation in die Klinik kommt und behandelt wird. Zu diesem Zeitpunkt beginnt unsere Zuständigkeit. Wenn wir es als vertretbar erachten, wird der Jugendliche, falls keine Unterbringung zu finden ist, als ein Beispiel ist das UFO zu nennen, untergebracht. Das UFO ist eine niederschwellige Einrichtung, in der die Betroffenen drei Monate übernachten können. Sofern medizinisch, psychiatrisch, psychotherapeutisch oder sonst therapeutisch keine Indikation mehr ersichtlich ist, wird unsererseits relativ deutlich vermittelt, dass die Jugendlichen nicht länger in unserer Abteilung untergebracht werden. Eine weitere Unterbringungsmöglichkeit stellt das WAKI dar, welches ein Kinderkrisenzentrum ist. Wie andere Krisenzentren hat auch das WAKI die Eigenschaft, dass es von Kindern selbst angelaufen werden kann und leider ständig überlaufen ist“ (Leixnering 5-6).

### ***Zuständigkeiten und Funktionen der Professionen:***

Die Abklärung der professionellen Zuständigkeiten und der notwendigen Interventionen für den/die Jugendliche/n würde zur ‚Problemlösungsfindung‘ beitragen. Sozialpädagogische Einrichtungen sind keine psychiatrischen Einrichtungen und psychiatrische Einrichtungen erweisen sich nicht als sozialpädagogische Wohneinrichtung.

„Das Krankenhaus hat die Funktion der Krankenbehandlung und nicht primär die Funktion des Wohnens“ (Leixnering 4).

Ein wesentliches Merkmal einer funktionierenden Kooperation ist, wie aus dem folgenden Zitat hervorgeht, im Informationsaustausch aller Beteiligten ersichtlich.

„Ja, das kann nämlich nicht sein, dass Ärzte nur mit Ärzten untereinander reden. Es ist natürlich schon so, dass der Arzt wird immer ... man glaubt immer ein bisschen raufschauen zu müssen, aber das ist nicht so wie in einem Krankenhaus, das so eine starke Hierarchie ist, wie wenn man ein Facharzt in eine Konsiliereinrichtung, also bei uns die red.box hat. Da war es auch einfach, da ich als therapeutische Leitung Fall führend über meine Jugendliche bin. Ich weiß aber auch, dass ich einen Mediziner und die Bezugsbetreuer dazu brauche damit sich der Jugendliche entwickeln, orientieren und stabilisieren kann. Ich denke mir jeder hat seinen Bereich, wo er perfekt und wo er gut ist und wo man ausbaufähig ist“ (Daxner 80).

### ***Interaktion der ProfessionalistInnen:***

Die Interaktion der ProfessionalistInnen wird als bereichernd wahrgenommen. Das Bestreben einer multiprofessionellen Zusammenarbeit, in der mehrere ExpertInnen als ExpertInnen angenommen werden und somit der Hierarchisierung entgegenwirken, wird verfolgt.

„Ja, ganz klar. Man lernt auch viel untereinander. Also durchaus auch die Ärzte von uns. Ich habe es so erlebt. In dem Fall sind unsere Ärzte nicht so, dass man sagt die lassen sich nichts sagen oder da kann man nicht nachfragen“ (Daxner 82).

„Das ist eine Ebene. Man glaubt es oft nicht, dass das gut möglich. Wir sehen das relativ klar. Der Facharzt ist in seinem Bereich im Krankenhaus Fall führend und ich als Leitung bin da herinnen in der Einrichtung Fall führend und da ist es sobald der Facharzt von der Jugendpsychiatrie in unsere Einrichtung kommt, ist der halt nur der Konsiliararzt. Er ist da weder Leiter noch Fall führend und das passt gut bei unseren Konsiliarärzten. Das haben sie gut verstanden in welcher Tätigkeit sie da vorhanden sind, in keinen therapeutischen oder irgendwas sondern im medizinischen, medikamentösen Bereich. Es gibt oft schon Konsiliarärzte, die eine Therapieausbildung haben und da muss man die halt dazwischen aufmerksam machen was der Auftrag ist. Das kann sein, aber das ist selten der Fall“ (Daxner 78).



### ***Informationsaustausch in Konsiliartätigkeit:***

Einen wichtigen Bereich in Sachen Informationsaustausch nehmen die Konsiliartätigkeiten der ÄrztInnen der Jugendpsychiatrie in den Einrichtungen der Pro Mente ein. In diesem Zusammenhang ist eine kontinuierliche Betreuung der Jugendliche erkennbar. In der Konsiliartätigkeit und in den Helferkonferenzen werden kontinuierlich Informationen über den/die betroffene/n Jugendliche/n wechselseitig ausgetauscht damit eine fruchtbare Betreuung und Behandlung möglich ist. Die Problematik des stockenden Informationsflusses, die in vielen Kooperationen zwischen unterschiedlichen Organisationen gegeben ist, wird damit umgangen.

„Also die Zusammenarbeit mit der Jugendpsychiatrie ist ganz klar, weil unser Konsiliararzt Herr Primar Leixnering ist, in der blue.box ist es die Frau Dr. Steininger. Das sind zwei Ärzte von der Jugendpsychiatrie Linz. Die kommen vierzehntägig. Also da ist die Zusammenarbeit schon eng“ (Daxner 18).

„Nachdem unsere zwei Konsiliarärzte von der Jugendpsychiatrie sind, geht das [der Informationsaustausch] gut. Es ist natürlich immer so, dass die ihren Alltag zu machen haben und dass man nicht immer sofort jemanden erwischt. Aber es ist so, dass man sagt, man ruft sich zusammen und irgendwann erreicht man sich dann bzw. werden Informationen gegeben. Man trifft sich sowieso alle 14 Tage, bei den Akutfällen die dazwischen sind, da geht es meistens um eine Einlieferung, Einweisung usw.“ (Daxner 74).

Die Konsiliartätigkeiten gestaltet sich in Form von regelmäßigen Visiten, welche jedoch bei akuten Vorkommnissen individuell gestaltbar sind. In der Vernetzungsarbeit nehmen die konsiliarischen Tätigkeiten einen wichtigen Stellenwert in der Beziehungsarbeit und dem Informationsaustausch ein.

„Das sind fixe Termine, wo sie als unsere Psychiater Visite im Haus machen. Das ist vierzehntägig. Recht viele Jugendliche kommen von der Jugendpsychiatrie oder waren zuletzt auf der Jugendpsychiatrie, wo wir eine enge Vernetzung folglich mit der Station haben. Das heißt, da gibt es ein Übergabegespräch, da fahren wir als Anbahnung zum Beispiel schon hin um Beziehungs- und Kontaktaufbau zu machen und haben dann klar ein Übergabegespräch und Kontaktaufnahmegespräch bei uns, was auf der Jugendpsychiatrie stattfindet und wo alle Beteiligten d.h. der Jugendliche, die Ärzte, die Bezugsschwestern, der zukünftige Bezugsbetreuer der red.box und ich als Leitung bin meistens dabei, dass wir uns sozusagen gut vernetzen. Wo haben die angefangen und wo machen wir weiter“ (Daxner 20).

### ***Qualität und Formen des Informationsaustausches:***

Die Gestalt des Informationsaustausches variiert je nach Anlass, angefangen von Visiten bis zum telefonischen Austausch. Die Variante des telefonischen Kontaktes wird speziell in Fällen vorgenommen, in denen sich die Jugendlichen in klinischer Betreuung befinden. Die Aufrechterhaltung des Kontaktes seitens der Einrichtung bei einer Unterbringung eines/r KlientIn in der Klinik ist von zentraler Bedeutung, damit die Beziehung zwischen ProfessionalistInnen und KlientInnen für die nachfolgende Arbeit mit dem Jugendlichen

nicht verloren geht. Viele Jugendliche sind mit einer Serie von Beziehungsabbrüchen in ihren bisherigen Leben konfrontiert gewesen, welche teils auch auf ihren Gesundheitszustand Einfluss nahmen. Dies zeigt einen weiteren Aspekt des intakten Informationsaustausches und der Notwendigkeit der Instandhaltung der Beziehung zwischen ProfessionalistInnen und KlientInnen auf.

„Der Informationsaustausch mit den einzelnen Einrichtungen gestaltet sich als sehr gut“ (Barabasch-Hager 34).

Auch von Seiten der Jugendpsychiatrie wird der Informationsaustausch als sehr positiv gesehen.

„Wenn ich frage und ich glaube ich möchte anrufen ... man teilt es sich so ein ... und wenn es einmal so ist, dann ruft man an und fragt man. Das ist meistens der Fall wenn der Jugendliche einen Krisenaufenthalt auf der Jugendpsychiatrie hat, dass man da einfach einen telefonisch Austausch hat wie es ihm geht“ (Daxner 84).

- ***Kooperation***

Aus seiner bisherigen Zusammenarbeit zwischen der Jugendwohlfahrt und der Jugendpsychiatrie deklarierte Leixnering (2009) die Kooperation folgendermaßen:

„Eine gute Zusammenarbeit umfasst ein Herantreten an mögliche Kooperationspartner und eine Minimierung des Konkurrenzdenkens“ (Leixnering 38).

Etwaige hierarchische Differenzen führen oftmals zu Feindbildern der jeweiligen anderen Profession bzw. Organisation, welche eine gelungene Kooperation hemmen. Die Überwindung dieser Hemmnis wird durch einem aktiven Zugang und gegenseitiges Interesse erreichbar.

„Oft wird oder wurde die Jugendwohlfahrt als Feindbild der Kinder- und Jugendpsychiatrie gesehen. Wichtig sind der aktive Zugang und das Interesse an der Zusammenarbeit“ (Leixnering 39).

***Abgrenzung:***

In einem Arbeitsprozess erweist sich Kooperation als sehr zielführend, jedoch gehört auch Abgrenzung für ein produktives Vorgehen zum Arbeitsprozess. In der bundesländerübergreifenden Arbeit ist nach Leixnering (2009) eine Abgrenzung dringend notwendig, da es die Rahmen der Arbeit sprengen würde und somit Qualitätseinbußen entstehen könnten.

„Die Kooperation erfolgt in erster Linie mit den sozialpädagogischen Einrichtungen des Bundeslandes Oberösterreich. Die Zusammenarbeit erfolgt grundsätzlich nicht bundesländerübergreifend, jedoch kann dies

auch Ausnahmefälle beinhalten, wenn ein Jugendlicher in Oberösterreich fremduntergebracht wird und ein akuter Bedarf besteht. Eine bundesländerübergreifende Arbeit würde den Rahmen sprengen“ (Leixnering 25).

### ***Kooperationspartner und Professionen:***

Die Vernetzungen der Hilfen in Oberösterreich werden als gut wahrgenommen. Die Kooperationspartner strecken sich über ein breites Spektrum von Professionen.

„Wir arbeiten zusammen natürlich mit der Jugendwohlfahrt, die Jugendpsychiatrie haben wir eh schon besprochen, mit Beratungsstellen, mit anderen Pro Mente-Einrichtungen. Es kommt auch vor, dass Jugendliche dann nicht in einem Pro Mente Jugend eigenem Arbeitsbereich sondern in einer Tagesstruktur von Pro Mente nutzen. Es kommt auch immer wieder vor, wo es in Richtung Chronifizierung geht, dass wir einen Langzeitwohnplatz suchen, auch da kooperieren wir mit Pro Mente-Wohneinrichtungen zusammen. Wir haben jetzt auch ein Projekt mit der Gebietskrankenkasse gemeinsam gemacht, also alles was auf Beamtenebene passiert, natürlich mit den Kostenträger, was Sozialabteilung, Bundessozialamt und Gebietskrankenkasse betrifft. Das eine Projekt, das wir jetzt abgeschlossen haben, das sind glaube ich die wichtigsten Kooperationspartner“ (Pachinger 62).

„Wir kooperieren hauptsächlich mit der Jugendwohlfahrt, natürlich den Schulen, mit dem Kinderschutzzentrum, mit Pro Mente, mit Beratungsstellen im Jugendbereich, mit der Kinder- und Jugendanwaltschaft und Mobbingstellen. Das ergibt eine ganze Bandbreite, je nach dem was der Jugendliche benötigt“ (Barabasch-Hager 15).

Als ein wichtiger Kooperationspartner der Jugendpsychiatrie erweist sich die Pro Mente Jugend. Darüber hinaus hat der Abteilungsleiter der Jugendpsychiatrie Linz, welcher sich auch als Interviewpartner zur Verfügung stellte, eine Stelle als Vorstandsmitglied der Pro Mente Oberösterreich über. Die Vernetzung in Oberösterreich gestaltet sich in Form von Vernetzungsstrukturen und Subsystemen.

„In Oberösterreich bestehen interessante Vernetzungsstrukturen. Einerseits wurde ein Arbeitskreis entwickelt indem die ganzen oberösterreichischen Heime zusammenarbeiten, wobei unsere Abteilung jedoch nicht ständig integriert ist. In diesem Arbeitskreis befindet sich eine Subgruppe, welche mit beiden Kinder- und Jugendpsychiatrien und den leitenden Beamten der Jugendwohlfahrt vernetzt ist. Nach dem § 40 Absatz 2 des OEJWG existiert in Oberösterreich eine Art Sonderlösung. Dieser Paragraf beinhaltet die Vorgaben eines Punktesystems, welches die Sozialarbeiter in der Arbeit mit speziellen Jugendlichen bewerten, worauf ein Antrag für die direkte Betreuung des Jugendlichen von einem Sozialarbeiter des Landes beantragt wird. Diese Sonderlösung gestaltet sich bezirksübergreifend, wobei die Finanzierung direkt vom Land und nicht von den Bezirksverbänden vonstattengeht“ (Leixnering 26).

### ***Vernetzungstreffen:***

Die Vernetzungsarbeit gestaltet sich in Form von Helferkonferenzen und Vernetzungstreffen. Je nach Kooperationspartner ist die Intensität der Vernetzung sehr unterschiedlich. Da in der Jugendpsychiatrie keine Kinder betreut werden, kommt es zu spezifischen Kooperationspartnern, wobei der Kontakt zur Kinderklinik sich in Grenzen hält. Des Weiteren werden in zwei bis drei Monatsabständen informelle

Vernetzungstreffen von VertreterInnen sozialer Einrichtungen veranstaltet.

„Es erfolgt eine relativ gute Vernetzung innerhalb dieser Subgruppe. Die Vernetzungstreffen finden ungefähr alle zwei Monate in einer Wohngemeinschaft oder auch in den Kliniken statt. Darüber hinaus findet natürlich eine Kooperation mit den sozialpsychiatrischen Institutionen, wie es die Pro Mente verkörpert, statt. Die institutionalisierte Vernetzung mit EXIT-sozial stellt sich aufgrund der Größe der Institution als quantitativ nicht bedeutsam dar. Die sozialpsychiatrische Versorgung in Oberösterreich wird durch Pro Mente ausgeführt. Die Zusammenarbeit der Pro Mente Jugend und der Jugendpsychiatrie erweist sich hier als sehr gut, da die Jugendpsychiatrie in den Pro Mente Einrichtungen konsiliarische Tätigkeiten vollrichtet. Durch die Tätigkeit meiner Person in einem Fachbeirat dieses Jugendbereiches besteht auch eine gute Vernetzung auf der Steuerungsebene mit der Jugendpsychiatrie. Weniger Vernetzung findet mit der Großeinrichtung Spattgasse in Linz statt, da sie traditionell mit der Kinderklinik kooperiert, wobei es bei den älteren Jugendlichen auch mit uns eine enge Zusammenarbeit gibt. Ansonsten gibt es noch einen Jugendarbeitskreis, der von der Staatsanwaltschaft initiiert wurde. Alle zwei bis drei Monate erfolgen Treffen zu einem bestimmten Thema, die recht informell von verschiedenen Vertretern sozialer Jugendeinrichtungen veranstaltet werden. Zu den Vertretern gehören zum Beispiel die Bezirksschulinspektorin aus einem Bezirk von Linz. Linz nahm österreichweit in der Schulsozialarbeit eine Vorreiterrolle ein. In dem Jugendarbeitskreis ist ferner noch die Organisation Neustart enthalten und seit Neuesten engagiert sich auch der rechtswissenschaftliche Bereich der Uni Linz dafür, welches gut gelingt. Seit Staatsanwälte hier sozusagen eine Vermittlungsbehörde geworden sind, herrscht zumindest im Raum Linz ein hervorragendes Kooperationsklima“ (Leixnering 27).

Einmal im Monat kommt es zwischen den Leitern der wohn.boxen, dem Primar der Jugendpsychiatrie und den Konsiliarärzten zu einem Diskussionsforum, in dem Fragen zur Entwicklung des Jugendbereiches thematisiert werden.

„Ja, und die [Zusammenarbeit] ist noch im Ausbau. Wir haben heute gerade wieder in der Jugendpsychiatrie ein Vernetzungsgespräch gehabt. Wo wir als Leitung, Konsiliarärzte und Primar zusammen setzen und sich einfach austauschen, ein Diskussionsforum, was ist Thema, wie entwickelt sich der Jugendbereich? Da werden ganz viele Profile einfach diskutiert und das findet so einmal im Monat statt, ist so die Zukunft“ (Daxner 76).

### ***Kooperationspartner Pro Mente und Jugendpsychiatrie:***

Da eine enge Kooperation zwischen Jugendpsychiatrie und Pro Mente Jugend besteht und Pro Mente der größte Anbieter in Oberösterreich für rehabilitative Einrichtungen im psychiatrischen Sektor darstellt, erfolgen die meisten Zuweisungen der Jugendpsychiatrie in diesen Bereich an Pro Mente.

- „Es [die Jugendpsychiatrie] ist unser Hauptzuweiser in den Wohneinrichtungen, in den Arbeitseinrichtungen schaut es ein bisschen anders aus, aber in den Wohnprojekten ist die Jugendpsychiatrie Hauptzuweiser für uns. Wir bekommen entsprechend Informationen in Richtung Erstgespräch, Arztbrief und alles was wir dafür brauchen. Wo es derzeit eine gute Vernetzung gibt, da der Primar Leixnering, der Leiter der Abteilung der Jugendpsychiatrie, gleichzeitig auch konsiliarisch tätig ist in einem der Jugendwohnhäuser und darüber hinaus in der fachlichen Leitung von Pro Mente Jugend drinnen ist. Also wir sind sowohl auf der operativen Ebene vernetzt, wenn es um die Jugendlichen geht, aber auch darüber noch was die Weiterentwicklung Pro Mente Jugend betrifft. Das ist eigentlich ideal, weil dann die Konzeptebene und Betreuungsebene miteinander verschränkt funktioniert. Das ist gut, weil das Konzept ist das Eine und Betreuung ist oft was Anderes - wenn das parallel läuft und das aus beiden Blickwinkeln immer beobachtet wird. Das

„Produkt“ das wir anbieten, hat dann eine gute Qualität“ (Pachinger 52).

- „Zwischen der Jugendpsychiatrie und Pro Mente nicht, da ist es uns sehr rasch klar, weil die Jugendpsychiatrie kennt mittlerweile unsere Einrichtung schon sehr lange, weil die blue.box gibt es seit Jänner 1997 und die red.box seit 2006 und die work.boxen seit 2003 beziehungsweise 2004, da gibt es schon viel Erfahrung auf die man zurückgreifen kann, die wissen genau die Zielgruppe, passen die da herein oder nicht. Die wissen zum Beispiel wenn wer stärker minderbegabt ist, dass die blue.- und die red.box nicht gehen. Wir kennen die Sozialarbeiter in der Jugendpsychiatrie natürlich sehr gut, die kennen uns und da gibt es halt ein gutes Einvernehmen, weil man voneinander weiß, von der Arbeitsweise und so weiter“ (Pachinger 58).
- „Die Zusammenarbeit mit Pro Mente wird dann initiiert wenn wir das Gefühl haben der Jugendliche benötigt eine längere Betreuung aufgrund seiner psychiatrischen Erkrankung“ (Barabasch-Hager 16).

