
Bachelor-Thesis:

***Wird Partizipation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in
Deutschland praktiziert und mit welchen Konzepten wird zu
einer gelingenden Umsetzung beigetragen?***

Bachelorarbeit im Studiengang BASA
vorgelegt von: Eric Mücke
Matrikelnummer: 24949

Erstgutachter*in: Rayla Metzner
Zweitgutachter*in: Prof. Dr. Heinz Voß
Abgabedatum: 28.08.2022

Zusammenfassung:

Partizipation gilt seit der deutschen Ratifizierung der UN-Kinderrechtskonvention als eine Strukturmaxime der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Ziel ist es, ihr Menschenrecht auf Beteiligung an Entscheidungsprozessen und die Fähigkeit zur Selbstbestimmung zu stärken. Sie besitzt verschiedene Dimensionen und dadurch keine klare Definition. Ihre Form variiert je nach Handlungsfeld. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie bietet jungen Menschen mit psychischen Störungen Hilfeangebote, um die Beteiligungschancen am gesellschaftlichen Leben zu verbessern. Sie hat somit Partizipation als ihren Auftrag. Mit dieser Arbeit möchte ich erklären, was man unter Partizipation versteht, welchen positiven Beitrag sie zur Genesung leistet und wie sie in Deutschland umgesetzt wird. Ich untersuche dafür, welchen Einfluss sie auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen und im psychosozialen Bereich hat, sowie Faktoren, die zu einer gelingenden Beteiligung notwendig sind. Dafür stelle ich zwei Konzepte zur Analyse von Partizipationsstrukturen sowie gesundheitspsychologische Modelle wie die Salutogenese vor. Des Weiteren werden die Institution Kinder- und Jugendpsychiatrie, ihre Struktur und Adressat*innen in den Blick genommen, um herauszufinden, welche Hürden für gelingende Beteiligung bestehen und wie bisher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie darauf reagiert wurde. Abschließend stelle ich die Partizipationskonzepte Empowerment, Shared Decision Making und Behandlungsabsprache vor, die in der Fachliteratur diskutiert und vereinzelt angewendet werden. Abschließend fasse ich die gesammelten Informationen zusammen und formuliere ein Fazit.

Abstract:

Since the German ratification of the UN Convention on the Rights of the Child, participation has been regarded as a structural maxim of work with children. It aims to strengthen their human right to participate in decision-making processes and their capacity for self-determination. Participation has different dimensions and therefore no clear definition. The form varies depending on the field of action. Child and adolescent psychiatry offers help to young people with mental disorders to improve their chances of participation in social life. It thus has participation as its mission. With this scientific work I would like to explain what is meant by participation, the positive contribution it makes to recovery and how it is implemented in Germany. I will investigate the influence it has on the development of children in general and in the psychosocial field. Additionally, I will find out which factors are necessary for successful participation. For this purpose, I present two concepts for the analysis of participation structures as well as models of psychological health such as salutogenesis. Furthermore, the institution of child and adolescent psychiatry, its structure and addressees are examined to find out which hurdles exist for successful participation and how the institution has reacted to them so far. Finally, I present the participation concepts of empowerment, shared decision making and treatment consultation, which are discussed and occasionally applied in the scientific literature. In the end, I will summarize the information collected and formulate a conclusion.