### ***Kontinuierliche Kooperation:***

Nicht nur während des Aufenthaltes des/r Jugendliche/n wird Kooperation benötigt. Die Kooperation streckt sich über einen längeren Zeitrahmen, der schon vor einer Unterbringung eines/r Jugendlichen aufrecht sein sollte:

„Mit den einzelnen Einrichtungen den Kontakt aufzunehmen und zusammenzuarbeiten stellt einen wichtigen Bereich dar. Wenn der Jugendliche zum Beispiel in eine Einrichtung kommt, ist es wichtig, dass mit der Einrichtung Termine ausgemacht werden oder wenn wer von der Jugendwohlfahrt einsteigt, dass mit dem Einzelbetreuer Termine ausgemacht werden. Es kommt mindestens zu einem oder zwei Ambulanzterminen, aber meistens zu zehn ambulanten Terminen, wobei es auch Nachkontakte bei uns auf der Station gibt. Diese ambulante Versorgung gestaltet sich bei uns sehr gut. Es wird schon sehr darauf geachtet, dass nach Verlassen der Station noch eine weitere Betreuung von uns vorhanden ist und, dass die Jugendlichen nicht vor dem Nichts stehen“ (Barabasch-Hager 31).

Wenn Jugendliche, die in einer Einrichtung bereits untergebracht sind, eine stationäre Unterbringung in der Klinik benötigen gestalten sich die Kontakte sehr gut und werden im folgenden Interviewausschnitt beschrieben:

„Also es ist so, dass wir den Kontakt auf jeden Fall aufrecht erhalten. Auf Möglichkeit, wenn es zu einer Einweisung kommt, fährt immer ein Mitarbeiter, eine Mitarbeiterin mit hinein. Das ist auch ganz wichtig keinen Beziehungsabbruch zu haben und was auch immer ganz wichtig ist, wenn es zu einer Einweisung kommt, dass das nie als Strafe oder so erlebt wird. Zu sagen: naja, jetzt wirst du es schon sehen oder in die Richtung du warst nicht brav und jetzt weisen wir dich ein. Also um das geht es überhaupt nicht, weil wenn es zu einer Einweisung kommt, wird unser Beziehungsnetzwerk intakt bleibt, dass eine Verstimmungen aufkommen kann, - es kommt natürlich immer wieder zu Verstimmungen weil eine Unterbringung ist keine Gaudes - aber so weit als möglich, dass erkennbar bleibt, wir wollen Kontakt halten und wir halten den Kontakt auch. Es kann sein das wir täglich reinschauen, dass wir jeden zweiten Tag reinschauen. Es gibt dann auch regelmäßige Vernetzungsgespräche mit der Klinik. Also wo ein Facharzt dabei ist oder teilweise ein Sozialarbeiter dabei ist, Therapeut, Therapeutin je nachdem, wie die Zusammensetzung aussieht. Aber da wird ein enger Kontakt gehalten“ (Pachinger 100).

Während eines Klinikaufenthaltes eines/r betroffenen Jugendlichen kann sich die Kontaktintensität zwischen Wohneinrichtungen und Jugendpsychiatrie bis auf mehrere

Kontakte pro Woche ausdehnen.

„Also das, wie soll man das sagen. Wir haben jetzt einen Jugendlichen relativ lange auf der Klinik gehabt, da haben wir einige Kontakte pro Woche“ (Pachinger 102).

### ***Interdisziplinäre Betreuung während stationärer Unterbringung:***

Während einer laufenden Unterbringung in einem Projekt, kann es aufgrund einer starken Traumatisierung zur Notwendigkeit einer stationären Betreuung seitens der Jugendpsychiatrie kommen.

„Es ist bei den Burschen noch nie so ein akuter Fall gewesen, wo ich sage da ist ein längerer Aufenthalt von über einem halben Jahr gewesen. Grundsätzlich passiert es immer wieder, dass sich während unseres Prozesses durch starke Traumatisierung, Krisenaufenthalte oder wie auch immer sich herausstellt, dass ein therapeutischer stationärer Aufenthalt in der Jugendpsychiatrie sinnvoll wäre. Das ist immer ein Durchschnittswert zwischen zwei und vier Monaten je nachdem, wie intensiv die Geschichte begleitet gehört. (Daxner 76).

Schwierigkeiten der Zusammenarbeit werden in den unterschiedlichen Einschätzungen und Annahmen gesehen. Die Institutionen verfolgen unterschiedliche Ziele, welche sich prägend auf die jeweilige Einschätzung auswirkt.

„Schwierigkeiten gibt es dann, wenn es unterschiedliche Einschätzungen gibt den Jugendlichen betreffend. Wenn wir zum Beispiel sagen, wir haben den Eindruck nach dem Probewohnen, dass es keinen Sinn macht, die zuständige Stelle jedoch hat den Eindruck es passt ganz genau zu uns, dann gibt es halt Spannungen“ (Pachinger 64).

### ***Informationsaustausch und Kooperation in der Vernetzung:***

Die Vernetzung ist auch vom Bemühen und Engagement jedes/r einzelnen ProfessionalistIn geprägt. Die Angebotspalette der Beratungs- und Betreuungseinrichtungen und Projekte wird jährlich in Form des Sozialratgebers herausgegeben.

„Die Vernetzung bezüglich meines Know-hows ist natürlich in der Auftragsklärung und Auftragsarbeit der Jugendlichen, das reicht sage ich einmal ... meine Bandbreite reicht von Salzburg bis Wien ungefähr. Ich sage alles, was im näheren Umfeld ist und man kontaktieren könnte. Ich würde mich im Linzer Bereich sehr, sehr stabil sehen, dass ich sage, ich weiß genau welches Angebot es gibt. Welche Träger es gibt, und wenn ich das nicht wüsste und mir würde zu wenig einfallen, dann habe ich meine Mappen. Da gibt es von Pro Mente einen Folder, wo alle sozialen Einrichtungen beisammen sind. Alle Einrichtungen weiß ich sicher nicht, aber ich weiß die Träger und ich kann Familien oft sehr viel weitervermitteln, was sie in Anspruch nehmen können. Aber da gibt es auch einen klaren Katalog. Da gibt es den Sozialratgeber, den wir immer jedes Jahr zugesendet bekommen, wo viel drinnen steht. Das muss man dann auch in Anspruch nehmen“ (Daxner 102).

Kooperation bedeutet nicht nur einen intakten Informationsaustausch zu haben und mit

möglichst vielen Anbietern in Kontakt zu sein. Die Qualität der Zusammenarbeit ist ausschlaggebend. Es geht nicht darum, dass die Arbeit der einzelnen Stellen ordnungsgemäß verrichtet wird, sondern es benötigt das bestimmte Mehr an Zusammenarbeit, sprich an einem Strang für den/die Jugendliche/n zu ziehen.

„Sicherlich prägt der Umgang zum Beispiel der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendwohlfahrt auch die betroffenen Jugendlichen. Wenn Jugendliche mitbekommen, dass an einem Strang für sie gezogen wird, wirkt sich das natürlich positiv auf sie aus. Die Zusammenarbeit in diesem Bereich erweist sich für alle Beteiligten und besonders für die Jugendlichen als sehr wichtig“ (Leixnering 40).

Die Frage der Kooperation ist nicht ohne die Frage der Zuständigkeit zu sehen. Oftmals sind mangelnde oder fehlende Abklärungen der Zuständigkeiten den Schwierigkeiten bzw. den Hürden in der Fallbearbeitung kausal zuzuordnen. Nach Leixnering und Barabasch-Hager (2009) wurde früher die Akutversorgung von Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie abgewickelt. Heutzutage wird die Akutversorgung in der Jugendpsychiatrie sichergestellt. Die konsiliarischen Tätigkeiten stellen sich in Akutfällen als sehr nützlich dar, da die Ärzte in der Jugendpsychiatrie die/den Jugendliche/n bekannt sind und sie den Jugendlichen bereits kennen.

„Der Kontakt zu den Jugendlichen wird auch seitens der Einrichtungen bei einem Klinikaufenthalt ständig gehalten. Oftmals haben unsere Fachärzte eine Konsiliartätigkeit in den entsprechenden Einrichtungen und somit einen engeren Kontakt“ (Barabasch-Hager 32).

- ***Adäquate Betreuung bzw. nicht adäquate Betreuung***

Um eine adäquate Betreuung für psychisch gestörte bzw. psychiatrisch erkrankte Jugendliche ermöglichen zu können, muss man vorerst wissen, was Jugendliche überhaupt brauchen und wie sich ihre Lebenssituation gestaltet. Aus diesem Grunde müsste man sich die Mühe machen die individuellen entwicklungsadäquaten Bedürfnisse und Situationen wahrzunehmen. Hierfür ist das Interesse und Engagement der ProfessionalistInnen erforderlich. Oftmals sind es Faktoren wie ein mangelndes Selbstbewusstsein und Perspektivenlosigkeit an denen die Interventionen angesetzt werden müssen.

„Vielen dieser Jugendlichen fehlt die beruflich Perspektive. Jugendliche die eine Lehre abbrechen, da sich herausstellte, dass es nicht die Richtige für sie ist. Der Grund dafür ist, dass sie keine andere bekommen haben. Die Zunahme der Jugendlichen, denen jegliche Perspektive fehlt und die sich folglich sinnlos fühlen, ist sichtbar. Migrationskinder, die keine Chance auf Arbeit haben und zusätzlich noch dem Druck der Abschiebung bei nicht vorhandenen Arbeitsstellen im Rahmen der befristeten Aufenthaltsgenehmigung haben, sind im Zunehmen. Großteils sind diese Jugendlichen mit Migrationshintergrund schon in Österreich geboren und können weder die Sprache des Landes ihrer Herkunftsfamilie noch wissen sie, ob es in dem Land überhaupt noch Verwandten oder Bekannten gibt. Diese Tatsache löst eine unheimliche Angst in den

Betroffenen aus. Selbstmordversuche oder delinquentes Verhalten sind die Folge“ (Barabasch-Hager 40).

Ausnahmen bestätigen die Regel und so ist es auch hier der Fall, dass nicht für jeden Jugendlichen eine adäquate Betreuung gefunden werden kann. Maßnahmen der Einzelbetreuung werden in Oberösterreich durch die Caritas invita geleistet, welche sich vermehrt auch um die Betreuung von Menschen mit psychischen bzw. psychiatrischen Beeinträchtigungen kümmert. Die klassischen Behinderteneinrichtungen eignen sich oftmals nicht für die Betreuung der Jugendlichen mit psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen.

„Es gibt natürlich immer wieder auch Jugendliche für die keine adäquate Unterbringung gefunden wird. In diesen Fällen schauen wir was es sonst noch für Möglichkeiten gibt. Oft sind es individuelle Ausgangslagen, dass eine Einzelbetreuung mit Wohnen gesucht wird, was hauptsächlich in der Caritas invita zu finden ist. Unsere Aufgabe ist es einen Kontakt zu Caritas invita herzustellen, sodass die sich den Jugendlichen anschauen und ein Konzept für ihn erstellen. In Oberösterreich laufen die Interventionen über das Chancengleichheitsgesetz, welches auch diese Interventionen finanzieren. Im Bereich der sozialpädagogischen Einrichtungen sind die Unterbringungsmöglichkeiten zwar rückläufig, jedoch finden wir immer wieder eine Unterbringung. Es kommt auch vor, dass mit Unterstützung der Jugendwohlfahrt Maßnahmen der Einzelbetreuung umgesetzt werden, sodass die Betroffenen eine eigene Wohnung haben, welches im Zunehmen ist. Es wird versucht Ressourcen und Stützfaktoren wie etwas Arbeit und Schule aufrecht zu erhalten und zu forcieren. Bei Komorbidität der Jugendlichen, sprich wo mehrere Faktoren zusammenkommen, kommt das Chancengleichheitsgesetz zu tragen.

Es kommt auch vor, dass Jugendliche zuvor in einer Behinderteneinrichtung waren und herausgefallen sind, da es für sie nicht gepasst hat, wobei es zu Problemen gekommen ist. Diese Jugendlichen finden auch beruflich nur sehr schwer einen Halt. Wenn eine berufliche Option eintrifft, gestaltet sich diese oft als sehr kurzweilig und es wird deutlich, dass Nichts Entsprechendes für die Jugendlichen passt“ (Barabasch-Hager 23-24).

Die Jugendpsychiatrie Linz verfolgt das Paradigma der entwicklungsadäquaten Versorgung. Hierbei werden Jugendliche in unterschiedliche Gruppen, in diesem Fall sind es zwei Gruppen, die der Schulpflichtigen und der Nicht-mehr-Schulpflichtigen unterteilt.

„Aus Sicht und Erfahrung der Klinik ist ein spezifisches Differenzieren des Alters von Vorteil, sodass die 0 bis 10-Jährigen nicht in diese Abteilung kommen, denn die Anforderungen dieser Altersgruppe stellen wieder eine ganz Andere dar. Die Betreuung von 6 bis 15-Jährige in einer Einrichtung wäre vorstellbar. In der Sozialpädagogik würde sich ein solches Konzept als schwieriger darstellen, dann müsste man nach Volkshuleinrichtungen, Sekundarschuleinrichtungen und Einrichtungen der Nicht-Schulpflichtigen vorgehen. Eine Trennung zwischen Schulpflichtigen und Nicht-mehr-Schulpflichtigen stellt sich als geeigneter dar. In diesem Zusammenhang wirft sich die Frage auf was mit 12 bzw. 13-Jährigen gemacht wird, die in eine Wohngemeinschaft aufgenommen wurden, wenn sie ihre Schulpflicht beenden“ (Leixnering 15).

### ***Normalisierung und Stigmatisierung:***

Der Bereich der Jugendpsychiatrie ist ein klinischer Bereich und stellt für viele erkrankte Jugendliche für gewisse Zeit eine adäquate Versorgung bis zur ihrer Stabilisierung bzw. Genesung dar, welches eine Aufgabe der Psychiatrie verkörpert. Ein Aspekt der Intervention ist es eine Normalisierung des Lebensbereiches zu erlangen, welches eine Genesung und Reintegration in das Alltagsleben forcieren würde.



„Außerdem ist das nicht Normalität, die kennen kein normales Schulsystem mehr und sie kennen keine normalen Gruppen mehr. Es trifft immer öfter ein, dass eine adäquate Beschulung außerhalb der Klinik nicht mehr möglich ist. Da es nicht wirklich Einzelbeschulungen gibt, werden diese Jugendlichen bei uns abgestellt“ (Barabasch-Hager 50).

Gemäß des Falles, dass keine adäquate Unterbringung nach dem Aufenthalt des/der Jugendlichen ausfindig gemacht werden kann oder der/die Jugendliche seitens der Wohneinrichtung in der Jugendpsychiatrie abgestellt wird, würde diese/r aufgrund der langen stationären Unterbringung hospitalisiert und folglich auch stigmatisiert werden. Stigmatisiert in dem Sinne, dass sie als ‚schwierige‘ Jugendliche, die nur für Probleme sorgen und deswegen einen langen Klinikaufenthalt haben, eingeschätzt werden.

„Oftmals kommt es nach langen Aufenthalten in der Klinik zu Stigmatisierungen der Jugendlichen, was für die Jugendlichen nicht förderlich ist“ (Barabasch-Hager 49).

Um der Stigmatisierung und Abschiebung entgegenzutreten grenzt sich die Jugendpsychiatrie stark ab und zögert die Aufenthaltsdauer der Jugendlichen in der Klinik nicht unnötig hinaus, wie es in den Interviews ausdrücklich vermittelt wurde.

### ***Entwicklungsadäquate Vorgehensweise:***

Die schon zuvor angeführte entwicklungsadäquate Denkweise und Aufteilung inkludiert eine entwicklungsadäquate Arbeit mit den Jugendlichen. Faktoren, die etwa in den Verschiedenheiten der Erkrankungen und Störungen oder etwa in den altersspezifischen Unterschieden ersichtlich werden, stellen die Grundlage einer entwicklungsadäquaten Heran- und Vorgehensweise dar.

„In Bezug auf die altersadäquate Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurde einst großteils der sogenannte Familienansatz vertreten, bei dem der Schwerpunkt auf eine große Streuung des Klientels gerichtet war. Vor Jahren war man noch der Ansicht, dass es keine Schwierigkeiten bei der Unterbringung von einem 17-jährigen Schizophrenen mit einem 6-jährigen ADHS-Kind auf einer Station gäbe. Im Laufe der Jahre hat man von diesem Konzept Abschied genommen, und es wurde eine Unterteilung in Schulpflichtige und Nicht-mehr-Schulpflichtige unternommen. Aus sozialpädagogischer Sicht werden auch in diesem Alter unterschiedliche Freizeitansprüche und -angebote gestellt. Ferner ergeben sich unterschiedliche Notwendigkeiten, ob jemand sich in der Spätpubertät oder mittleren Adoleszenz befindet, oder ob man noch ein Kind vor sich hat“ (Leixnering 13).

Entwicklungsadäquates Arbeiten erfordert verständnisvolles, reflektiertes, aktives und teilnehmendes Arbeiten, um die emotionalen, alters- und sozialisationsorientierten Entwicklungsstände der Jugendlichen nachvollziehen zu können.

„Viele Menschen behaupten, dass eine entwicklungsangemessene Arbeit und der Blickwinkel dazu für sie selbstverständlich sind, jedoch bin ich mir nicht sicher, ob das jedem so bewusst ist. Entwicklungsadäquat zu

arbeiten bedeutet sich die Mühe zu machen und zu überlegen auf welchem Niveau das Kind/der Jugendliche sich eigentlich befindet“ (Leixnering 24).

### ***Ausweitung klassischer Behinderteneinrichtungen:***

Der Bedarf an psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen wird vermehrt wahrgenommen. Als ein Beispiel wurde in einem Interview die Caritas invita genannt. Die Caritas invita war und ist eine der klassischen Behinderteneinrichtungen, welche sich nun auf den Übergangsbereich von kognitiver Behinderung und psychischen Erkrankungen orientieren. Die Problematik, dass klassische Behinderteneinrichtungen keine adäquate Betreuung für psychisch bzw. psychiatrisch Erkrankten darstellt, wurde im Punkt ‚Grenzen‘ diskutiert wird.

„Einen sozusagen neuen Anbieter der sich im sozialpsychiatrischen Bereich vermehrt engagieren will stellt die Caritas invita dar. Dieser Anbieter hat seine Wurzeln in der Behindertenbetreuung, wobei sie zunehmend in den Übergangsbereich kognitive Behinderung und psychische Erkrankung einsteigen. Die Kooperation zwischen Caritas invita und der Jugendpsychiatrie wird aufgrund Jugendlicher und junger Erwachsener aus diesem Bereich initiiert. Die sogenannten Behinderteneinrichtungen stellen für psychisch erkrankte Jugendliche keine adäquate Unterbringung dar. Diesem versucht die Caritas invita entgegenzuwirken, da die Bedürfnisse und Anforderungen dieser Jugendlichen andere sind. Menschen mit geistiger bzw. kognitiver Behinderung sind dem Entwicklungsniveau entsprechend in der Regel gut sozialisiert. Wenn man nun Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens in dieses Setting gibt, wird der Rahmen gesprengt und es ist nur schwer oder keine Arbeit mit den Betroffenen möglich“ (Leixnering 28-29).

### ***Sozialpädagogische Verbundkonzeptionen:***

Eine weitere Versorgungsalternative zeigt sich in den sozialpädagogischen Verbundkonzeptionen, die eine kontinuierliche langandauernde Betreuung anstreben. Das Konzept der sozialpädagogischen Verbundkonzeptionen verfolgt aufbauende Strukturen, die sich nach dem Alter der NutzerInnen richten. Es handelt sich um Wohngruppen die unter einer Organisation laufen, aber an sich autonom bestehen.

„Das Konzept der sozialpädagogischen Verbundkonzeptionen in denen man je nach Altersgruppe die Gruppe wechselt, jedoch in einer Institution bleibt offenbart sich als eine adäquate Alternative. Unter den sozialpädagogischen Verbundkonzeptionen sind Verbünde von Wohngruppen, die durchaus als autonom zu verstehen sind.

In der Arbeit mit sozialpädagogischen, sozialtherapeutischen und therapeutisch-pädagogischen Jugendwohngruppen verdeutlicht sich die Schwierigkeit für Mitarbeiter mit einer Klientel von kleinen Kindern und gleichzeitig Älteren zu arbeiten. Es erachtet sich nicht als sinnvoll zu Junge und Ältere zu lange in einem Kontext zu führen. In diesem Beispiel wird durch eine Ausdifferenzierung von Innenwohnen und Kerngruppen gearbeitet, wobei auch ein ähnliches Ergebnis erzielt wird, welches ein Modell der Zukunft darstellen wird“ (Leixnering 16-17).

### ***Begrenztheit der Projekte:***

Die Schwierigkeiten einer kontinuierlichen Betreuung eröffnen sich in der Begrenztheit der Projekte. Laut der geführten Gespräche wird zumindest versucht, die Zeit in der die Jugendlichen in ihrer (der Einrichtungen) Obhut sind so zu gestalten, dass hier eine gewisse Kontinuität vorhanden ist.

„Zahlreiche Projekte für Jugendliche sind auf einem bestimmten Zeitraum begrenzt. Dadurch erleben die Jugendlichen immer wieder Beziehungsabbrüche. Wir versuchen die Aufrechterhaltung der Beziehungen zumindest für die Zeit, die sie bei uns auf der Klinik sind, sicherzustellen. Wenn zum Beispiel Maßnahmen wie die pädagogische Einzelbetreuung ausgeführt werden, so wird das auch während eines Aufenthaltes in der Klinik fortgesetzt. Hiermit wird versucht das soziale Netz, das der Jugendliche außerhalb der Klinik hat, aufrechtzuerhalten und zu forcieren“ (Leixnering 3).

### ***Keine adäquate Unterbringung:***

Der Anteil an KlientInnen für die keine adäquate Unterbringung bzw. Lösung gefunden wurde, stellte sich in den Gesprächen als minimal dar. Durch die klare Definition der Zielgruppen seitens der Pro Mente Jugend-Einrichtungen kommt es zu einer Vorselektierung der NutzerInnen, sodass der Kontakt mit Jugendlichen, die keine adäquate Unterbringung finden, sehr gering bis gar nicht vorhanden ist.

„Also direkt, dass es gar keinen Platz für die Jugendlichen gibt, ist mir nicht bekannt. Es gibt immer wieder Jugendliche, wo man sagt die machen ein paar Stationen in Einrichtungen durch, bis dass es dann Einrichtungen gibt mit verschiedenste Teamgefüge und Zusammensetzungen und Räumlichkeiten, wo es dann einmal funktionieren wird. Wir haben das natürlich in der red.box und in der blue.box. Es gibt immer wieder Jugendliche, bei denen man sagt, sie kommen freiwillig und dann stellt sich nach zwei, drei, vier Wochen heraus, dass sie noch keinen Auftrag haben“ (Daxner 32).

### ***Lösungs- bzw. Ursachenforschung:***

In den Interviews wurden teils Lösungs- bzw. Ursachenforschung für etwaige Defizite seitens der interviewten Personen betrieben und einige Mängel thematisiert. In der Ursachenforschung wird die mangelnde Flexibilität auf Organisationsebene angegeben, welche zur Verzögerung bzw. Verhinderung der Intervention führen kann. Die Möglichkeit einer Selbst- und Fremdeinschätzung der Projekteignung durch der Institution und den/der KlientIn wird im Sinne einer Qualitätsverbesserung der Betreuung gefordert.

„Die Verwaltungsbehörden erfahren nicht kurzfristig von der Notwendigkeit für die etwaigen Interventionen. Hier zeigt sich schon die Unflexibilität der Jugendwohlfahrt und der Sozialabteilung, obwohl hier auch nicht alle über einen Kamm zu scheren sind. Es gibt sehr wohl sehr viele, zum Beispiel die Bedarfskoordinatoren, die gewillt sind, sehr willig und sehr engagiert sind. Gerade im Chancengleichheitsbereich ist der Markt für

Jugendliche nicht sehr gut. Man muss fairer Weise sagen, dass diese klassischen Behinderteneinrichtungen für Jugendliche, wenn die nicht zehn Jahre angemeldet sind, keine Chance bieten. Es ist tragisch, dass in diesem Bereich wenig möglich ist. In der berufsintegrativen Sparte gibt es schon einiges und dort geschieht es schneller. Ein Grund dafür ist die Möglichkeit des Schnupperns und wenn es für alle treffend ist, dann bleiben die dort. Wenn sie jedoch als Beispiel zu schwach sind, kommen sie nicht für dieses oder jenes Projekt in Frage. Wenn diese Jugendlichen aus der Einrichtung fallen steht ihnen ein langer Leidensweg bevor, da es in diesem Bereich keine adäquate oder wenig Möglichkeiten gibt“ (Barabasch-Hager 27).

### ***Übergangsversorgung in die Erwachsenenpsychiatrie:***

Mögliche Varianten einer adäquaten Übergangsversorgung in die Erwachsenenpsychiatrie werden nach Barabasch-Hager (2009) in der Arbeit der Wohneinrichtungen der Pro Mente Jugend in Form von einer Suche einer Weiterbetreuung in ihre Arbeit integriert.

„Eine Übergangsversorgung zur Erwachsenenpsychiatrie ist gut vorhanden. In der Arbeit der blue.box fließt die Suche nach einer Weiterbetreuung nach dem Aufenthalt ein. Möglichkeiten, wie zum Beispiel die Rückkehr in die Herkunftsfamilie, teilbetreutes oder selbstständiges Wohnen mit Betreuung werden in Betracht gezogen.“ (Barabasch-Hager 21).

- ***Nachbetreuung***

Die Nachbetreuung der Jugendlichen, die eine (psychiatrische) Institution verlassen, stellt eine wichtige Brücke zu einem gelingenderen Lebens(-abschnitt) dar. Die zuletzt Behandelten können die momentane Situation des/der KlientIn am besten einschätzen und adäquaten nachfolgende Betreuungen einleiten, welche individuell stark variieren.

„Also zum Beispiel bei Patienten mit Psychosen, die nach dem Aufenthalt in der Klinik noch eine Rehabilitationsphase brauchen oder Traumageschichten also nach PTBS, den posttraumatischen Belastungsstörungen. Sowie bei Patienten bei denen man noch eine Nachbetreuung braucht und bei denen man nicht genau weiß, ob sie in die Herkunftsfamilie zurückkehren können. Es kann dann auch in Richtung teilbetreutes Wohnen gehen, oder um die beruflichen Möglichkeiten zu orten. Meistens sind es schon Jugendliche, die psychisch so beeinträchtigt sind, dass im Moment Schule und Arbeit kein Thema ist“ (Barabasch-Hager 19).

Seitens der Jugendpsychiatrie gestaltet sich die Nachbetreuung in Form von Ambulanzgesprächen, die der Erfahrung nach gerne und gut in Anspruch genommen werden.

- „Die Jugendlichen kommen zu den Ambulanzgesprächen, folglich kommen wir mit ihnen in Kontakt und dann erzählen sie wie es momentan läuft. Es gibt viele gelungene Beispiele, bei denen sich zuhause das Setting geändert hat und die mit Hilfe eines Einzelbetreuers weiterkommen“ (Barabasch-Hager 36).
- „Die ambulanten Kontakte, die nach einem Aufenthalt bei uns vereinbart werden, vollziehen sich mindestens ein bis zwei Mal“ (Barabasch-Hager 29).

- „Wenn wir der Meinung sind, das es eine ganz enge Nachbetreuung braucht, dann gibt es zwei Tage nach der Entlassung schon wieder einen Ambulanztermin. Bei gutem Anlaufen der Weiterbetreuung gibt es 14-tägig Ambulanztermine, was sich sehr individuell gestaltet“ (Barabasch-Hager 30).

Die Vertretung des Familienansatzes in den sozialen Einrichtungen wird, wie in den Interviewausschnitt ersichtlich, auch in der Praxis vertreten. Ein wesentliches Ziel der Arbeit besteht in der Rückführung der Jugendlichen in ihre Herkunftsfamilie. Um dieses Ziel zu erreichen benötigt es einer Stabilisierung der Jugendlichen. Gemäß des Falles das eine Rückführung nicht in Frage kommt, wird eine Nachsorgeeinrichtung in Form einer eigenständigen Wohnung gesucht.

„Da gibt es die Möglichkeit in den Familiengesprächen alles was zu dem Konzept dazugehört zu klären, dass eine Rückführung in die Herkunftsfamilie möglich ist. Dann ist noch der Unterschied, ob das ein minderjähriger oder ein volljähriger Jugendlicher bzw. junger Erwachsener ist. Weiterführende Nachsorgeeinrichtungen ... es ist unterschiedlich ... eigenständige Wohnung von der Genossenschaft, usw. Wir selber bieten dann eine Nachbetreuung von maximal drei Monaten an. Wir verknüpfen das schon so, dass wir sagen der Jugendliche kommt in einen Bereich, wo er mit seiner Stabilisierung weitermachen kann und je nach dem was er braucht, das werden wir aktivieren, das gehört zu unserem Bereich dazu“ (Daxner 16).

In Anschluss der Nachbetreuungszeit von maximal drei Monaten in der Pro Mente Einrichtung ist die Dokumentation der einzelnen Fälle erforderlich, womit der ‚Fall‘ abgeschlossen wird.

„... und dann wird der Akt abgeschlossen und es ist dann für die Nachbetreuung ein Protokoll zu führen, wie viele Stunden, in welchem Ausmaß, was ist angeboten worden, was hat man alles in Anspruch genommen, was ist alles in der Nachbetreuung ausgearbeitet worden. Da gibt es ein Formular dafür. Wir haben auch eine Meldepflicht in der Geschäftsführung, wo die die Nachbetreuung behandelt wird“ (Daxner 54).

- ***Grenzen***

Das Thema Grenzen wird hier aus mehreren Blickwinkeln betrachtet. Die Betrachtungen stammen aus Sicht der finanziellen Lage in der Betreuung und aus Sicht der Einrichtung, wenn Grenzen dieser durch die Betreuung bestimmter Jugendliche gesprengt werden. Das leidige Thema des Geldes schafft in allen Bereichen des Lebens wie auch in der Betreuung Grenzen, welche der Durchführung von Hilfen im Wege stehen und somit diese notwendigen Hilfen unterbinden. In den Gesprächen wurden die Bereitschaft und das Engagement der Politik in Oberösterreich eher wohlwollend geäußert, wobei es immer Ausreißer gibt.

### ***Finanzielle Grenzen und Politik:***

Damit eine Umsetzung der Betreuung realisierbar wird, muss Einklang zwischen Politik und finanziellen Belange vorhanden sein. In folgenden Interviewausschnitten wird von den Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise bis zu politischen Einstellungen Bezug genommen.

- „Aufgrund der Weltwirtschaftskrise, die ihre Kreise zieht ist in den nächsten Jahren mit einem Sistieren zu rechnen, da die Steuergelder in dieser Zeit auch ausbleiben. Der Budgetplan des Landes wurde sicher zielorientiert ausgerichtet, jedoch wurde er durch die Krise aus der Bahn geworfen und somit schwer zu halten sein. Ferner wird unsererseits der Kontakt zu den Schulbehörden gehalten. Dieser Bereich beinhaltet noch ausbaufähiges Potential. Immer mehr Schüler drohen aus den Klassen geworfen zu werden und im weiteren Weg kommen sie auch zu uns in die Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (Leixnering 35).
- „Politische Bedenken und finanzielle Begrenztheit be- bzw. verhindern die Umsetzung konkreter Verbesserungsvorschläge. Im Großen und Ganzen zeigt sich die politische Landschaft in Oberösterreich allen Sozialen sehr offen“ (Pachinger 33).
- „Die Politiker nehmen es zunehmend wahr, dass sich im Lebensabschnitt der Jugend psychiatrische Erkrankungen chronifizieren können, was ihnen von uns auch immer wieder nahegelegt wird“ (Leixnering 34).

### ***Sprengung der Grenzen:***

Für eine Sprengung der Grenzen einer Institution sind mehrere Faktoren von Bedeutung. Die Wahl der adäquaten Unterbringung macht einen Hauptfaktor aus, damit die Betreuung gelingen kann. Ein adäquates Setting kann dem/der Jugendlichen genug Entfaltungs-, Reibungs- und Rückzugsmöglichkeiten bieten, was sich positiv auf den Jugendlichen auswirken kann. Bei Überschreitung bzw. Sprengung der Grenzen wird laut Pachinger (2009) eine konsequente Linie verfolgt. Unter Berücksichtigung der Einzelfälle wird individuell auf die Überschreitungen reagiert.

- „Genau, das kommt immer wieder vor das Grenzen gesprengt werden, die auch ganz bewusst von Jugendlichen gesprengt werden, und wo wir aber teilweise gerade bei dem Thema Gewalt sehr konsequent damit umgehen“ (Pachinger 30).
- „Man muss sich den Einzelfall anschauen, also wir haben kein generelles Regelwerk wenn wir sagen es wird einmal zugeschlagen, dann passiert das und das. Wir schauen uns natürlich den Einzelfall an, und versuchen trotzdem auf der Beziehungsebene in Kontakt zu bleiben. Also das ist ganz, ganz wichtig. ... also schon klar eine Grenze zu ziehen, dass hier etwas zu weit gegangen ist und da folgt auch eine Konsequenz. Das kann zum Beispiel eine Einweisung sein, das kann eine Wegweisung für eine gewisse Zeit sein, zu sagen die nächsten ein zwei Wochen geht es einfach nicht, weil das wirkt auf die anderen Jugendlichen auch, die haben ja dann auch teilweise Angst oder die Gruppendynamik die dann passiert...“ (Pachinger 32).

### ***Adäquates Setting:***

Etwaige Behinderteneinrichtungen oder sozialpädagogische Einrichtungen bieten nicht das adäquate Setting für Jugendliche mit psychiatrischen Erkrankungen. Als Vergleich könnte eine Kindergartenpädagogin nicht als Lehrerin für eine/n Hauptschüler im Kindergarten eingesetzt werden. Das Setting für Kindergartenkinder und die Betreuung von Kleinkindern und Kindergartenkindern würde zum Beruf der Kindergartenpädagogin passen, jedoch würde das Setting und die Kindergartenpädagogin für den Jugendlichen und seine Anforderungen nicht passend sein. Es nützt nichts, wenn der/die ProfessionalistIn in ihrer Profession hervorragend arbeitet, wenn jedoch eine andere Profession gefordert wird und können die benötigten Anforderungen nicht abdecken werden.

„Genau wenn er unter achtzehn Jahre alt ist, dann häufig geht es um Unterbringungen ... gerade in suizidalen Krisen, in seltenen Fällen auch um schwerere Aggressionen also wirkliche Fremdgefährdung, wo es dann auch um Unterbringung geht, da arbeiten wir sehr gut zusammen und das andere halt auch bei Krisen, die nicht ganz so schwerwiegend sind, aber wo wir sagen, nein das können wir in den Jugendeinrichtungen, in der Wohnbetreuung nicht mehr abdecken“ (Pachinger 54).

- ***Bedarfe***

Wie schon bei den vorherigen Forschungspunkten festgestellt wurde, ist der Raum Linz in der jugendpsychiatrischen Ausstattung sehr gut ausgebaut. Die Forderung konzentriert sich nun mehr auf eine flächendeckende, dezentrale Versorgung. Die Dezentralisierung der Hilfen würde bessere Zugangsmöglichkeiten zu psychiatrischen Hilfestellen in ganz Oberösterreich bedeuten, sowie zu einer breiteren Auswahlmöglichkeit der Ärzte führen.

„Die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Oberösterreich und speziell im Raum Linz ist eine recht Gute. Die Dezentralisierung der Angebote der psychiatrischen Versorgung von dem Raum Linz wäre für eine flächendeckende Versorgung von immensem Vorteil. Hierunter ist nicht eine dritte Vollabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verstehen, sondern ein Modell das mehrere Tageskliniken beinhaltet, welche dezentral an Spitälern angeschlossen werden könnte, bzw. wäre es möglich die ambulatorischen Angebote in den Regionen zu erweitern. Zu diesem Modell wurde auch schon ein Konzept eingereicht, welches jedoch durch finanzielle Belange und den nötigen Trägern noch nicht umgesetzt werden konnte“ (Leixnering 32).

Die Enttabuisierung und eine vermehrte Öffentlichkeitsarbeit stehen am Anfang aller Forderungen um Verständnis und die Nachvollziehbarkeit der Bedarfe psychiatrisch- bzw. psychisch erkrankter Jugendlichen zu ermöglichen. Daxner (2009) fordert eine Öffentlichkeitsarbeit, die in der Sprache der AdressatInnen formuliert wird. Die Forderung

nach klaren präventiven Angeboten für Jugendliche, Aufklärung auch in privaten Haushalten und erlebnispädagogische Angebote wird im folgenden Gesprächsausschnitt deutlich. Die Intention dieser Forderungen liegt in der Erreichung und Aufklärung der Gesellschaft speziell der Jugendlichen und Familien.

„Ich glaube für Jugendliche mit psychiatrischen Hintergrund ... was es braucht ist für mich einfach noch mehr Öffentlichkeitsarbeit. Öffentlichkeitsarbeit in einer allgemein verständlichen Sprache, die die Familien verstehen. Ich merke in meinem Bereich, dass ich sehr leicht Anschluss finde. Es gibt da sehr, sehr viele Familien, wo ein Kind in jugendpsychiatrischer Betreuung ist, wodurch diese Kinder einerseits schon gut aufgehoben sind. Ich glaube, dass erstens einmal mehr Angebote geben könnten. Sei es von Jugendzentren, einfach von Einrichtungen wo man sagt, da ist auch ein Personal mit einem gewissen Know-how, dass man einfach die Jugend wieder mehr greifen kann. Ich glaube die Jugend entwickelt sich in die falsche Richtung, wo zum Teil auch die Gesellschaft und die Umwelt daran schuld sind. Man kann nicht dem Jugendlichen alleine die Schuld geben. Weil ein Jugendlicher entwickelt sich. Ein Jugendlicher wird geboren, der wird von einem Erwachsenen produziert, aber es gehört jedoch mehr dazu. [...] Ich denke mir, da müssen sie auch den Jugendlichen auch was bieten. An dieser Stelle ist für mich de facto zu wenig da. Mit zu wenig da, meine ich nicht, dass ich sage, Security oder irgendwas soll es vermehrt in Lokale geben, sondern hier gehört ein klares Angebot, also mehr Leute in der Prävention her. Da gehören mehr Leute her, die in Schulen gehen und die eine Aufklärung machen. Da gehört ein Angebot her, dass Jugendliche was Erlebnispädagogisches machen können und da gehört weit mehr Aufklärung direkt in die eigenen privaten Haushalte hergestellt. Viele wissen nicht einmal, was die red.box ist. Viele wissen nicht einmal was es im eigenen Umkreis gibt und das finde ich erschreckend. Es hat sich schon gebessert. Also ich denke mir, dass diese Generation das auch wieder ein bisschen verändern wird. Ich merke jedoch gerade im Linzer Bereich, manche wissen nicht einmal für was das Wagner-Jauregg sonst noch zuständig ist. Die sind alle noch der Meinung, das ist das Narrenhaus. Die wissen doch gar nicht, dass es auf der Klinik eine Neurologie, eine Neurochirurgie und so weiter gibt“ (Daxner 88).

### ***Wahrnehmung jugendpsychiatrischer Erkrankungen:***

Die Wahrnehmung von psychischen Störungen und Erkrankungen bezieht sich vorwiegend auf Erwachsene und lässt somit Kinder außen vor. Pachinger (2009) setzt seine Überlegungen in diesem Zusammenhang bei Kindergärten und Schulen an.

„Der Bedarf ist bei Kindern glaube ich auch sehr groß und ich glaube es geht um ein flächendeckendes Angebot auf verschiedenen Ebenen, wo ich sage die Multiplikatoren wie Kindergärtnerinnen und Kindergärtner, Lehrer und Lehrerinnen und so weiter. Die sollten alle, sage ich einmal, Grundfertigkeiten haben auch in Richtung Diagnostik. Hier geht es nicht um Teildiagnostiken, dass man differenzialdiagnostisch sagt, der hat das und das, sondern einfach erkennt, dass etwas nicht stimmt. Wenn ich das erkenne, gibt es eine Fachperson, da kann ich mich hinwenden. Da kann ich die Familie hinschicken, da kann ich auf der einen Seite für die Kinder Unterstützung bekommen, aber auch für die Eltern. Je jünger sie bei der Kinderbetreuung sind, umso besser ist es auch die Eltern immer mit dabei zu haben. Da gibt es momentan auch viel zu wenig“ (Pachinger 50).

### ***Bedarf an Wohngemeinschaften:***

Die Forschung des SOC\_CARE –Projektes (vgl. Kaufmann et al 2007) in Graz ergab einen erhöhten Bedarf an Wohngemeinschaften und insbesondere an sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde dieser Bereich auch hier



hinterfragt. Vorerst kam die Forderung einer klaren Definition einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft auf, da Ungereimtheiten über personelle Standards und Infrastruktur der Einrichtung vorhanden sind. Grundsätzlich wird der Bedarf an Wohngemeinschaften und speziell therapeutischen Wohngemeinschaften in den Interviews bestätigt.