Inhalt

1. Einleitung	4
2. Partizipation	7
2.1 Definition und theoretische Perspektiven – was ist Partizipation?.....	7
2.1.1 Politische Partizipation.....	7
2.1.2 Sozialpädagogische Partizipation.....	9
2.1.3 Entwicklungspsychologische Begründungsansätze für Partizipation	10
2.2 Das Recht auf Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen.....	11
2.2.1 Das Recht auf Selbstbestimmung.....	11
2.2.2 Ausdruck internationaler Kinderrechte - Die UN-Kinderrechtskonvention.....	12
2.2.3 Ausdruck von Kinderrechten in Deutschland.....	15
2.3 Institutionelle Partizipationskonzepte	16
2.3.1 Die Partizipationsleiter	17
2.3.2 Die Partizipationskreise.....	20
2.4 Die Rolle von Partizipation in der psychosozialen und medizinischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.....	21
2.4.1 Partizipation junger Menschen mit psychosozialen Problemlagen – Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie?	21
2.4.2 Gesundheitspsychologische Aspekte von Partizipation	24
3. Die Kinder und Jugendpsychiatrie	27
3.1 Allgemeine Organisation stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrien – wie funktioniert die Arbeit in der KJP?.....	27
3.1.2 Psychiatrische Diagnosen und der Umgang des multiprofessionellen Teams	31
3.1.2 Hürden der Partizipation in der Wissenschaftsdebatte	37
3.1.3 Praktischer Umgang mit partizipativen Herausforderungen	41
4. Partizipative Konzepte	43
4.1 Das theoretische Konzept Empowerment	43
4.2 Shared Decision Making	45
4.3 Behandlungsabsprache	47
3.1.4 Informations- und Beschwerdekonzpte	48
5. Auswertung der Ergebnisse - Fazit	48
<i>Literaturverzeichnis</i>	52
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	57

1. Einleitung

„Man hilft den Menschen nicht, wenn man für sie tut, was sie selbst können“.

(Abraham Lincoln zit. na. Lenz 2001: S. 13)

„Niemand kann einen anderen dadurch stark machen, daß er für diesen andern arbeitet. Niemand kann ihn dadurch zum Denken veranlassen, daß er für den andern denkt“.

(Salomon zit. na. Kleve 2011: S.6)

Diese Zitate, so unterschiedlich ihr Kontext auch sein mag, weisen gleichermaßen auf einen Grundsatz der Sozialen Arbeit hin, welcher eines ihrer zentralen Paradigmen darstellt: Hilfe zur Selbsthilfe. Mit der zunehmenden Vergesellschaftung menschlichen Lebens und der Individualisierung der Lebensentwürfe steigt auch der Anspruch an all ihre Adressat*innen. Diese erleben ihr Leben als kompliziert, denn die Anforderungen an sie führen auch zu ambivalenten Empfindungen, Wünschen und Bedürfnissen - eine Entwicklung, der Hans Thiersch bereits seit den 1960er Jahren mit dem Konzept der Lebensweltorientierung begegnet, welches sich im Spektrum zwischen Respekt vor den Alltagskompetenzen der Adressat*innen und institutionell-professionellen Hilfen ansiedelt. Im Kern dieses Konzepts steht ein solidarisches und partizipatives Professionsverständnis (vgl. Grunwald; Thiersch 2004: S. 14): Die Aufgabe Sozialer Arbeit liegt dabei in der Unterstützung der Adressat*innen in belastenden Situationen, um ihre persönlichen Potentiale zu entfalten, um ein Leben in Verantwortung und Freiheit zu führen (vgl. Schnurr 2018: S.631).

Mit der „partizipativen Wende“ (Rieger; Straßburger 2014: S.41) in sozialen Berufen soll sich der Blick für die Ursachen gesellschaftlicher Benachteiligung und sich daraus ergebender Probleme grundlegend wandeln. Die korrigierende und kontrollierende Haltung der Fürsorge aus dem 19. und den Anfängen des 20. Jahrhunderts, welche in Form einer paternalistischen Expertokratie auch heute noch weit verbreitet ist, steht im Widerspruch zu einer teilhabeorientierten Haltung. Diese defizitorientierte Praxis Sozialer Arbeit schreibt von Benachteiligung betroffenen Personen oder Gruppen ihre Probleme als soziale Eigenschaften zu und sieht sich selbst in der Pflicht, deren Abweichungen von der gesellschaftlichen Norm im vermeintlichen Wissen über einen richtigen, gesellschaftsdienlichen Lebensentwurf entgegenzuwirken. Sie problematisiert zwar die Folgen gesellschaftlicher Benachteiligung, verstellt jedoch den Blick für Lösungsansätze

(vgl. Straßburger; Rieger 2014: S.42; vgl. Schnurr 2018: S.632). Mit einer zunehmenden Demokratisierung des Gemeinweizens veränderte sich auch das Verständnis der Sozialen Arbeit über ihre Rolle. Zentraler Auftrag wird die Unterstützung bei der Entfaltung der persönlichen Autonomie der Individuen, was Partizipation zu einem zentralen Paradigma sozialer Praxis avancieren lässt. Die externe Anpassung an die sozialen Normen der Gesellschaft rückt als Auftrag in den Hintergrund (vgl. Schnurr 2018: S.633).