„Der Bedarf an weiteren Wohngemeinschaften ist sicherlich gegeben. Seitdem Gleink zugesperrt wurde ist natürlich mehr Bedarf an Plätzen gegeben. Bezüglich der therapeutischen Versorgungsplätze ist Oberösterreich gut ausgestattet“ (Barabasch-Hager 41).

„Ja genau. Aber das haben nicht viele. Es gibt manche pädagogische Einrichtungen wo der Psychotherapeut die Leitung hat, macht wahrscheinlich einen Unterschied, ob das eine Leitung hat der ein Sozialarbeiter ist oder wie auch immer, das ist immer unterschiedlich. Wie sich das Team auch von den Quellenberufen auch zusammensetzt, ob das nur Sozialpädagogen sind, ob das psychiatrische Krankenschwester oder eine Psychologin dabei ist oder, oder, oder ...“ (Daxner 44).

### ***Bedarf an Arbeitstrainings:***

Die Kapazität der Arbeitstrainingsprojekte ist begrenzt, wodurch die Abdeckung der Nachfrage durch die Vorhandenen nicht gedeckt ist. Im klassischen Behindertenbereich ist das Angebot von Arbeitstrainings ausreichend gegeben. Für Jugendliche mit psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen sind Projekte, die nur an der Tagesstrukturschaffung orientieren sind, wie es bei den klassischen Behinderteneinrichtungen der Fall ist, oftmals zu wenig. Es wird ein Mehr an Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Partizipation benötigt.

„Ein ausbaufähiger Bereich der Pro Mente ist der Arbeitstrainingszentrumsbereich. Die Kapazitäten sind sehr begrenzt und somit nicht ausreichend. Diese Begrenzung ist sehr schwer handzuhaben, da wäre noch etwas von Nöten. Hierunter ist nicht die work.box zu verstehen, sondern wirklich Arbeitstrainings in mehreren Bereichen, in denen eine Anlehre möglich wäre. Der klassische Behindertenbereich, sprich diese berufsintegrativen Projekte nach dem Chancengleichheitsgesetz sind relativ gut abgedeckt. Für psychisch kranke Jugendliche, die den normalen Arbeitsbereich nicht bewältigen können, da sie gerade eine kritische Phase durchmachen, ist nur die work.box vorhanden. Das Kontingent für Arbeitstrainings ist sehr begrenzt, wodurch nur sehr wenige Jugendliche in Betracht kommen. Wenn man früher im Küchen- oder Tischlerbereich angefangen hat, hatte man die Möglichkeit auf einen normalen Lehrplatz umzusteigen, was heute aufgrund des Kontingentes nicht mehr möglich ist. Das Arbeiten an der Tagesstruktur ist für viele Jugendliche zu wenig, um beruflich andocken zu können. Die Tagesstruktur ist für wirklich schwer psychiatrisch Kranke, für Schizophrene im Anfangsstadium relevant. Eigentlich haben wir die klassischen Schizophrenen gar nicht, jedoch psychotisch Erkrankte, welche in die schizoaffektive Schiene gehen. Für diese Personengruppe kommt die Arbeit an der Tagesstruktur zu tragen, alle anderen bräuchten jedoch viel mehr. Für die kommt das am Anfang in Frage, aber alle anderen bräuchten viel, viel mehr“ (Barabasch-Hager 42).

### ***Innovative Betreuungsformen:***

Eine innovative Betreuungsform, die in geführten Gesprächen immer wieder gefordert wurde, stellen erlebnispädagogische Betreuungsansätze dar. „Im Speziellen geht es hier darum Selbstvertrauen und gleichzeitig Vertrauen anderen gegenüber zu gewinnen. Durch die Individualität in der Gruppe, die vorhanden sein sollte, ist es wichtig Selbstständigkeit und Entscheidungsfähigkeit zu erlangen und einzubringen. Die Arbeit in der Erlebnispädagogik stellt eine Art Entdeckungsreise für Jugendliche dar – die Entdeckung eigener Ressourcen, Gefühle, Grenzen, Schwierigkeiten, Perspektiven und Kreativität“ (Plesch 2006,13). Anlässe für den Einsatz zeigen Pachinger und Barabasch-Hager (2009) auf:

Die „Anzahl der Jugendlichen die psychiatrisch erkrankt sind und kaum mehr führbar sind, die ist im Zunehmen begriffen“ (Pachinger 80).

Eine innovative Betreuung, der heutzutage nachgegangen wird, ist die Betreuung in Form von Abenteuerprojekten.

- „So Abenteuerprojekte, manchmal habe ich das gar nicht so schlecht gefunden, bei manchen hat das schon gepasst. Bei ganz schweren Beziehungs- und Bindungsstörungen bringt das meistens doch was, da können sie nicht aus, da müssen sie sich reflektieren, da müssen sie in Konfrontation treten. Da gehen ganz basale Dinge schon, da geht es um etwas Existenzielles, so klassisch nach der Maslowschen Pyramide. Ich halte das für keine schlechte Geschichte“ (Barabasch-Hager 52).
- „Die Einrichtung von der wir schon lange "träumen", wäre eine Art erlebnispädagogische Einrichtung. Sei es auf einer Berghütte, sei das meinetwegen in Weißrussland oder wo auch immer, wo die Natur gewisse Grenzen vorgibt. Wo ich sage, ich brauche mich nicht auf der Beziehungsebene permanent 'runter strudeln', weil das ist unheimlich anstrengend auch für den Jugendlichen und irgendwann kommt auch der Punkt, wo sie sagen sie wollen das nicht mehr. Ich kann mich relativ schwer mit der Natur streiten, dass der nächste Ort 200 km entfernt ist. Das alleine schafft in gewisser Weise eine Ruhe, weil gewisse Außendinge, wie Computer, Handy, Rauchen, Stress und diese ganzen Faktoren nicht da sind. Also ich glaube das hat ja auch einen Hintergrund, warum sich unsere Jugend verändert. Es sind unheimlich viele Faktoren da und mittlerweile weiß man das auch, wenn man sich den Manfred Spitzer, den Neuropsychiater anhört, dass sich auch die Gehirnentwicklung derzeit verändert bei jungen Menschen, aufgrund von Computer, von EDV, von Schnelllebigkeit, von der Art wie Information aufgenommen wird, verarbeitet wird. Wir sind Schnellinformationsverarbeiter, deshalb klagen viele Deutschlehrer, der kann keinen Aufsatz mehr schreiben, keinen Fantasiaufsatz und alle sind ganz paff, weil Fantasie teilweise kein Thema mehr ist“ (Pachinger 78).

- ***Wünsche***

Bedarfe und Wünsche gehen Hand in Hand und somit sind die Thematiken sehr ähnlich vorzufinden, wenn sie nicht ganz und gar gleichzustellen sind.

### ***Standards in Ausbildungen und Handlungsfeldern:***

Wie auch in den Fachdiskussion der Case Management-Tagungen und den geführten Interviews hervorkam, ist das Verlangen nach einer professionellen Verankerung und Abgrenzung in der Arbeit mit psychiatrisch kranken Jugendlichen gegeben. Es fängt bereits bei den Professionen der MitarbeiterInnen an und in welcher Institution welche Ausbildung absolviert wurde. Zahlreiche Weiterbildungsmöglichkeiten bzw. Umschulungen werden heutzutage von den verschiedensten Anbietern offeriert. Oftmals wird den einzelnen Ausbildungen die gleiche Bezeichnung gegeben, jedoch kommt es inhaltlich zu Abweichungen, welche sich auch in der Qualität unterscheiden können.

„Das kommt immer auf die Einrichtung an. Das ist jetzt nicht böse. Es sind nicht alle gleich. Es gibt auch sehr, sehr gute Ausbildungsstätten, aber eine Ausbildung zum Jugendbetreuer bei der WIFI, ein Sozialpädagoge der Erziehungswissenschaften oder Jugend- Sozialpädagoge vom BFI wird ein anderes Know-how vermittelt, als einen der studiert hat. Das ist inhaltlich ein Unterschied“ (Daxner 96).

Der Aufruf nach klaren Standards in Ausbildung und Ausübung wird in folgendem Interviewzitat nach Pachinger (2009) ersichtlich. Die Orientierung an der Zielgruppe nimmt einen wesentlichen Stellenwert in der multidisziplinären Arbeit ein, sodass es überhaupt zu einer Definition von Standards kommen kann.

„Einen Wunsch, den wir schon lange hätten ist, dass es einmal klare Standards gibt. Standards, was bedeutet ... also der Standard muss sich an der Zielgruppe definieren und nicht umgekehrt. Ich denke mir, wenn wir von Jugendlichen mit psychiatrischer Erkrankung reden, dann braucht es ein gewisses Konzept. Das braucht meiner Ansicht nach einen klar interdisziplinären, multiprofessionellen Ansatz, wo ich sage, da brauche ich psychiatrisches Pflegepersonal, da brauche ich Psychologen, da brauche ich Sonderheilpädagogen, da brauche ich Sozialarbeiter, da brauche ich eine Fülle von Fachleuten. Ich glaube über diesen Weg gehören Standards definiert. Wir sind gerade dabei das ein bisschen anzuleiern, weil heutzutage ist jeder therapeutisch, die ganze Welt ist therapeutisch. Heute ist ein jeder Therapeut und es gibt auch Institutionen, im Mühlviertel gibt es da eine Institution, die mittlerweile alle möglichen Coachings und so weiter anbieten. Es werden Berufe kreiert, die vorher noch kein Mensch gehört hat, ob man sie braucht, bezweifle ich ebenfalls, wenn man in zwei Semester auf einmal unheimlich gescheit wird, was ich mir jedoch nicht vorstellen kann. Ich glaube, da braucht es klare Definitionen, was das wirklich darunter verstanden wird. ... und das muss sich von der Zielgruppe ableiten. Ich erlebe es immer mehr, dass gerade die Arbeit mit Jugendliche mit psychiatrischer Erkrankungen, das war ein absoluter Hype in den letzten Jahren, alle machen das, alle! Wenn man dann hineinschaut, was haben die für ein Fachpersonal drin. Was haben die für eine Grundausbildung, wie viele Jahre Berufserfahrung haben die, was zahlen die, dann wird es schon dunkler. Das geht für mich auch in Richtung Controlling denk ich mir, auch zu schauen, was bietet wer mit welchen Qualitäten an? Weil da ist eine starke Gefahr drinnen und der Sozialbereich ist ein Markt wie jeder andere auch, dass hier mit Dumpingpreisen reingefahren wird und das passiert ja auch zum Teil“ (Pachinger 92).

### ***Grundrecht auf Betreuung, Autonomie und Selbstbestimmung:***

Häufig wird psychiatrisch oder psychisch Kranken das Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung aufgrund ihrer Erkrankung aberkannt. Im Laufe der Geschichte wurden Menschen mit psychischen Erkrankungen animalische Eigenschaften zugeschrieben,

wodurch ihnen die Menschenrechte verwehrt wurden und zur nationalsozialistischen Zeit sogar das Recht auf Leben untersagt wurde. Gegenwärtig wird der Appell nach einem Grundrecht der jugendpsychiatrischen Betreuung ausgesprochen.

„Ja, was ein wichtiger Wunsch wäre, dass eine jugendpsychiatrische Betreuung ein Grundrecht wird. Also, dass das wirklich auf ein Verfassungsrecht hinaufgehoben wird, dass Kinder und Jugendliche ein Anrecht auf Betreuung haben. Also, dass das nicht nur ‚good will‘ sein kann oder wenn ein Platz frei ist, dann hast du ihn. Wenn nicht, dann bist er auf einer Warteliste und bist dann irgendwo und es geschieht Nichts, da hat er ein Pech. Sondern Kinder und Jugendliche haben ein Anrecht auf Betreuung. Also, dass sie nicht für sich allein gelassen werden. Das wäre der erste Punkt bei dem man anfangen müsste. Es gibt zwar irgendwelche Bestrebungen habe ich gehört, dass es da Überlegungen schon gibt, aber ... weil wir ein sehr bürokratisches Land sind. Da muss alles mit Recht und Ordnung sein. Wenn das nicht irgendwo niedergeschrieben ist und ein Verfassungsgesetz ist ... ist eines der obersten Gesetze natürlich und wenn das da drinnen steht, dann muss das auch wirklich passieren. Also dann kann keiner sagen, es tut mir leid, ich habe jetzt keine Betreuung für dich. Aber das ist natürlich ein heikles Thema, weil das ist natürlich mit Geld verbunden. Also wie wir zuvor gesprochen haben, 17.500 in Oberösterreich, wenn die 17.500 gleichzeitig aufstehen würden und sagen würden ich will eine Betreuung haben, dann wird es eng, dann müssten wir ein paar Leute mehr anstellen“ (Pachinger 130).

### ***Individuelle Kompetenzanforderungen:***

Bereits bei der Aufnahme der KlientInnen sollten die Angebote für eine jeweilige adäquate Betreuung hinterfragt werden, sodass es zu keinen Überraschungen und unnötigen Einschnitten für die Jugendlichen sowie für die ProfessionalistInnen kommt. Zweifellos kann man dadurch nicht alle Abbrüche oder Fehlunterbringungen verhindern, da sich auch während des Aufenthaltes herausstellen kann, dass diese oder jene Betreuung nicht adäquat ist.

„Verbesserungsvorschläge ... ich denke mir eine sozialpädagogische Einrichtung muss sich aus der Biografie raus von vorne herein überlegen wie viel psychiatrischen Anteil, wie viele stationäre Aufenthalte, welche Krisen es schon gegeben hat. Das könnte man schon vorher besser raus filtern, damit das Team besser vorbereitet ist und nicht überrascht ist, wenn dann eine Krise kommt. Man bedenke, dass die Jugendlichen bis sie volljährig sind in der sozialpädagogischen Einrichtung bleiben. Das könnte sein, dass es unterstützend für sie besser ist und ansonsten wäre es eher eine Konzept- und Anforderungsprofilgeschichte, wo man einfach sagt, wir schließen gewisse psychiatrische Diagnosen von Haus aus aus“ (Daxner 36).

### ***Forderungen an die jugendwohlfahrtliche Kooperation:***

Trotz des Chancengleichheitsgesetzes wird hier die Forderung nach schnelleren Reaktionen und Kooperationen der Jugendwohlfahrt gefordert. Im folgenden Zitat nach Barabasch-Hager (2009) kommt die Schwierigkeit bei Kooperationen durch mangelnden Vertrauensbeziehung zum Vorschein.

„Ein Wunsch von mir wäre es, dass die Reaktion der Jugendwohlfahrt schneller verlaufen würde. Ferner ist

die Abklärung der Jugendlichen in unserer Abteilung sehr gut und es werden keine überzogenen Empfehlungen unsererseits abgegeben, weshalb ich an die Jugendwohlfahrt plädiere, dass sie unsere Entscheidungen ernster nehmen“ (Barabasch-Hager 39).

### ***Öffentlichkeitsarbeit und Nichtwissen:***

Fehlinformationen und Vorurteilen können anhand von vermehrter Öffentlichkeitsarbeit vermieden werden. Ein transparenterer Umgang mit bisherigen Tabuthemen, wie sie im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen zu finden sind, kann als Basis für die Öffentlichkeitsarbeit fungieren.

„... und das gehört für mich einfach transparenter gemacht. Ich denke mir gerade der psychosoziale Bereich ist noch was wo Leute Angst haben, weil alles was ich nicht greifen kann, irgendwie komisch ist. Es ist kein Problem, wenn man einen Blinddarm hat, wenn man eine Grippe hat, wenn man einen Schnupfen hat, das sieht man, das spürt man und ich denke mir das sind einfach Fehlinformationen und nicht vorhandene Informationen. Da sagen die Leute klarer Weise, die Narrischen mit denen will ich nichts zu tun haben. Leider kommen die noch immer mit den Ausdrücken die Behinderten, das sind schwer Erziehbare. Ich habe vor Kurzem einen Anruf gehabt von einem Praktikanten, der eine psychosoziale Ausbildung macht, der sagt ich will ein Praktikum bei euch machen, weil da sind die Härtefälle. Also es gibt auch wirklich Aussagen auch in Einrichtungen, da rede ich auch von Ausbildungseinrichtungen, die sehr, sehr erschreckend sind. Die Leute glauben oft wirklich sie sind ein professionelles, fachkompetentes Fachpersonal“ (Daxner 94).

Die oben genannten Fehlinformationen arten teils in ein ‚Nichtwissen‘ aus, welches fehlende Öffentlichkeitsarbeit und ein Nichtinteresse als Grundlage hat. Das Nichtinteresse hat großteils ihren Ausgang in der Angst vor dem Fremden und ‚Nichtbegreifbaren‘ (hier wird Bezug auf die nicht sichtbaren Merkmale einer psychiatrischen Erkrankung genommen), welche durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit und Enttabuisierung reduziert werden könnte.

„Ein Nichtwissen. Ich denke mir das sind Fehlinformationen, ein Nichtwissen und ein Nichtinteressieren. Es gibt einfach zu wenige Informationen und es gibt zu wenig in den Medien. Man muss dazu sagen, dass die sehr einfach strukturierten Leute, man kann auch Arbeiter sagen, die einfach gesund durch das Leben kommen, die werden nicht ins neue Rathaus gehen oder zu Fachtagungen, weil die würden die Sprache nicht verstehen, sondern da gehört immer irgendwas anderes gemacht. Da gehört einmal vierteljährig oder im Quartal eine Broschüre erarbeitet, die in die Haushalte kommen, wo man sieht in diesem Bezirk gibt es dies und das Angebot. Das allein in den oberösterreichischen Nachrichten, das kleine Kästchen, da schaut ja keiner darauf, wenn er sieht Notruf und Krisenstelle, das wissen die meisten nicht das ist erschreckend“ (Daxner 90).

### ***Finanzielle Hürden:***

Die Hürden für die Realisierung der Wünsche und visionären Betreuungsansätze seitens der Einrichtungen sind oftmals in Form von finanziellen Beschränkungen erkennbar.

Damit Hilfen nicht lebenslang beansprucht werden und die KlientInnen ein selbstständiges Leben führen können, werden adäquate Interventionen, welche positive Langzeitwirkungen zur Folge haben, benötigt. Diese Interventionen können anfänglich einen höheren Kostenaufwand verursachen, welche bedingt durch die Selbstständigkeit der NutzerInnen zu einem reduzierten laufenden Kostenaufwand führt.

„Also wie soll ich sagen ... die Stellen, die Geld haben, die wissen von uns und die wissen auch welche Projekte wir eingereicht haben und das was das Thema Jugendpsychiatrie betrifft. Es ist eigentlich unvorstellbar, dass man das Thema österreichweit bis vor einigen Jahren vergessen hat. Also es hat einige Abteilungen gegeben und das kann ja nicht von der Einzelinitiative von ein paar Trägern abhängen, wie wir zum Beispiel vor 12 Jahren gesagt haben, wir wollen den Bereich groß aufbauen, das alleine kann es nicht sein. Wir würden uns hier auch mehr von politischer Seite erwarten und die großen Probleme, die kommen noch. Die Anzahl der Schwierigen wird mehr und ich stell mir das immer so vor wie einen Stein den man ins Wasser wirft, der zieht ja Kreise ... und die Jugendlichen, die schwierig sind, oder die die Betreuung nicht bekommen, die sie bekommen sollten, die haben zumeist dann auch einmal Kinder. Diese klassischen Karrieren, da war die Mutter auch einmal schon in einer Betreuung und die Kinder sind es auch wieder, und da werden noch einige Dinge auf uns zukommen. Die werden nicht billig sein, weil wenn man überlegt was ein Mensch kostet, der eigentlich ein Leben lang mehr oder weniger in Betreuung ist und nicht erwerbstätig ist, das sind riesen Beträge“ (Pachinger 130).

### ***Sozialpädagogik als Feuerwehr:***

Die Sozialpädagogik wird oftmals fälschlicher Weise als ‚Feuerwehr‘ eingeordnet. Wenn ein Problem existiert wird daraufhin die Sozialpädagogik mit der Erwartungshaltung, dass alles bald wieder perfekt ohne großen Aufwand glänzt, auf den Plan gerufen.

„Wenn man sich anschaut wie das heutzutage in der Schule abläuft, mit Mobbing und Bulling und so weiter, dann soll man in der Schule mehr Psychologen anstellen, mehr klinische Sozialarbeiter, das ist meiner Meinung nach alles ein Schwachsinn, da wird es sich ja nichts ändern dadurch. Ich muss schauen, wo das Ganze anfängt. Das ganze fängt in der Familie an und das basiert auf einem staatlichen Gefüge, wo es Normen und Werte gibt, und da muss man schauen, wo die alle hinfahren diese Werte und Normen. Solange man das nicht gesamtheitlich irgendwo angeht, wird sich die nicht Welt verändern. Wir sind immer die Feuerwehr. In der Jugendpsychiatrie, der Herr Primar Leixnering sagt immer, dass es ihn ärgert, dass er als Feuerwehr gesehen wird. Da passiert was und dann müssen alle zusammenrennen und da muss was passieren. Wir sagen dann oft, was muss da passieren? Jetzt hat der Jugendliche 16 Jahre im Wahnsinn gelebt und jetzt kommt er zu uns und jetzt soll die Welt auf einmal anders werden. Und dann bekommst du noch eine auf das Dach vom Kostenträger, weil du das nicht gescheit gemacht hast. Es hat auch schon Aussagen von den Kostenträgern gegeben, wir sind verantwortlich für das Verhalten des Jugendlichen. Da denk ich mir, das ist ein sehr eigenwilliges Weltbild“ (Pachinger 122).

Forderungen an Gesellschaft und Politik nehmen einen wesentlichen Stellenwert in diesem Wertekontext ein. Welche Werte gibt es in unserer Gesellschaft bzw. welche Werte werden uns anhand der Politik vermittelt.

„Also das sind so Dinge, wo ich mir denke, da wäre die Politik gefordert. Ich glaube, es geht um das Grundweltbild wie mit jungen Leuten umgegangen wird. Das wären die wirklich wichtigen Dinge, glaube ich, jedoch passiert es noch viel zu wenig. Oder die ganze Schuldiskussion, wo ich mir denke, da wird

parteilich herumgeruckelt und der gesteht dem das zu und dafür darfst du dort einmal ein bisschen mitspielen. Ist ernsthaft in einer Diskussion die Frage gestellt worden, was brauchen junge Leute, dass sie lebensfähig dann einmal von einer Schultüre hinausgehen? Hat sich einmal wer die Frage gestellt? Die habe ich in der ganzen Diskussion nicht einmal gehört! Da höre ich nur, dass Lehrer ein paar Stunden mehr arbeiten oder ein paar Turnstunden wieder weg kommen oder ein Freifach doch wieder einmal dazu...“ (Pachinger 124).

### ***Bedarf an therapeutischen Wohngemeinschaften:***

Bezugnehmend auf die Forschung des SOC\_CARE-Projektes (vgl. Kaufmann et al 2007) in Graz, in der ein Bedarf an therapeutischen Wohngemeinschaften signifikant zu vermerken war, wurde diese Forderung in die Forschung aufgenommen und diskutiert. Die Frage der klaren Definition und des einheitlichen Standards einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft haben diesen Gesprächspunkt beherrscht

- „Ob sie [die sozialtherapeutische WGs] sich als therapeutische WGs definieren, will ich jetzt so nicht beantworten, weil ich in dem sozialpädagogischen Rahmen nicht so involviert bin. Ich kenne manche Nachsorgeeinrichtungen mit denen wir kooperieren, und da würde ich schon eher sagen, dass ein therapeutisches Know-how einfach als Hintergrund da ist. Das sind dann auch sozialpädagogische Einrichtungen, die mit einem psychiatrischen Klientel, wo die Diagnose sekundär ist, gut weiterarbeiten können. Also wenn sie da ein gutes Fundament aufgebaut haben und die Stabilisierung da ist, wo man eigentlich sagt, das braucht noch ein bisschen was, das sind durchaus Einrichtungen, wo so etwas gut laufen kann“ (Daxner 42).
- „Also, für mich ist immer die Frage was das heißt sozialtherapeutisch? Wie das definiert wird. Einen Wunsch, den wir schon lange hätten ist, dass es einmal klare Standards gibt. Standards, was bedeutet ... also der Standard muss sich an der Zielgruppe definieren und nicht umgekehrt. Ich denke mir, wenn wir von Jugendlichen mit psychiatrischer Erkrankung reden, dann braucht es ein gewisses Konzept. Das braucht meiner Ansicht nach einen klar interdisziplinären, multiprofessionellen Ansatz, wo ich sage, da brauche ich psychiatrisches Pflegepersonal, da brauche ich Psychologen, da brauche ich Sonderheilpädagogen, da brauche ich Sozialarbeiter, da brauche ich eine Fülle von Fachleuten. Ich glaube über diesen Weg gehören Standards definiert. Wir sind gerade dabei das ein bisschen anzuleiern, weil heute ist jeder therapeutisch, die ganze Welt ist therapeutisch. Heute ist ein jeder Therapeut und es gibt auch Institutionen, im Mühlviertel gibt es da eine Institution, die mittlerweile alle möglichen Coachings und so weiter anbietet. Es werden Berufe kreiert, die vorher noch kein Mensch gehört hat, ob man sie braucht bezweifle ich auch, wenn man in zwei Semester auf einmal unheimlich gescheit wird, was ich mir jedoch nicht vorstellen kann. Ich glaube da braucht es klare Definitionen was das wirklich bedeutet. ... und das muss sich von der Zielgruppe ableiten. Ich erlebe es immer mehr, dass gerade die Arbeit mit Jugendliche mit psychiatrischer Erkrankungen, das war ein absoluter Hype in den letzten Jahren, alle machen das, alle! Wenn man dann hineinschaut, was haben die für ein Fachpersonal drin. Was haben die für eine Grundausbildung, wie viele Jahre Berufserfahrung haben die, was zahlen die, dann wird es schon dunkler. Das geht für mich auch in Richtung Controlling denk ich mir, auch zu schauen, was bietet wer mit welchen Qualitäten an? Weil da ist eine starke Gefahr drinnen und der Sozialbereich ist ein Markt wie jeder andere auch, dass hier mit Dumpingpreisen reingefahren wird und das passiert ja auch zum Teil“ (Pachinger 92).

### **6.3. Case Management**

Die komplexe und häufig noch sehr verwirrende Bezeichnung des Case Management trägt bei vielen ProfessionalistInnen zur Irritation bei. Manche behaupten, dass sie es schon seit zwanzig bzw. dreißig Jahren anwenden, andere sehen es als eine Modeerscheinung, wieder andere geben dem Anglizismus die Schuld für diese Bezeichnung für eine Sache, die als Einzelfallarbeit (case work) angewandt wird. Case Management steckt in Österreich noch in seinen Kinderschuhen, wobei es an rechtlichen und professionellen Verankerungen fehlt. Für viele Menschen ist es schwer zuordenbar, da es in vielen Bereichen anwendbar ist, wie es im Kapitel ‚Einsatzgebiete des Case Management‘ hervorgeht.

„... weil das momentan ein Begriff ist, der jetzt überall auftaucht. Der taucht bei der Gebietskrankenkasse auf, ... der taucht bei sozialpsychiatrischen Verein auf, also die sich mit sozialpsychiatrischen Klientel beschäftigt. Da gibt es ja verschiedene Definitionen und verschiedene Herangehensweisen, aber die generelle war glaube ich, die Definition, dass es etwas Überregionales, was zeitlich Überdauerndes, Längerfristiges auf jeden Fall, was sich nicht auf die Einrichtung sondern klarerweise eigentlich nur auf den Bedürfnissen der Person orientiert“ (Pachinger 8-10).

#### ***Kontinuierliche Betreuung bedarf Veränderungen:***

Aufgrund der Irritationen, die hervorgerufen werden, kommt es vermehrt zur vorschnellen Ablehnung des Ansatzes ohne detailliert über die Herangehensweisen und Zusammenhänge Bescheid zu wissen. Die strukturellen und organisatorischen Veränderungen, die im Case Management gefordert werden, beinhalten häufig Stolpersteine. Wenn Organisationen sich dieser Veränderungen entgegensetzen, kann eine Umsetzung des Case Management erschwert oder unmöglich gemacht werden.

„Ich würde schon eine kontinuierliche Betreuung der Betroffenen durch einen Case Manager befürworten. Im Jugendbereich gestaltet es sich als schwierig, da nur über die Jugendwohlfahrt die Möglichkeiten gegeben sind bzw. in Form eines Einzelbetreuers, dass das Case Management umgesetzt werden kann“ (Barabasch-Hager 47).

#### ***Sinnhaftigkeit des Case Managements:***

Die Sinnhaftigkeit der Anwendung bzw. des Ausgangspunktes des dort angewandten Case Managements ist zu hinterfragen. Wie sehen die Aufgabenstellungen der Organisation aus, von der aus das Case Management durchgeführt wird?

„Ein Case Management, das seinen Ausgang im Krankenhaus nimmt, ist nicht sinnvoll. Unsere Intention ist es nicht den Jugendlichen so lange als möglich an uns zu binden. Es geht vordergründig darum, dass der



Jugendliche draußen wieder Fuß fassen kann und somit sehe ich es als nicht sinnvoll an. Der Aufenthalt des Jugendlichen in unserer Abteilung ist beschränkt“ (Barabasch-Hager 44).

Die Definition des Zuständigkeitsbereichs bedarf einer transparenten klaren Abgrenzung, die für alle Beteiligten nachvollziehbar ist, um etwaige Betreuungsmisstände zu vermeiden.

- „Das ist eine recht interessante neue Idee, wobei sehr genau abgeklärt werden muss was die Aufgaben des Case Manager sind. Es dürfte natürlich nicht so sein, dass noch eine Person hinzukommt. Also man müsste diesen Case Manager mit Kompetenzen ausstatten, die jetzt zum Teil die Sozialarbeiterinnen machen. Folglich müsste man voraussetzen können, dass Sozialarbeiterinnen dann gewisse Agenden abgeben und dafür nicht mehr zuständig sind, was jetzt zum Teil in den Jugendämtern schon passiert“ (Leixnering 1).
- „Eine dem Case Management ähnliche Vorgangsweise wurde von uns schon einmal durchgeführt, was draußen zu einem völligen Stillstand führte. Aus diesem Grund nehmen wir den Professionisten draußen nicht mehr ab, was uns nicht gehört. Das wäre nicht zielführend. Wenn es jedoch von draußen einen Case Manager gäbe, der mit uns zusammenarbeiten würde, dann ist das eine andere Geschichte, aber nicht von uns aus“ (Barabasch-Hager 45-46).
- „Die Forderung geht grundsätzlich in die Richtung, dass es nicht mehrere Zuständigkeiten für einen Jugendlichen gibt. Eine Parallele, die mir zu diesem Bereich einfällt ist das Modell der Richterschaft in der Schweiz. In der Schweiz übernehmen die Jugendrichter oder Jugendanwälte je nach Kanton, die Zuständigkeit wenn es zu einer Anzeige kommt, sowie die Begleitung der Jugendlichen durch sämtliche Verfahrensarten. Was ich persönlich auch als sehr gut finde“ (Leixnering 2).

### ***Anwendungen von Teilbereichen des Case Managements:***

Das Case Management umfasst eine vielschichtige Handlungsebene, in der sich viele sozialarbeiterischen Tätigkeiten wiederfinden lassen. Wie im Kapitel ‚Case Management‘ bereits abgehandelt, bietet das Angebot eines/er Case Managers/in eine Vermittlung zwischen den zahlreichen Angeboten der einzelnen Organisationen und den Bedürfnissen der Betroffenen.

„Rein streng genommen nach diesen Kriterien betreiben wir kein klassisches Case Management, sondern Teile des Case Managements. Im Endeffekt also alle unsere Projekte beruhen auf einer Bezugsbetreuung. Das heißt die BetreuerInnen, jeder hat seinen oder mehrere Bezugsjugendliche, versucht die Angelegenheiten der Jugendlichen wahrzunehmen. Das sind organisatorische Angelegenheiten, aber auch betreuerische Angelegenheiten. In Bezug auf das Case Management gibt es, glaube ich auch verschiedene Formen wie das organisatorisch abläuft? Ob die Person die das Case Management betreibt nur organisatorisch zuständig ist,... oder ob sie auch inhaltlich zuständig ist. Wir haben da immer so Mischformen drinnen, weil wir das in den Projekten gar nicht anders gestalten können. Das hat einen fachlichen Hintergrund, die Jugendlichen, die wir betreuen, haben viele Beziehungsabbrüche und so weiter hinter sich. Wir wollen eigentlich keine Filetierung vornehmen, dass ich sage, da hast du den Profi, da hast du den Profi und da hast den Profi. Meistens oder häufig geht es um emotionale Störungen, wo es glaube ich wichtig ist, dass es eine Person gibt, die den Jugendlichen sehr gut kennt und weiß warum er nicht zu der Institution geht, wieso er die Beratung zum Beispiel nicht in Anspruch nimmt. Der Hintergrund sind meistens Ängste oder irgendwelche Unsicherheiten, und wenn man das zu stark zu filetieren anfängt, dann wird es schwierig... die Beziehungsebene denke ich

mir ist die Basis auf der das Ganze dann überhaupt aufsetzen kann. Von da her betreiben wir kein klassisches Case Management würde ich mal sagen“ (Pachinger 14-18).

Wie Wendt (2001, 2008) ausführt, beinhaltet ‚nicht überall wo Case Management drauf steht, dass auch das ‚zertifizierte‘ Case Management drinnen‘ ist, obgleich einige Phasen des Case Managements in der Sozialen Arbeit in ähnlicher Ausführung erkennbar sind.

- „Wenn ein Jugendlicher zu uns kommt und es ist vorher noch keine Intervention geschehen, dann werden diese klassischen Case Management-Phasen durchgeführt. Angefangen vom Assessment über die Planung und Intervention und das Schauen, dass man an die Ressourcen geht“ (Barabasch-Hager 11).
- „Sicherlich wird nach den klassischen Phasen vorgegangen, was auch die Aufgabe des klinischen Sozialarbeiters ist. Es werden Phasen des Assessment, der Planung, der Intervention durchgeführt und in Richtung Evaluation vorgegangen. Das sind schon die klassischen Case Management-Aspekte, aber nicht auf lange Sicht, da unsere Krankenhausaufenthalte meistens nur für zwei, drei Wochen sind. Das heißt, das ist sehr komprimiert und es sind auch nur Teilbereiche“ (Barabasch-Hager 6).
- „Im Rahmen unserer Arbeit wird eher eine Art Case Work angewandt. Natürlich ist ein Teil unserer Tätigkeit auch ein Case Management, aber nicht im dem Sinne, dass das ganz klar ist“ (Barabasch-Hager 5).

### ***Kontinuierliche Betreuung und das Case Management:***

Um einer kontinuierlichen Betreuung gerecht zu werden, ist man bemüht die Kontakte zu den KlientInnen vor, während und nach einer Betreuung aufrecht zu halten. Die Phase während einer Betreuung inkludiert auch zwischenzeitliche Unterbringungen zum Beispiel in der Jugendpsychiatrie in der die Beziehung aufrecht bleibt.

„Ja, genau. Der wird aufrecht erhalten. Ich denke mir da nähern wir uns natürlich schon wieder stärker dem Case Management an, mit dem zeitlich überdauernden“ (Pachinger 36).

Leixnering (2009) führt in diesem Kontext die Studien von Rutter und White an, die sich mit Bindungstheorie und deren Risiko- und Resilienzfaktoren von Kindern beschäftigen, wobei die Bedeutung von Bezugspersonen zu tragen kommt.

„Also das heißt es geht jetzt in Richtung Bereitstellung dieses sogenannten protektiven Faktors 'Außenbezugsperson'. Die Studien über die Risikofaktoren von etwa Rutter und White belegen, dass Außenbezugspersonen, die verlässlich zur Verfügung stehen, jedoch nicht permanent anwesend sind eine enorm psychostabilisierende Wirkung haben, welches in diese Richtung der Case Management-Philosophie gehen würde. Dieser protektive Faktor könnte auch durch mit den Begriff Mentorship umschrieben werden“ (Leixnering 20).

In den Gesprächen während der Interviews und auf den Fachtagungen des Case Management (2008, 2009) ergaben sich bei den GesprächspartnerInnen teilweise einige Zweifel über die Umsetzbarkeit und Wirkung von Case Management mit Jugendlichen.

„Also, ich glaube dass es im Jugendbereich schwieriger ist, überhaupt den klassischen Case Management Ansatz zu bringen, weil Jugendliche glaube ich viel mehr in Richtung peer group Gemeinschaft gehen und das ist ein gewisser Widerspruch, wenn man sagt einrichtungsorientiert, wir brauchen auch eine gewisse Heimat für die Jugendlichen“ (Pachinger 21).

#### **6.4. Jugendpsychiatrie**

Ein Stützpunkt der empirischen Forschung befindet sich in der Jugendpsychiatrie des Landesnervnenkrankenhauses Wagner-Jauregg in Linz, in welcher Primar Leixnering die Abteilungsleitung inne hat. Die Abteilung wird, wie in Kapitel ‚Jugendpsychiatrie‘ erläutert, in zwei Stationen unterteilt, in die der Schulpflichtigen und in die der Nicht-mehr-Schulpflichtigen.

„In der Abteilung sind 60 Betten und auf meiner [der Schulpflichtigen] Station sind zwölf Betten“ (Barabasch-Hager 7).

Da die Jugendpsychiatrie, eine Fachrichtung der Medizin darstellt, ist auch der Tätigkeitsbereich grundsätzlich der medizinischen Versorgung zuzuschreiben. Der ganzheitliche Ansatz in der Versorgung beansprucht jedoch nicht allein den medizinischen Part. Es werden bio-psycho-soziale Herangehensweisen umgesetzt, welche den Jugendlichen mit seiner Erkrankung im Lebensumfeld in seiner Lebenssituation wahrnehmen.

„Es geht bei den Jugendlichen offensichtlich darum, dass Klarheit geschaffen wird. Es handelt sich um die Klärung der Situation und der Problemsituation, um den Blickwinkel zu bekommen was momentan tatsächlich das Schlimmste ist. Folglich stellt sich die Frage was man im Laufe des stationären Aufenthaltes verändern bzw. bewirken kann. Welche Möglichkeiten sind vorhanden? Was kann man tun? Es geht um das Anbahnen und das Knüpfen von Erstkontakten, ob das Erstkontakte zur Jugendwohlfahrt oder Psychotherapie sind. Manches Mal ist es auch so, dass eine Unterstützung der Erziehung gemacht wird und ein Kontakt zu dem Einzelbetreuer oder Familienbetreuer besteht, welches auch von uns durchgeführt wird“ (Barabasch-Hager 14).

Vorwiegend werden bei dem Themenkomplex ‚Jugendliche und Psychiatrie‘ Suchterkrankungen vermutet, da dieses Thema medial präsent ist und andere psychiatrischen Erkrankungen von Jugendlichen in der Gesellschaft überwiegend tabuisiert werden. Die Abteilung der Jugendpsychiatrie Linz beinhaltet keine Spezialisierung für Suchterkrankungen, welches in diesem Zusammenhang als nicht negativ angeführt wird.

„Diese Abteilung ist nicht für Suchterkrankungen spezialisiert. Wenn die Jugendlichen einen klassischen Entzug brauchen und schon so schwer in die Suchtschiene kommen, dann geht das über die Erwachsenenschiene. Die Gefahr, dass Jugendliche bei uns in der Klinik dealen, ist für die anderen Jugendlichen zu groß. Die Spezialisierung auf Suchterkrankungen ist zwar geplant, jedoch momentan noch nicht vorhanden. Der Missbrauch von Suchtmitteln ist schon Teil unseres Arbeitsfeldes, jedoch nicht die klare Sucht. Sucht schafft immer auch eine Dynamik, weshalb eine Abgrenzung sehr gewichtig ist, da diese Dynamik im stationären Bereich schwer zu handhaben ist“ (Barabasch-Hager 43).

## **6.5. Pro Mente**

Der zweite empirische Forschungspunkt dieser Arbeit ist in der Pro Mente Jugend Oberösterreich verankert. Um Einblick in die Organisation und deren Herangehensweisen und Wertekonzepte zu bekommen, wurden Gespräche mit MitarbeiterInnen herangezogen, welche ihre Standpunkte und Meinungen vermittelten. Weiters werden auch Sichtweisen seitens der Gespräche in der Jugendpsychiatrie eingebunden. Das Team der Pro Mente bietet ein breites Spektrum an Professionen und ist somit:

„Multiprofessionell, würde ich es jetzt einmal betiteln. Von psychiatrischen Krankenschwestern bis Sozialarbeiter, Jugendbetreuer, Sozialpädagogen und Psychotherapeuten“ (Daxner 46).