„Partizipation kann heute als Mittel und Zweck des Handelns Sozialer Arbeit gelten“.

(Schnurr 2018: S.633)

Dennoch hat die „partizipative Wende“ (Straßburger; Rieger 2014: S.41) nicht zu einer vollkommenen Abkehr von expertokratischer Fürsorge geführt. Beide Rollenvorstellungen bestehen parallel zueinander in der Praxis weiter (vgl. Rieger; Straßburger 2014: S.42). Die Ratifizierung der UN-Kinderrechtskonvention ¹ hatte in Deutschland eine Verschiebung grundlegender Positionen und Verhältnisse zur Folge, welche einen Wechsel hin zur partizipativen Praxis begünstigen. Für die Fachdiskussion um Partizipation entscheidend sind dabei vor allem das Verhältnis vom Individuum zur Gesellschaft, sowie von Sozialarbeiter*innen zu ihren Adressat*innen (vgl. Schnurr 2018: S.633). In der Jugendarbeit ist Partizipation bereits seit dem 8. Kinder- und Jugendhilfebericht im Jahr 1990 als ein zentrales Ziel sozialpädagogischen Handelns beschrieben. Heute ist sie im gesellschaftlichen Diskurs allgegenwärtig und hat sich sowohl zur theoretischen und praktischen Strukturmaxime der Arbeit mit jungen Menschen entwickelt, wobei sie demokratische Werte mit der Ausgestaltung von Beteiligungsrechten junger Menschen verbinden soll (vgl. Meyer; Rahn 2020: S.398f). Wenn auch in wechselnden Phasen der Intensität, so ist die Kinder- und Jugendarbeit bereits seit ihren Anfängen von einer Idee der Selbst- und Mitbestimmung geprägt. Diese kann als konstitutiv angesehen werden (vgl. ebd. 2020: S.409).

Eins der wichtigsten Handlungsfelder der Kinder- und Jugendarbeit ist die Kinder- und Jugendhilfe. Die Adressat*innengruppe für die sie Sorge trägt überschneidet sich mit der Zielgruppe eines weiteren, deutlich spezifischeren Systems: der Kinder- und Jugendpsychiatrie ². Obwohl beide Bereiche stark voneinander abzugrenzende Gesellschaftsaufträge besitzen, kümmern sie sich um eine fast kongruente Schnittmenge

¹ Nachfolgend als UN-KRK bezeichnet

² Nachfolgend als KJP bezeichnet

junger Menschen. Eine enge Kooperation beider Bereiche ist heute von großer Wichtigkeit, denn sie teilen die Bemühung um eine Verbesserung der Lebenssituationen ihrer Adressat*innen – sie nehmen dabei das Kindeswohl in den Blick und stehen für Hilfe benachteiligter junger Menschen mit psychischen Störungen (vgl. Noske; Thun-Hohenstein 2021: S.10). Deren Partizipation, der Versuch der Rückgewinnung von Teilhabemöglichkeiten am sozialen und gesellschaftlichen Leben, scheint in der Jugendhilfe als Leitsatz jedoch deutlich intensiver Einzug in die Praxis zu halten, als in der Versorgung in der KJP (vgl. Kriener, Wilting 2004: S.481f).