Die Intention von Pro Mente-Jugend zeigt sich in der Befähigung der betroffenen Jugendlichen ein möglichst selbstständiges Leben führen zu können.

„Also ich glaube dann liegt es schon bei uns, wie wir junge Menschen unterstützen, dass sie einen positiven Weg gehen können. Das soll jedoch nicht von uns auf geimpft werden, aber wenn wir Fähigkeiten erkennen, dann ist es gut wenn man Möglichkeiten hat, es geht glaube ich immer ganz stark um Lernfelder. Welche Lernfelder können wir jungen Menschen auch mit besonderen Bedürfnissen ermöglichen, dass sie sich weiterentwickeln können“ (Pachinger 72).

Wie schon in Kapitel ‚Pro Mente‘ erläutert, arbeitet Pro Mente in der psychiatrisch rehabilitativen Sparte.

„Die Pro Mente-Einrichtungen grenzen sich stark zu dem Tätigkeitsbereich der Jugendwohlfahrt, zum Beispiel der Erziehungshilfe, ab. Die Arbeit der Pro Mente spezialisiert sich in Richtung psychiatrischer Erkrankungen, welche schon in der Zuweisung deutlich festgelegt sind. In Bezug auf den Jugendbereich hat sich die Pro Mente schon sehr von der Jugendwohlfahrt distanziert. Es gibt Pro Mente-Einrichtungen wie die blue.box, die red.box und work.box sowie Beratung und Psychotherapie“ (Barabasch-Hager 17).

### ***Wohnprojekte:***

Die Jugendprojekte der Pro Mente werden boxen genannt. Wie schon in der Vorstellung der InterviewexpertInnen wurde die red.box vorgestellt. Die blue.box ist die Wohneinrichtung für Mädchen und die red.box, die für die Jungen.

- „In den Wohnprojekten, in den beiden Wohnhäusern, fangen wir mit dreizehn an, wir haben dann noch teilbetreute WG's da fangen wir mit sechzehn an und in den Arbeitsprojekten mit fünfzehn beziehungsweise meistens mit sechzehn“ (Pachinger 44-46).
- „Also in der red.box haben wir sieben Intensivplätze. Intensivplätze das sind Einzelzimmer für sieben Jugendliche im Haus und wir haben im Haus noch zwei Garconnierplätze, das ist dann als Weiterführung des Übungsfeldes vom Einzelzimmer in den Garconnierbereich. In der blue.box ist es so, da sind im Haupthaus für acht Mädchen Intensivzimmer und ein Garconnierplatz“ (Daxner 2-6).
- „Also die, die in den beiden Wohnboxen sind, ich würde sagen, da laufen neunzig Prozent über die Jugendpsychiatrie“ (Pachinger 104).

### ***Konsiliartätigkeiten:***

Die Zusammenarbeit von Pro Mente und der Jugendpsychiatrie gestaltet sich vorwiegend im Bereich der Konsiliartätigkeiten der Jugendpsychiater in den einzelnen Pro Mente-Einrichtungen und in den Zuweisungen der jugendlichen PatientInnen seitens der Jugendpsychiatrie zu den Pro Mente-Einrichtungen. Diese konsiliarischen Kontakte stellen eine kontinuierliche Betreuung seitens der Klinik dar.

„Pro Mente nimmt die konsiliarische Tätigkeit von uns in Anspruch, sowie Wegscheid und Heidlmair. Da gibt es schon sehr viele enge Kontakte. Die Konsiliarärzte fahren immer wieder in Wohngemeinschaften und besprechen die Jugendlichen durch“ (Barabasch-Hager 33).

### ***Versorgungskonzept:***

Wie die Geschichte der Versorgungskonzepte zeigt, wird heutzutage der angestrebte Familienansatz vertreten. Hierbei schwingt die Pflege der sozialen Netzwerke stark mit, welche im Lebensumfeld der Betroffenen stabilisierend wirken soll. Während der Betreuung in einer WG wird der Kontakt zur Familie aufgebaut bzw. forciert, sodass eine Rückführung der Jugendlichen in ihr bisheriges Lebensumfeld ermöglicht wird.

„Das ist eine individuelle Vereinbarung. Es gibt einmal im Monat ein Familiengespräch. Es gibt verschiedenste kontinuierliche Gespräche mittels Bezugsbetreuer in Form eines telefonischen Austauschs. Das Familiengespräch ist ein Rahmen in dem man individuelle Vereinbarungen trifft. Wie kann man die Familie unterstützen, was macht Sinn? Wie kann sich der Jugendliche entfalten ohne durch verschiedenste Dynamiken jetzt abgelenkt zu sein, wenn die Familiensituation zum Beispiel recht Streitbehaftet ist oder einfach noch Themen in der Luft schweben, die noch nicht so klar am Tisch gekommen sind. Grundsätzlich sagen wir einmal, dass es in den ersten zwei bis drei Wochenenden empfehlenswert wäre im Haus zu bleiben,

um da den Kontakt- und Beziehungsaufbau besser zu starten. Die Eltern haben die Möglichkeit, dass sie kommen. Wir haben Besuchszeiten. Die Jugendlichen haben die Möglichkeit, dass sie sich nach ihrer Tagesstruktur Ausgang nehmen. Sie können sich mit ihrer Familie treffen. Es ist dann schon Sinn der Sache, dass Heimfahrten forciert werden, damit das Externe auch stabilisiert wird“ (Daxner 64).

### ***Grenzen der Betreuungsarbeit:***

Wie im allgemeinen Teil der Auswertung bereits erörtert, stößt die Betreuungsarbeit an Grenzen verschiedenster Art. Nun wird auf die Grenzen der Betreuung von Pro Mente Jugendeinrichtungen eingegangen. Eine Grenze zeigt sich in akuten Krisensituationen. Das ganze Team der Pro Mente-Einrichtungen ist gewissermaßen auf Krisensituationen geschult. Dies ermöglicht den Jugendlichen mit Krisen auch außerhalb der Klinik umgehen zu lernen. Aber auch in den dafür ausgerichteten Einrichtungen kann es zu Situationen kommen an den man die Grenze der Betreuungsmöglichkeit erreicht und weiterführende Hilfen hinzuzieht. Dies kann speziell der Fall sein, wenn Selbst- oder Fremdgefährdung in Verzug ist.

„Also grundsätzlich ist unser Team ... ich bin von Montag bis Freitag da, wo ich sowieso Einzelgespräche habe und Krisensituationen sehr bald abfangen kann. Das ist auch das Ziel, dass sie Krisensituationen in einer Einrichtung erleben dürfen und können. Es können oft auch Hospitalisierungen dazwischen kommen. Jugendliche haben oft schon eine sehr lange Karriere in der Jugendpsychiatrie, das ist ihnen sehr, sehr vertraut, dass sie dann recht gerne ins Krankenhaus wollen. Grundsätzlich ist Team so aufgebaut, dass alle eine Krisenintervention machen können. Für uns ist es in diesem Rahmen nur dann nicht möglich, sobald wir keinen geschützten Rahmen für den Jugendlichen bieten können, also sprich eine Selbst- und Fremdgefährdung existiert, keine Paktfähigkeit mehr vorhanden ist oder starke Selbstverletzung vorhanden ist. Einfach wenn es um suizidale Geschichten geht oder wenn man einfach merkt - der Nachtdienst ist alleine da - und ich das jetzt nicht mehr verantworten kann. Dann sucht der vorhandene Betreuer dann den Kontakt zu der psychiatrischen Aufnahme. Bevor das alles passiert bin ich als Leitung natürlich zu verständigen. Es gibt auch Rufbereitschaften und einen zweiten Betreuer der am Tag auch da war, der das abfangen kann, da gibt es dann auch die Möglichkeit, dass die Rufbereitschaft in die Einrichtung kommt und Unterstützung gibt. Der zweite Anlauf bin dann ich. Wo man sozusagen redet und dann gibt es Entscheidungen, wo ich sage, ich will das in der Einrichtung nicht verantworten. Dann haben sich die Mitarbeiter auch daran zu halten. Da gibt es einen klaren Krisenplan, der in der Einrichtung hängt und wo sich die Mitarbeiter daran zu halten haben“ (Daxner 86).

Das Betreuungsangebot der red.box bzw. blue.box stößt auch auf zeitliche Grenzen in der die Intervention abläuft.

„Maximal eineinhalb Jahre plus minus, also es entwickelt sich oft im Prozess, dass sie einfach ein paar Monate brauchen und es gibt dann eher schwierigere Prozesse einfach in der Familienzusammenarbeit neue Nachsorgeeinrichtungen zu suchen und dann geht das oft über eineinhalb Jahre. Das ist so ein Richtwert von eineinhalb Jahre, in der die Bezugsbetreuerin und ich in eine Richtung planen“ (Daxner 14).

### ***Freiwilligkeit der Interventionen:***

Die Jugendlichen, die das Angebot der Pro Mente-Einrichtungen in Anspruch nehmen

wollen, kommen auf Basis der Freiwilligkeit. Freiwilligkeit ist grundsätzlich der erste Schritt um effektiv arbeiten zu können, ohne dass im Vorfeld schon jedes Angebot abgeblockt wird. Pro Mente bietet den betroffenen Jugendlichen die ‚Interesse‘ an einer Betreuung in der red.box bzw. blue.box aufbringen, dass sie ein paar Tage auf Probe wohnen können. In diesen Tagen erweist sich meistens, ob die Einrichtung für den Jugendlichen passend ist. Daxner (2009) beschreibt die Dauer des Probewohnens wie folgt:

„Unterschiedlich, individuell. Das kann von zwei Übernachtungen bis zu einer Woche sein. [...] Eine Woche ist dann meistens ausreichend für Jugendliche, die mehr Entscheidungsfreiheiten brauchen“ (Daxner26-28).

Grundlegend werden die Jugendlichen von der Jugendpsychiatrie zielgerichtet zugewiesen. Hierbei erfolgt schon eine spezifische Selektion des Klientel, das für diese Einrichtung geeignet ist und für die sich diese Einrichtung als adäquat erweist.

### ***Beendigung der Betreuung:***

Nach Beendigung der Betreuung wird eine anknüpfende Wiederinanspruchnahme nicht gewährt. Jedoch ist die Möglichkeit der Wiederinanspruchnahme nach einer gewissen Zeit nicht auszuschließen.

„Er kann grundsätzlich wieder einen Aufenthalt in der red.box haben, aber nicht gleich nach der Nachbetreuung. Erfahrungsgemäß ist es so, dass die Nachbetreuung läuft. Zu uns kommt dann schon jemand anderes zum Probewohnen und der Platz ist dann besetzt. Aber es gibt durchaus Jugendliche, die das ein zweites Mal in Anspruch nehmen. In der blue.box kenne ich jetzt einen Fall. Ich habe es noch nie erlebt, dass jemand ein zweites Mal das in Anspruch nimmt, aber grundsätzlich müssen wir das in einem Erstgespräch noch einmal reflektieren, ob es Sinn machen würde noch einmal eineinhalb Jahre und mit welchem Auftrag und was kann dahinter stehen?“ (Daxner 56).

## 7. Diskussion der Forschungsfragen

Um eine Antwort auf die anfangs gestellte Forschungsfrage geben zu können, werden in diesem Kapitel die Hauptforschungsfrage anhand ihrer Unterfragen mit Hilfe der theoretischen und empirischen Forschungsergebnissen diskutiert:

*Wie gestaltet sich die Schnittstellenversorgung in der Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen bzw. würde das Case Management sich als alternative Versorgungsvariante eignen?*

Als Hilfestellung werden die Unterfragen zur Aufarbeitung der Frage herangezogen:

- **Wie wird der momentane Stand der Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen wahrgenommen?**

Grundsätzlich kann von einer multifaktoriell belastenden Situation der Jugendlichen mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen ausgegangen werden. Die Erkrankung der Jugendliche bringt häufig familiäre Schwierigkeiten mit sich. Diese können in Folge der psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankung eines Familienmitgliedes oder durch eine desolate Familiensituation entstehen oder verstärkt werden. Die multifaktoriellen Ausgangslagen eines/r betroffenen Jugendlichen benötigt demzufolge auch ein multiprofessionelles Betreuungsangebot. In diesem Zusammenhang werden an die Leistungserbringer multifaktorielle, multiprofessionelle und interdisziplinäre Aufträge herangetragen.

Die Fragmentierung von Betreuungsangeboten bietet vielen Betroffenen eine breite Möglichkeit die adäquate Betreuung zu finden. Fraglich ist jedoch, ob dieses Spektrum an Angeboten für alle ProfessionalistInnen und Betroffenen zugänglich ist. Wie Sälzer (2008) betont, kann es in der Betreuung von chronisch psychisch kranken Jugendlichen auch zu einer Art Fehlverteilung der Angebote kommen. Jugendliche, die an schweren psychischen Erkrankungen leiden und aufgrund ihres aggressives Verhalten für Probleme sorgen, werden kürzer in den einzelnen Einrichtungen behalten, als Jugendliche, die einen milderen Krankheitsverlauf haben und als ‚angenehme‘ KlientInnen eingestuft werden. Bei diesen ‚angenehmen‘ KlientInnen kann es andererseits auch zu einer Überversorgung führen (vgl. Sälzer 2008, 27f).



Die Problematik der Abschiebung ‚schwieriger‘ KlientInnen von einer Einrichtung in die Nächste ist in der Praxis immer wieder zu vermerken, und schlussendlich landen diese Jugendlichen in der Psychiatrie. Wie aus den ExpertInneninterviews hervorging, ist vor allem in diesem Zusammenhang die Klärung der Aufgabengebiete von immenser Bedeutung, da sich etwa die Jugendpsychiatrie nicht als Wohnort für betroffene Jugendliche ohne dringende Indikation, eignet. Weg von (großen) klassischen Behinderteneinrichtungen als Betreuungs- und Wohnstätte für psychiatrisch erkrankte Jugendliche, hin zum partizipativen, selbstbestimmten Familienansatz ist als momentane Tendenz der Versorgung zu sehen. In Oberösterreich, wo das empirische Forschungsgebiet gelegen ist, ist das Chancengleichheitsgesetz eingeführt worden. Durch die Einführung des Gesetzes wurden die Zuständigkeiten der Versorgung neu geordnet und gesetzlich verankert. Eine Abgrenzung der Zuständigkeiten des Bereichs der jugendwohlfahrtlich Betreuten von dem Bereich derer, die nach dem Chancengleichheitsgesetz betreut werden, sprich Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen, wurde im Rahmen dieses Gesetzes vorgenommen. Hand in Hand mit den Änderungen der Zuständigkeiten wurden auch die Kostenträger neu zugeordnet. Die von Chancengleichheitsgesetz Betroffenen wurde von nun an nicht mehr jugendwohlfahrtsfinanziert, sondern sie bekommen ihre Gelder vom Land und deren Sozialabteilung. Um auf die Zuordnung der Zuständigkeiten zurückzukehren, vollzogen sich auch eingreifende Veränderungen anhand der neu eingeführten BezirkskoordinatorInnen, die eingeschult werden mussten und somit zur Verzögerungen des Handlungsprozesses beitrugen. „Hinsichtlich der klaren Zuständigkeit für einen Jugendlichen war es in den letzten Jahren schon ersichtlich, dass der Jugendliche zwischen Jugendwohlfahrt und Sozialamt hin und her geschoben wurden. Durch das in Oberösterreich neu eingeführte Chancengleichheitsgesetz hat sich diese Frage zu klären begonnen. Die Einführung dieses Gesetzes hat enorme Veränderungen mit sich gezogen, da durch den neu zugewiesenen Bedarfskoordinator, der bezirksweise arbeitet, eine neue Person in jedem Bezirk zugeteilt worden ist, die jedoch fachlich zunächst über wenig Erfahrung verfügte. Somit gestaltete sich die Anfangsphase als ein bisschen umständlicher, bis sich das erst alles einspielt hat“ (Leixnering 2009, 37).

In der psychiatrisch rehabilitativen Sparte sind bereits einige Betreuungsangebote vorhanden, die sich auf die Intervention der Tagesstrukturen konzentrieren, welche sich bei schwer psychisch erkrankten Menschen als sehr effektiv erweisen. „Für diese Personengruppe kommt die Arbeit an der Tagesstruktur zu tragen, alle anderen bräuchten jedoch viel mehr. Für die kommt das am Anfang in Frage, aber alle anderen bräuchten viel,

viel mehr“ (Barabasch-Hager 2009, 42).

In der Literatur und den Gesprächen geht der Bedarf von langandauernden, kontinuierlichen Betreuungsmöglichkeiten für Jugendliche mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen hervor. Die gegenwärtige Ausgangslage der Versorgung weist sich als begrenzt. Es gibt zwar adäquate Plätze, doch diese sind auf ein bis drei Jahre begrenzt, sodass eine Kontinuität an Beziehung für den/die Betroffene nicht vorhanden ist. Der Ansatz des Case Managements, der in dieser Arbeit einen Schwerpunkt darstellt, versucht (trotz Begrenzung der Intervention) die Kontinuität zu wahren. In diesem Ansatz wird die Beendigung des Case Managements gemeinsam mit dem/der KlientIn am Anfang der Arbeit festgelegt, worin gewisse vereinbarte Ziele erreicht werden sollen. Die Anwendung des Case Management im jugendpsychiatrischen Bereich steht noch vor seiner Umsetzung, da generell die Case Management-Anwendung in Österreich relativ neu ist.

Im Großen und Ganzen wird die Betreuung und Versorgung von Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen in Linz als sehr gut und im ganzen Bundesland Oberösterreich als gut eingeschätzt. Aus diesem Befund ist die Zentralisierung der Versorgung und deren Strukturen abzulesen. Hierbei wird die Forderung der dezentralen Angebotssteigerung laut.

- **Wie gestaltet sich die Kooperation und Koordination zwischen den Beteiligten im Betreuungsprozess?**

Kooperation kann auf mehreren Ebenen des Versorgungssystems erfolgen. Die Zusammenarbeit der Organisationen in Form der Netzwerkarbeit stellt eine dieser Ebene dar. Diese Netzwerkarbeit wird nicht nur von inhaltlichen Belangen geprägt, sondern muss sich auch nach dem finanziellen Spielraum richten, welcher den Anspruch auf die einzelnen Leistungsangebote vorgibt.

Die interpersonelle Kooperation verläuft, gerade in der Arbeit mit Jugendlichen, die eine psychische Störung bzw. psychiatrische Erkrankung aufweisen, häufig multiprofessionell. Bezugnehmend auf diese zuvor genannte Kooperation, agieren eine naturwissenschaftliche Profession mit einer Geisteswissenschaftlichen, wobei unterschiedliche Fachsprachen und fachliche Herangehensweisen zur Anwendung kommen. Gerade in einer Zusammenarbeit ist eine einheitliche Sprache von großer Bedeutung, sodass ein gelungener Informationsaustausch stattfinden kann. Der unterschiedliche Sprachgebrauch der

Professionen birgt eine gewisse Abgrenzung zur anderen Professionen in sich, wodurch eine Verständigung zwischen ihnen erschwert möglich ist bzw. verzögert wird. Unterschiedliche Einschätzungen einer Situation oder eines/r KlientIn können auch zu Spannungen in einer Kooperation führen (vgl. Pachinger 2009, 100). Merchel (2004) verweist ebenfalls auf die Kommunikationsproblematik in der Jugendhilfeplanung, aufgrund der unterschiedlichen fachlichen Herangehensweisen (vgl. Merchel 2004, 75).

Die Grundlage einer gelingenden Zusammenarbeit ist die Gleichberechtigung aller Beteiligten bzw. die vertikale Kommunikationsebene. Hierarchische Strukturen können negative Auswirkungen für alle professionellen Beteiligten, wie auch den/der KlientIn bedeuten. Konkurrenz und Profilierung sind nicht nur in den marktwirtschaftlichen Sektor vorzufinden, auch im Sozial- und Gesundheitswesen stehen sie teils an der Tagesordnung. Zahlreiche sozialpädagogische Projekte müssen gerade in der Zeit der Wirtschaftskrise um ihr Überleben kämpfen, welches ein Konkurrenzdenken zur Folge hat. Fegert und Schapper (2004) sprechen im Kapitel ‚Kooperation‘ über mögliche Strukturen oder Geschäftsordnungen, welche interpersonelle Konflikte eindämmen könnten (vgl. Fegert/Schapper 2004, 15-25). Bezüglich der Koordination der Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe ist der Versorgungsraum zu berücksichtigen. Die Tätigkeit der Sozialen Arbeit ist eine kleinräumige Herangehensweise. Die sozialen Einrichtungen sind vorwiegend auf die einzelnen Bezirke, wie auch auf die Großstädte aufgeteilt. Im Gegensatz dazu ist die Arbeit der Psychiatrie großräumig angesetzt. Da heutzutage psychiatrische Einrichtungen hauptsächlich in Großstädten vorzufinden sind, wird eine Dezentralisierung der Angebote angestrebt, sodass eine flächendeckende Versorgung ermöglicht wird.

- **Gibt es klare Zuständigkeiten in Bezug auf die multiprofessionelle, interdisziplinäre Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen?**

Die Kooperation zwischen der Jugendwohlfahrt bzw. sozialen Einrichtungen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie nahm in den letzten Jahren einen immer größer werdenden Stellenwert im Sozial- und Gesundheitsbereich ein. Im Kapitel ‚Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie‘ wird auf das in der Kooperation verankertem Problem der Zuständigkeit eingegangen. Facetten von Zuständigkeiten sind in mehrere Teilbereich der Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen

Erkrankungen zu finden. Zwei große Teilbereiche stellen den Betreuungsbereich des/der KlientIn und den Bereich der Finanzierung dar. Aufgrund des Chancengleichheitsgesetzes ist ein Klärungsversuch der Zuständigkeiten in Bezug auf die Betreuung der Betroffenen definiert. Wie die Bezeichnung des Chancengleichstellungsgesetzes schon besagt, handelt es sich um ein Gesetz, welches rechtlich festgeschrieben ist. Die finanziellen Zuständigkeiten obliegen seit der Einführung des Chancengleichheitsgesetzes für Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen dem Land Oberösterreich mit seiner Sozialabteilung (SO). Demzufolge wurden auch die Zuständigkeiten nach dem Chancengleichheitsgesetz von der Jugendwohlfahrt abgekoppelt. Auf der ‚Mikroebene‘, also den einzelnen Einrichtungen, die im Sinne des Chancengleichheitsgesetzes herangezogen werden, sind die Zuständigkeiten bei den BezugsbetreuerInnen der einzelnen Personen zu finden. In der kooperativen Ebene werden Zuständigkeiten aufgeteilt, wobei eine klare Definition bzw. Absteckung der einzelnen Bereiche erforderlich ist. Hierarchische Strukturen müssen in den Hintergrund rücken, sodass jedem/r ExpertIn sein/ihr Zuständigkeitsbereich bleibt. MedizinerInnen sind in ihrem ExpertInnentum in der Klinik verankert, SozialpädagogInnen in sozialen Einrichtungen. Die deutliche Deklaration der Zuständigkeiten schafft bei KlientInnen und ProfessionalistInnen Transparenz und Klärung der Verantwortlichkeiten. Wie Gintzel (1990) im Kapitel ‚Die Professionen‘ beschreibt, geht es jedoch um eine Art Machtverzicht von autoritären KooperationspartnerInnen (vgl. Gintzel 1990, 28). Die Abschiebung der betroffenen Jugendlichen von einer Einrichtung in die Nächste ist nichts anderes als eine Verschiebung der Zuständigkeiten. Leixnering (2009) sieht, zum Beispiel in der Abschiebung in die Psychiatrie, eine Problemverlagerung in die Psychiatrie „welche nicht die Aufgabe der Psychiatrie sein kann“ (Leixnering 2009, 5).

- **Gibt es Grenzen in der Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen? Wenn ja, wie sehen diese aus?**

Die Grenzen in der Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen sind sehr vielschichtig angesiedelt. Diese sind unter den finanziellen, zeitlichen, institutionellen, infrastrukturellen und professionellen Aspekten in der Arbeit mit Jugendlichen, welche an psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen leiden, sichtbar. Unter dem zeitlichen Aspekt der Grenzen werden die Einschränkungen der Dauer der einzelnen Interventionen verstanden. Oftmals dauern

rehabilitative Projekte im Jugendbereich nur ein bis eineinhalb Jahre, was begrenzte ProfessionalistInnen-KlientInnen-Beziehungen und weiterführend auch oftmals begrenzte ‚Freundschaften‘ zu anderen ProjektteilnehmerInnen, nach sich ziehen.

Eine Ebene über der interpersonellen Sichtweise ist die Organisationsebene zu sehen. Hierbei können Organisationen bzw. Einrichtungen an infrastrukturelle, professionalistische und finanzielle Grenzen stoßen. Die infrastrukturellen Grenzen sind vorwiegend an die der Finanziellen gekoppelt. Wenn weniger Geld vorhanden ist, können auch weniger Leistungen erbracht werden. Unter der infrastrukturellen Dimension können die zentralen Einsatzgebiete, wie es bei den psychiatrischen Kliniken der Fall ist, angeführt werden. Die Grenzen der Möglichkeiten einer flächendeckenden Versorgung sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen. Unter professionalistischen Grenzen sind die Grenzen der Zuständigkeiten und Fachgebiete zu verstehen. Dieser Aspekt beinhaltet teils die Tatsache, warum es zu einer Abschiebung von KlientInnen zwischen Einrichtungen kommt. Eine Institution gerät an ihre Grenzen und als Folge kommt es zu einer Verlagerung bzw. Abschiebung des ‚Problems‘. Wie schon unter der Frage der Zuständigkeit beantwortet, trägt die Regelung der Aufgabenbereiche zur Grenzziehung der institutionellen Möglichkeiten bei (vgl. Gintzel 1990, 5).

- **Wie könnte eine adäquate Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen aussehen?**

Eine adäquate Betreuung muss sich vorerst an den Bedürfnissen und Ressourcen der betroffenen Jugendlichen orientieren. Ein möglichst entwicklungsadäquates, partizipatives Herangehen mit größtmöglicher Selbstbestimmung sind Grundlagen für die Arbeit mit Jugendlichen. Eine adäquate Betreuung ist nicht ohne den Faktor der entwicklungsadäquaten Arbeit vorstellbar.

Laut Literatur und den empirischen Ergebnissen ist die Anwendung einer langandauernden, kontinuierlichen Betreuung von größter Bedeutung. Hierdurch ist die Wahrscheinlichkeit häufiger Unterbrechungen von ProfessionalistInnen-KlientInnen Beziehung sehr gering, was sich sehr stabilisierend auf die Betroffenen auswirkt. Der Status Quo der Betreuungsarbeit bringt diese zuvor genannten Beziehungsabbrüche (ungewollt) mit sich. Es ist nicht nur an einem einzigen (Stör-)Faktor dieser Problematik festzumachen. Hier tragen mehrere Einflüsse aus verschiedenen Richtungen dazu bei. Häufig ist es ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren, da nicht allein der Betroffene, die finanziellen oder

personellen Engpässe sowie die hierarchische Strukturen die auslösend sind. Gintzel (1990) betont die existenzielle Bedeutung der Auflösung von Grenzen zwischen sozialen Einrichtungen und Kliniken, die den Verlust bestehender sozialer Bezüge umgehen würde (vgl. Gintzel 1990, 5).

Der heutzutage vertretene Familienansatz zielt auf eine Reintegration des/der betroffenen Jugendlichen in sein/ihr Lebensumfeld ab, was eine psychostabilisierende Wirkung haben kann. Der Reintegration geht ein solides Lebensumfeld jedoch voraus. Für dieses Vorhaben müssen oftmals zu der Betreuung des/der Jugendlichen auch sein/ihr Lebensumfeld ‚verändert‘ werden. Falls eine Wiedereingliederung in die Herkunftsfamilie jedoch nicht möglich erscheint, sollte dem/der Jugendlichen eine kontinuierliche Betreuung zur Verfügung gestellt werden. Diese könnten einerseits in der vorgestellten Case Management-Betreuung oder auch in Form von sozialpädagogischen Verbundkonzeptionen ermöglicht werden. Sozialpädagogische Verbundkonzeptionen sind auf sich aufbauende Einrichtungen, welche einer gemeinsamen Organisation unterliegen. Somit wäre die Kontinuität der Betreuung gegeben (vgl. Leixnering 2009).

- **Würde das Case Management ein geeignetes Betreuungskonzept in der Arbeit mit Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen darstellen? Wenn ja, welche Vorteile wären erkennbar? Wenn nein, welche Nachteile würde dieser Ansatz mit sich bringen?**

Der Ansatz des Case Management ist in vielen verschiedenen Bereichen anwendbar. Die Aufgabenbereiche reichen angefangen vom Gesundheits- über dem Wirtschafts- bis hin zum Sozialwesen. Im Case Management wird nicht die Person, sondern die Problemsituation als ‚case‘ verstanden. Das Case Management stellt eine Art Netzwerkarbeit im Auftrag des/der KlientIn dar. Managementqualitäten werden zu Gunsten der Betroffenen eingesetzt. Der/die Case ManagerIn verkörpert eine Art MentorIn in der Arbeit mit seinem/ihrer KlientInnen. Diese ‚Außenbezugsperson‘ kann sehr psychostabilisierend, haltgebend und perspektiveneröffnend auf die Betroffenen wirken (vgl. Leixnering 2009). Da im Case Management sehr viel Wert auf Freiwilligkeit und Selbstbestimmung gelegt wird, ist eine gute Ausgangslage für gelingende Arbeit geschaffen. Da der/die Case ManagerIn für die Ziele des/der KlientIn kämpft, nimmt er/sie oftmals eine Einzelkämpferrolle ein.

In Österreich steht das Case Management noch in seinen Kinderschuhen, wobei hinzuzufügen ist, dass das Case Management im Jugendbereich noch vor seinen Anfängen steht. Bezogen auf die Arbeit mit Jugendlichen mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen spricht man von einem jugendpsychiatrischen Case Management, gibt es (international) sehr wenig Erfahrungen und Literatur. Die Betreuung von chronisch psychisch kranken Jugendlichen erstreckt sich über einen langen Zeitraum, welches das Finden adäquater Betreuungen erschwert. Zusätzlich kommt noch der Schnittbereich zwischen dem Jugendbereich und dem Erwachsenenbereich zu tragen, wobei die Frage der Überwindung der Schnittbereiche und einer kontinuierlichen Betreuung erneut aufgeworfen werden.

Aufgrund der EDV-gestützten Vorgehensweise des Case Managements wird eine kontinuierliche Betreuung bezüglich des transparenten Informationsaustausches leichter durchführbar. Doch das EDV-gestützte Agieren birgt auch Gefahren in sich. Eine Befürchtung, die in der Literatur (vgl. Wendt 2002, 13) auch thematisiert wurde, wird in dem Verlust der Nähe zum/zur KlientIn gesehen. Die KlientInnen-ProfessionalistInnen Beziehung würde durch das bürokratische Vorgehen – sprich dem Abhaken der Formulare in den Hintergrund gedrängt werden.

Eine anfängliche Hürde der Einführung des Case Managements verbirgt sich in den weitreichenden notwendigen Veränderungen der Organisationen und Systeme. Hierbei ist die Bereitschaft der Organisationen als voraussetzende Grundlage des Case Managements zu sehen.

Fragen, die sich im Kontext des Case Managements aufdrängen, sind die der Ausbildung der Case ManagerInnen und die der Organisation, aus der das Case Management nun wirklich durchgeführt werden sollte. Eine Anmerkung die sich zu der Frage der Ausbildung nicht vermeiden lässt, ist die der fachgruppenspezifischen Ausbildungen, welche noch völlig ausständig sind. Eine Möglichkeit wäre es eine Basisausbildung des Case Managements in Kombination mit einer fachgruppenspezifischen Ausbildung anzubieten. Demzufolge wäre eine fundierte Fach-Case-Management-Ausbildung als adäquate Voraussetzung für die praktische Arbeit gegeben. Ferner wären praktische Erfahrungen in den einzelnen ausgewählten Fachbereichen von immensem Nutzen. Wenn man bereits Kenntnisse hat, wie es in der Basis abläuft, kann man zielgerichteter auf der organisatorischen Ebene agieren. Umgelegt auf das jugendpsychiatrische Setting würde das praktische Erfahrungen im kinder-, jugend- oder erwachsenenpsychiatrischen Sektor

mit einer Ausbildung im jugendpsychiatrischen bzw. psychiatrischen Case Management bedeuten.

Die Herangehensweise des Case Management stellt im Sozial- und Gesundheitswesen eine umfassende, kontinuierliche, zielgerichtete, personenorientierte bzw. lebensumfeldorientierte und auf lange Sicht kostensparende Variante der Betreuung von Menschen mit komplexen Problemlagen dar.



## 8. Schlussbetrachtung

Abschließend stellt sich erneut die Frage, ob das Case Management als eine alternative Variante der Betreuung von Jugendlichen mit psychischen Störungen oder psychiatrischen Erkrankungen in Frage kommt.

Das Case Management bringt sehr viele Vorteile zu Gunsten des/der KlientIn mit sich, jedoch ist die Betrachtung der noch ausbaufähigen Bereiche des Case Management zu überdenken. In unserer komplexen Gesellschaft werden organisatorisch vernetzende Fähigkeiten immer mehr zur Voraussetzung für die Arbeit mit Menschen. Gerade Personen, die einer Minderheit angehören, benötigen ein ‚Sprachrohr‘, sodass ihre Bedürfnisse wahrgenommen werden. Die Themen der psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen werden in unserer Gesellschaft als Tabuthemen gehandhabt. Demzufolge wird der Einsatz für diese betroffene Personengruppe immer bedeutender. Das Ziel dieses genannten Einsatzes ist die Reintegration in die Gesellschaft und speziell in das Leben. Man würde sich einer Illusion hingeben, wenn man davon ausgehen würde, dass jeder psychisch bzw. psychiatrisch erkrankter Jugendlicher zukünftig voll im Arbeitsleben tätig sein könnte und dadurch eine Reintegration vollzogen werden könnte. Es geht vielmehr um die Schaffung von ‚Normalität‘ im Leben der Betroffenen. Ein dahingehend unterstützender Ansatz charakterisiert der Familienansatz, der heutzutage als leitender Ansatz der sozialpädagogischen Arbeit verfolgt wird, um etwa einer Hospitalisierung der betroffenen Jugendlichen entgegenzuwirken.

Das Case Management bietet den Vorteil von zielgerichteten, individuell geschaffenen Vernetzungsstrukturen, die einer Hospitalisierung oder fortlaufender Abschiebung zwischen den Einrichtungen entgegenwirken kann. Hierfür käme die evaluatorische Aufgabe des Case Managements zu tragen, da eine ständige Überprüfung der Vorgehensweisen, der Interventionen und der Ressourcenausschöpfungen möglich wäre, und folglich auch zur qualitativen Verbesserung der Arbeit herangezogen werden könnte. Aufgrund der ausgeprägten Dokumentationen, welche EDV-gestützt ermöglicht werden, kommt es zu mehr Transparenz für alle Beteiligten im gesamten Betreuungsprozess.

## 9. Literatur

Albers, M. (1998): Die Langzeitbehandlung der chronischen Schizophrenie. In: Nervenarzt Bd. 69. In: Schleuning, Gabriele/Welschehold, Michael (2000): Modellprojekt Psychiatrisches Case Management. Band 133 Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos

Ambrust, Joachim (2008): Wenn die Krise zur Krankheit wird. Kriseninterventionsangebote als Teilantwort auf die zunehmende Psychiatrisierung der Gesellschaft. In: Sozialmagazin: Mental Health. Psychische Gesundheit erhalten oder erlangen. 33. Jg., H. 11, Weinheim: Juventa

Ballew, Julius R./Mink, George (1991): Was ist Case Management? In: Wendt, Wolf Rainer (Hrsg): Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Barabasch-Hager, Ingeborg (2009) Linz: ExpertInneninterview

Biesel, Kay (2010): Case Management – Zwischen Befürwortung und Ablehnung. Versuch einer (Er-)Klärung. In: Sozialmagazin: Case Management. Zwischen Ablehnung und Befürwortung. 35. Jg., H. 1, Weinheim: Juventa

Bochnik/Richtberg (1978): Krise und Notfall als psychiatrische Aufgaben. zit.n. Sauvant, Jean-Daniel/Schnyder, Ulrich (2000): Zur Unterscheidung von „Notfall“ und „Krise“ in der Psychiatrie. In: Schnyder, Ulrich/Sauvant, Jean-Daniel (Hrsg): Krisenintervention in der Psychiatrie. 3.Auflg. Bern: Hans Huber

Bronisch, Thomas (2007): Definition und Behandlungsprinzipien der Krisenintervention und des Notfalls. In: Psychotherapie 12. Jg., Bd. 12, Heft 2. München: CIP-Medien

Bullinger, Hermann/Nowak, Jürgen (1998): Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Daxner, Lydia (2009) Hörsching: ExpertInneninterview

[DGCC] Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (HRSG) (2008): Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management. In: Löcherbach, Peter (2009): Case Management in der Jugendhilfe. München: Ernst Reinhardt

Freigang, Wolfgang (1989): Was brauchen Kinder und Jugendliche in Lebenskrisen? In: Soziale Praxis: Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Heft 7. Institut für soziale Arbeit e.V. Münster: VOTUM

Frießem, Dieter H. (Hrsg) (1979): Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie. München: Wilhelm Fink

Gintzel, Ullrich/Schone, Reinhold (Hrsg) (1990): Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Konzepte – Methoden – Rechtsgrundlagen. Münster: VOTUM

Hopf, Christel (1991): Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick, Uwe/ von Kardorff, Ernst/ et al (Hrsg): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Psychologie-Verlags-Union

Kaufmann, Karin/Menhard, Sandra/Plesch, Angelika/Pock, Evelyn (2007): SOC\_CARE. Das psychosoziale Netzwerk. Die Zusammenarbeit der Jugendwohlfahrt und der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungseinrichtungen im Raum Graz. Graz: Forschungsarbeit

Kunz, Stefanie/Scheuermann, Ulrike/Schürmann, Ingeborg (2007): Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung. Weinheim, München: Juventa

Land Oberösterreich (2010): Landesgesetz betreffend die Chancengleichheit von Menschen mit Beeinträchtigungen.

[http://www.ooe.gv.at/cps/rde/xchg/ooe/hs.xsl/70361\\_DEU\\_HTML.htm](http://www.ooe.gv.at/cps/rde/xchg/ooe/hs.xsl/70361_DEU_HTML.htm) 19.09.2009

Leixnering, Werner (2009) Linz: ExpertInneninterview

Lenz, Elisabeth (2008): Erfolgspotential interdisziplinärer Kooperation von Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie am Beispiel intensiver Einzelbetreuung. Graz: Dissertation

LNKH Wagner-Jauregg (2009): Leitbildfolder

Löcherbach, Peter (2008a): Grundlegende Aspekte des Assessments im Case Management. Im Dialog: Verstehen & Bewerten. Münster: Expertengespräch

Löcherbach, Peter/Mennemann, Hugo/ Hermsen, Thomas (2009) (Hrsg): Case Management in der Jugendhilfe. München, Basel: Ernst Reinhardt

Merchel, Joachim (2004): Jugendhilfeplanung. Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, Jörg M./Schraper, Christian: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, München: Juventa

Pachinger, Martin (2009) Linz: ExpertInneninterview

Pantucek, Peter (2000): Case Management in der Psychosozialen Versorgung. [www.pantucek.com/swt\\_bawo/bawo.html](http://www.pantucek.com/swt_bawo/bawo.html) 14.01.2010

Pantucek, Peter (2007): Case Management bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Systemmanagement. [www.pantucek.com/texte/200706\\_cm\\_jugendliche.pdf](http://www.pantucek.com/texte/200706_cm_jugendliche.pdf) 14.01.2010

Pelikan, Jürgen (1991): Stand und Entwicklung der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Österreich. Eine Untersuchung auf der Grundlage von Expertengespräche. Wien: BM für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz

Plesch, Angelika (2006): Die Genderperspektive in der Erlebnispädagogik. Oder dem Leben das Geheimnis wiedergeben. Graz: Bakkalaureatsarbeit

Pretzsch, Johannes (2007): Case Management als multidisziplinäre Koordination. Studienarbeit. Jena: GRIN

Pro Mente OÖ (2007): Geschäftsbericht. Die Trends zur psychischen Gesundheit in Oberösterreich.

<http://www.pmooe.at/sitex/index.php/page.83/action.view/entity.detail/key.1055/>

26.11.2009

Raiff, Norma R./Shore, Barbara K. (1997): Fortschritte im Case Management. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Remschmidt, Helmut/Schmidt, Martin H. (1988) (Hrsg): Alternative Behandlungsformen in der Kinderpsychiatrie und Jugendpsychiatrie. Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home-treatment im Vergleich. 1.Auflg. Klinische Psychologie u. Psychopathologie, Bd. 47. Stuttgart: Enke

RIS (2009): Landesrecht Oberösterreich: Gesamte Rechtsvorschrift für Landesgesetz betreffend die Chancengleichheit von Menschen mit Beeinträchtigungen, <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=20000514> 12.10.2009.

Rossmann, Peter (1996): Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Bern: Huber

Rupp, Manuela (2003): Notfall Seele. 2.Auflg. Stuttgart: Thieme

Rutz, Wolfgang (2001) Psychiatrie in Europa – Probleme, Fortschritte und Herausforderungen. In: Aktion Psychisch Kranke: 25 Jahre Psychiatrie Enquete. Bd 2. Bonn: Psychiatrie

Sälzer, Anja Martha (2008): Psychiatrisches Case Management. Eine Form der psychiatrischen Versorgung für chronisch psychisch kranken Menschen durch personenzentrierte und koordinierte Betreuung. Saarbrücken: VDM

Sauvant, Jean-Daniel/Schnyder, Ulrich (2000): Zur Unterscheidung von „Notfall“ und „Krise“ in der Psychiatrie. In: Schnyder, Ulrich/Sauvant, Jean-Daniel (Hrsg): Krisenintervention in der Psychiatrie. 3.Auflg. Bern: Hans Huber

Sauvant, Jean-Daniel (2000a): Gedanken zur stationären Krisenintervention. In: Schnyder, Ulrich/Sauvant, Jean-Daniel (Hrsg): Krisenintervention in der Psychiatrie. 3. Auflg Bern: Hans Huber

Schimansky, Hans-Christoph (1979): Krisenintervention. In: Frießem, Dieter H. (Hrsg): Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie. München: Wilhelm Fink

Schleuning, Gabriele/Welschehold, Michael (2000): Modellprojekt Psychiatrisches Case Management. Bd. 133 Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos

Sonneck, Gernot (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas

Sozialmagazin (2010): Case Management. Zwischen Ablehnung und Befürwortung. 35. JG., H. 1, Weinheim: Juventa

Wendt, Wolf Rainer (2002): Case Management: Stand und Position in der Bundesrepublik. In: Löcherbach, Peter/Rommel-Faßbender, Ruth/ Wendt, Wolf Rainer (Hrsg): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied, Kriftel: Luchterhand

Wendt, Wolf Rainer (2009): Fachlichkeit als Ausweis eines eigenständigen Case Managements. Case Management Kompetenz und Qualifizierung. 2. Internationale Fachtagung der Österreichischen Gesellschaft für Care & Case Management (ÖGCC) in Kooperation mit der PGA Akademie. Linz

Wissert, Michael (2005): Netzwerkarbeit in ‚unabhängigen‘ Case-Management-Stellen. Evaluationsergebnisse und Schlussfolgerungen. In: Bauer, Petra/Otto, Ulrich (Hrsg): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Bd. II: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Bd. 12. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Wissert, M. (2006): Tools und Werkzeuge beim Case Management: Outreaching – Case Finding – Intaking. Aufgaben der Fallsteuerung und der Systemsteuerung. Case

Management 2, 1/2006 In: Löcherbach, Peter/Mennemann, Hugo/ Hermsen, Thomas (2009)  
(Hrsg): Case Management in der Jugendhilfe. München, Basel: Ernst Reinhardt

## 10. Verzeichnisse

### 10.1. *Abbildungsverzeichnis*

Abbildung 1: Verknüpfungsaufgaben .....	39
Abbildung 2: Schritte des CM .....	44
Abbildung 3: Kategoriensystem .....	71

### 10.2. *Tabellenverzeichnis*

Tabelle 1: Strukturmerkmale verschiedener CM-Modelle .....	58
Tabelle 2: Ergebnisse kontrollierter ACT- und ICM-Studien .....	60

### 10.3. *Abkürzungsverzeichnis*

ACT	assertive community treatment
Aufl.	Auflage
bzw.	beziehungsweise
ChG	Chancengleichheitsgesetz
CM	Case Management
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Case und Care Management
ebd.	ebenda
et al	und andere
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg	Herausgabe
ICM	intensive casemanagement model
JPSY	Jugendpsychiatrie
JWF	Jugendwohlfahrt
KJNP	Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
LNKH	Landesnervenkrankenhaus
Oö.	Oberösterreich/oberösterreichische
SO	Sozialabteilung
vgl.	vergleiche



WG           Wohngemeinschaft  
zit.n.       zitiert nach

## 11. Anhang

### Interviewleitfaden – Klinische Sozialarbeit der Jugendpsychiatrie des LNKH Wagner-Jauregg

#### 1. Einstieg

- Wie sieht Ihre AdressatInnengruppe aus (Alter, Geschlechterverteilung,...)?
- Wie viele KlientInnen haben Sie in Ihrer Abteilung?
- Wie viele KlientInnen haben Sie momentan auf ihrer Station?
- Ab welchem Alter und bis welchem Alter werden Jugendliche in der Jugendpsychiatrie aufgenommen?

#### 2. Case Management

- Wird ein zertifiziertes Case Management in Ihrer Abteilung durchgeführt?
- Hatten Sie bereits Kontakt mit Jugendlichen, die das Case Management in Anspruch nehmen bzw. genommen haben?
- Wenn nein, können Sie sich die Arbeit des Case Management in der Versorgung von Jugendlichen mit psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen vorstellen?

#### 3. Versorgung

- Ist eine Abdeckung der altersspezifischen Versorgung gegeben?
- Was halten Sie von einer langzeitigen kontinuierlichen Betreuung der betroffenen Jugendlichen?
- Gibt es Jugendliche für die keine adäquate Unterbringung vorhanden ist? Wie gehen Sie bei diesen Fällen vor?
- Wie wird die Selbstbestimmung bei KlientInnen mit psychischen Störungen gehandhabt und wie ist es zu vereinbaren?
- Kommt es vor, dass Jugendliche mit psychischen Störungen bzw. psychiatrischen Erkrankungen in klassischen Behinderteneinrichtungen untergebracht werden?

#### 4. Kooperation

- Mit welchen Institutionen arbeiten Sie zusammen?
- Wie gestalten sich diese Kontakte?

- Welche Erwartungen werden an Ihre Institution von seitens der Jugendwohlfahrtinstitutionen gerichtet?
- Wie sieht der Informationsaustausch zwischen allen beteiligten Institutionen aus?
- Unterscheidet sich die Aufenthaltsdauer der Jugendlichen, die schon in einer Wohnform der Jugendwohlfahrt untergebracht ist, von denen die eine neue Unterbringungsmöglichkeit suchen?

**5. Spannungen – Reibungen – Widersprüche**

- Gibt es Ihrer Erfahrung nach Ungereimtheiten über die Zuständigkeit der verschiedenen Institutionen? (Abschieben der KlientInnen)
- Wie könnt(t)en diese bewältigt werden? Was wäre dazu vonnöten?

**6. Nachbetreuung**

- Wo beginnt und endet die Zuständigkeit Ihrer Institution für die AdressatInnen?
- Was geschieht nach einem stationären Aufenthalt? Gibt es eine ambulante Weiterbetreuung?
- Inwieweit fließt die Jugendpsychiatrie in die „Nachbetreuung“ der Jugendwohlfahrt (sozialen Einrichtungen) - und umgekehrt, ein?

**7. Fallbeispiel**

- Können Sie mir zum besseren Verständnis der praktischen Zusammenarbeit zwischen Jugendwohlfahrt (sozialen Einrichtungen) und Jugendpsychiatrie jeweils ein gelungenes und ein noch ausbaufähiges Fallbeispiel schildern?

**8. Ideen – Wünsche – Verbesserungsvorschläge**

- Gibt es Ihrer Erfahrung nach Verbesserungsbedarf bei der Zusammenarbeit zwischen Jugendwohlfahrt (sozialen Einrichtungen) und Jugendpsychiatrie?
- Hätten Sie dazu konkrete Ideen oder Wünsche? Worin liegt Ihrer Meinung nach ausbaufähiges Potential?
- Wobei würden Sie sich die Zusammenarbeit betreffend mehr Unterstützung wünschen? (von wem?)

**9. Abschluss**

- Bewerten Sie die momentane Angebote der jugendpsychiatrischen Versorgung im

Raum Linz als ausreichend oder werden spezielle, altersadäquate Versorgungseinrichtungen für psychisch/psychiatrisch erkrankte Kinder und Jugendliche gebraucht?

- Wie wird der Bedarf an sozialen Einrichtungen in Oberösterreich eingeschätzt?
- Ist noch etwas offen was Sie unserem Gespräch hinzufügen wollen?

## **Interviewleitfaden – Abteilungsleitung der Jugendpsychiatrie des LNKH Wagner-**

### **Jauregg**

#### **1. Case Management**

- Case Management korrekterweise Case Work, wird ja in den meisten Institutionen schon angewandt, was halten sie von einen interdisziplinären, längerfristigen Projekt des CM?
- Nehmen wir an, dass das zertifizierte CM in der psychiatrischen Versorgung in ÖO angewandt wird. Wie ist Ihre Meinung dazu? Was wäre zu beachten?
- Was würde sich für Sie bzw. für ihre KlientInnen ändern, wenn das „zertifizierte CM“ durchgeführt werden würde?
- Warum wird das Case Management nicht angewandt?
- Wie sehen Sie die ständigen Beziehungsabbrüche in der Laufbahn der Jugendliche, die aufgrund der zeitlich begrenzten Interventionen vorkommen?
- Im CM wird die Selbstbestimmung der KlientInnen großgeschrieben. Wie wird die Selbstbestimmung bei KlientInnen mit psychischen Störungen gehandhabt? Wie ist bzw. wäre dieses zu vereinbaren?
- Wird ein zertifiziertes Case Management in Ihrer Tätigkeitsstelle durchgeführt?
- Hatten Sie bereits Kontakt mit Jugendlichen, die das Case Management in Anspruch nehmen bzw. genommen haben?

#### **2. Kooperation**

- Mit welchen Institutionen arbeiten Sie zusammen?
- Wie gestalten sich diese Kontakte?
- Welche Erwartungen werden an Ihre Institution von seitens der Jugendwohlfahrtinstitutionen bzw. sozialen Einrichtungen gerichtet?
- Unterscheidet sich die Aufenthaltsdauer der Jugendlichen, die schon in einer Wohnform der Jugendwohlfahrt untergebracht ist, von denen die eine neue Unterbringungsmöglichkeit suchen?
- Gibt es Jugendliche für die keine adäquate Unterbringung vorhanden ist? Wie gehen Sie bei diesen Fällen vor?
- Wie im Gespräch mit Frau Daxner von Pro Mente hervorgegangen ist, steht die Jugendpsychiatrie konsiliarisch zu Verfügung. Wird das bei anderen Einrichtungen auch so gehandhabt?

### **3. Nachbetreuung**

- Wo beginnt und endet die Zuständigkeit Ihrer Institution für die AdressatInnen?
- Was geschieht nach einem stationären Aufenthalt?
- Inwieweit fließt die Jugendpsychiatrie in die „Nachbetreuung“ der JWF (und umgekehrt) ein?
- Gibt es eine ambulante Weiterbetreuung?

### **4. Fallbeispiel**

- Können Sie mir zum besseren Verständnis der praktischen Zusammenarbeit zwischen JWF und Jugendpsychiatrie jeweils ein gelungenes und ein noch ausbaufähiges Fallbeispiel schildern?

### **5. Ideen – Wünsche – Verbesserungsvorschläge**

- Gibt es Ihrer Erfahrung nach Verbesserungsbedarf bei der Zusammenarbeit Zwischen Jugendwohlfahrt bzw. sozialen Einrichtungen und Jugendpsychiatrie?
- Hätten Sie dazu konkrete Ideen oder Wünsche? Worin liegt Ihrer Meinung nach ausbaufähiges Potential?
- Wobei würden Sie sich die Zusammenarbeit betreffend mehr Unterstützung wünschen? (von wem?)
- Wie sehen Sie den Bedarf an altersadäquater Versorgung?

### **6. Abschluss**

- Bewerten Sie die momentane Angebote der jugendpsychiatrischen Versorgung im Raum Linz als ausreichend oder werden spezielle, altersadäquate Versorgungseinrichtungen für psychisch/psychiatrisch erkrankte Kinder und Jugendliche gebraucht?
- Wie wird der Bedarf an JWF-Einrichtungen in OÖ eingeschätzt? Ist ein Bedarf vorhanden?
- Ist noch etwas offen was Sie unserem Gespräch hinzufügen wollen?

## **Interviewleitfaden – Leitung der Pro Mente Jugend Oberösterreich**

### **1. KlientInnen**

- Wie sieht Ihre AdressatInnengruppe aus (Alter, Geschlechterverteilung, ...)?
- Wie viele KlientInnen haben Sie momentan in Ihrer Institution?

### **2. Case Management**

- Wird ein zertifiziertes Case Management in Ihrer Tätigkeitsstelle durchgeführt?
- Hatten Sie bereits Kontakt mit Jugendlichen, die das Case Management in Anspruch nehmen bzw. genommen haben?
- Wenn nein, können Sie sich die Arbeit des Case Management in der Versorgung von Jugendlichen mit psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen vorstellen?

### **3. Versorgung**

- Wie wird die Selbstbestimmung bei KlientInnen mit psychischen Störungen gehandhabt?
- Was geschieht mit den AdressatInnen nach einem stationären Aufenthalt in der Jugendpsychiatrie? Können diese wieder in die jeweilige Einrichtung zurückkehren?
- Gibt es Jugendliche für die keine adäquate Unterbringung vorhanden ist? Wie gehen Sie bei diesen Fällen vor?
- Unterscheidet sich die Aufenthaltsdauer der Jugendlichen, die schon in einer Wohnform der Jugendwohlfahrt untergebracht ist, von der, bei denen erst eine neue Unterbringungsmöglichkeit gesucht werden muss?
- Ist das Angebot von altersspezifischen Angeboten in Ihrer Einrichtung abgedeckt?

### **4. Kooperation**

- Mit welchen Institutionen arbeiten Sie zusammen?
- Wie gestalten sich diese Kontakte?
- Welche Erwartungen werden an Ihre Institution gerichtet?

### **5. Spannungen – Reibungen – Widersprüche**

- Wie wird bei Jugendlichen vorgegangen, die die Grenzen der Einrichtungen sprengen?
- Gibt es Ihrer Erfahrung nach Ungereimtheiten über die Zuständigkeit der

verschiedenen Institutionen? (Abschieben der KlientInnen)

- Wie könnt(t)en diese bewältigt werden? Was wäre dazu vonnöten?
- Welche Kriterien führen für eine/n Jugendliche/n zu einem Ausschluss?

#### 6. *Nachbetreuung*

- Inwieweit fließt die Jugendpsychiatrie in die „Nachbetreuung“ der Jugendwohlfahrt bzw. sozialen Einrichtungen (und umgekehrt) ein?
- Wo beginnt und endet die Zuständigkeit Ihrer Institution für die AdressatInnen?

#### 7. *Fallbeispiel*

- Können Sie mir zum besseren Verständnis der praktischen Zusammenarbeit zwischen Jugendwohlfahrt bzw. sozialen Einrichtungen und Jugendpsychiatrie jeweils ein gelungenes und ein noch ausbaufähiges Fallbeispiel schildern?

#### 8. *Ideen – Wünsche – Verbesserungsvorschläge*

- Gibt es Ihrer Erfahrung nach Verbesserungsbedarf bei der Zusammenarbeit zwischen Jugendwohlfahrt bzw. sozialen Einrichtungen und Jugendpsychiatrie?
- Hätten Sie dazu konkrete Ideen oder Wünsche? Worin liegt Ihrer Meinung nach ausbaufähiges Potential?
- Wobei würden Sie sich die Zusammenarbeit betreffend mehr Unterstützung wünschen? (von wem?)

#### 9. *Abschluss*

- Wie wird der Bedarf an JWF-Einrichtungen in OÖ eingeschätzt?
- Bewerten Sie die momentane Angebote der jugendpsychiatrischen Versorgung im Raum Linz als ausreichend oder werden spezielle, altersadäquate Versorgungseinrichtungen für psychisch/psychiatrisch erkrankte Kinder und Jugendliche gebraucht?
- Ist noch etwas offen was Sie unserem Gespräch hinzufügen wollen?



## Interviewleitfaden – Leitung red.box der Pro Mente Jugend Oberösterreich

### 1. KlientInnen

- Wie sieht Ihre AdressatInnengruppe aus (Alter, Geschlechterverhältnis, ...)?
- Für wie viele KlientInnen ist Ihre Einrichtung konzipiert?
- Wie lange können betroffene Jugendliche bei Ihnen untergebracht sein?
- Wie viele KlientInnen haben Sie momentan in Ihrer Einrichtung?

### 2. Case Management

- Wird ein zertifiziertes Case Management in Ihrer Tätigkeitsstelle durchgeführt?
- Hatten Sie bereits Kontakt mit Jugendlichen, die das Case Management in Anspruch nehmen bzw. genommen haben?
- Wenn nein, können Sie sich die Arbeit des Case Management in der Versorgung von Jugendlichen mit psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen vorstellen?

### 3. Versorgung

- Wie wird die Selbstbestimmung bei KlientInnen mit psychischen Störungen gehandhabt? Wie ist das zu vereinbaren?
- Nach welchem Betreuungsansatz gehen Sie vor?
- Gibt es Jugendliche für die keine adäquate Unterbringung vorhanden ist? Wie gehen Sie bei diesen Fällen vor?
- Unterscheidet sich die Aufenthaltsdauer der Jugendlichen, die schon in einer Wohnform der Jugendwohlfahrt untergebracht ist, von denen die eine neue Unterbringungsmöglichkeit suchen?
- Wie ist das Vorgehen wenn ein/e Jugendliche/r einen längeren stationären Aufenthalt in der Klinik während des Projektes hat?

### 4. Kooperation

- Mit welchen Institutionen arbeiten Sie zusammen?
- Wie gestalten sich diese Kontakte?
- Welche Erwartungen werden an Sie und Ihre Institution gerichtet?
- Wie funktioniert der Informationsaustausch zwischen allen beteiligten Einrichtungen im Versorgungskontext?
- Gibt es Vernetzungsgespräche über die momentan aktuellen Betreuungsangebote?

### **5. Spannungen – Reibungen – Widersprüche**

- Wie wird mit Jugendlichen umgegangen, die die Grenzen der Einrichtungen sprengen?
- Gibt es Ihrer Erfahrung nach Ungereimtheiten über die Zuständigkeit der verschiedenen Institutionen? (Abschieben der KlientInnen)
- Wie könnt(t)en diese bewältigt werden bzw. was wäre dazu vonnöten?
- Welche Kriterien führen zu einem Ausschluss?

### **6. Nachbetreuung**

- Wo beginnt und endet die Zuständigkeit Ihrer Institution für die AdressatInnen?
- Was geschieht nach Beendigung eines Aufenthalts mit den KlientInnen?
- Inwieweit fließt die Jugendpsychiatrie in die „Nachbetreuung“ der Jugendwohlfahrt bzw. sozialen Einrichtungen (und umgekehrt) ein?
- Gibt es eine ambulante Weiterbetreuung in der Jugendpsychiatrie?
- Ist ein Wiedereinstieg in Ihr Projekt möglich?

### **7. Fallbeispiel**

- Können Sie mir zum besseren Verständnis der praktischen Zusammenarbeit zwischen JWF und Jugendpsychiatrie jeweils ein gelungenes und ein noch ausbaufähiges Fallbeispiel schildern?

### **8. Ideen – Wünsche – Verbesserungsvorschläge**

- Gibt es Ihrer Erfahrung nach Verbesserungsbedarf bei der Zusammenarbeit zwischen Jugendwohlfahrt bzw. sozialen Einrichtungen und Jugendpsychiatrie?
- Hätten Sie dazu konkrete Ideen oder Wünsche? Worin liegt Ihrer Meinung nach ausbaufähiges Potential?
- Wobei würden Sie sich die Zusammenarbeit betreffend mehr Unterstützung wünschen? (von wem?)

### **9. Abschluss**

- Wie würden Sie den Bedarf an JWF-Einrichtungen in OÖ eingeschätzt?
- Bewerten Sie die momentane Angebote der jugendpsychiatrischen Versorgung im Raum Linz als ausreichend oder werden spezielle, altersadäquate

Versorgungseinrichtungen für psychisch/psychiatrisch erkrankte Kinder und Jugendliche gebraucht?

- Ist noch etwas offen was Sie unserem Gespräch hinzufügen wollen?