Betrachtet man die komplexe Gemengelage, dann wird zu einem die Frage aufgeworfen, ob Partizipation trotz der herausfordernden Bedingungen innerhalb deutscher Kliniken gelebt und umgesetzt wird? Zum anderen ist bislang ungeklärt, ob es für diese spezielle Nische der Kinder- und Jugendmedizin eine eigene Herangehensweise im Umgang mit Beteiligung und Mitsprache gibt. Um mich den Antworten anzunähern, möchte ich nachfolgend herausstellen, ob partizipativer Konzepte in der KJP aktuell Anwendung finden, welche Faktoren zu einer gelingenden Partizipationspraxis beitragen können und welche Modelle möglicherweise bereits genutzt werden um die Teilhabebedingungen für die Adressat*innen zu verbessern. Dafür werde ich mich zuerst definitorisch dem Begriff der Partizipation und dessen Konzeption nähern und ihn sowohl allgemein als auch bezogen auf psychosoziale Arbeit näher beleuchten. Besonderes Augenmerk werde ich dabei auf dessen Rolle für psychosoziale und medizinische Berufe richten.

Im Anschluss gebe ich einen fachlichen Überblick über die Zusammenhänge der Institution KJP, um herauszustellen, weshalb Partizipation eine wichtige Rolle spielt. Dazu werde ich ein Bild der allgemeinen Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen skizzieren, um die Arbeit in der KJP nachvollziehbar zu machen. Anhand dieser Informationen werde ich verdeutlichen, welchen Herausforderungen sich das Handlungsfeld gegenüber sieht und welche Hürden und Probleme dem Partizipationsbestreben entgegenstehen können. Außerdem möchte ich darstellen, wie in der Praxis mit ihnen umgegangen wird.

Zuletzt werde ich analysieren, welche tragfähigen Praxismodelle und -konzepte bisher bestehen, um auf mögliche Hindernisse der Beteiligung zu reagieren, um daran anschließend ein Fazit zu ziehen, wie der aktuelle Stand in der wissenschaftlichen Debatte angesehen werden kann. Methodisch stütze ich mich für die vorliegende Arbeit auf eine intensive Literaturrecherche.

2. Partizipation

2.1 Definition und theoretische Perspektiven – was ist Partizipation?

Der Begriff Partizipation leitet sich vom lateinischen ‚participare‘ - hergeleitet aus ‚pars‘ für Teil und ‚capere‘ für fassen oder ergreifen - ab. Durch seinen etymologischen Ursprung wird deutlich, dass es sich um einen aktiven Prozess handelt, in dem Teile der Verfügungsgewalt über Entscheidung an sich genommen werden. Dies bedeutet eine Übertragung der Entscheidungsmacht auf diejenigen Personen, die von dieser unmittelbar betroffen sind (vgl. Meyer, Rahn 2020: S.400). Eine einheitliche Definition des Begriffs gibt es nicht. Im Allgemeinen kann darunter jedoch die Teilhabe von Individuen und Gruppen an Entscheidungen, die deren Leben unmittelbar betreffen, verstanden werden (vgl. Wedemeyer; Wiesemann 2017: S. 245). Sie zielt darauf ab, Menschen, die sich in prekären, belasteten Lebenslagen befinden und deren persönliche Ressourcen nicht zur hinreichenden Lösung ihrer Probleme ausreichen, durch Unterstützung zu befähigen, diese selbst bewältigen zu lernen. Demnach soll Partizipation auch immer zu einem Bildungsprozess anregen und die Autonomie der Betroffenen fördern (vgl. Schnurr 2018: S.631).

Partizipation wird oft synonym mit weiteren Begriffen wie Mitwirkung, Mitbestimmung oder Mitgestaltung verwendet. Diese implizieren ein aktives Geschehen. Des Weiteren werden der bereits erwähnte Begriff Teilhabe, aber auch Teilnahme als Synonyme genutzt. Deren Verwendung besitzt eine eigene Konnotation, welche ich im Anschluss näher erläutern werde. Auf den ersten Blick wird bereits erkennbar, dass der Begriff inhaltlich nicht exakt umrissen werden kann. Vielmehr zeigt sich in der Fachdiskussion eine Unschärfe, die erahnen lässt, dass viele unterschiedlichen Dimensionen von Partizipationsprozessen bestehen (vgl. Pluto 2018: S.945f; vgl. Meyer, Rahn 2020: S.399). Wie diese genutzt werden und welche Bedeutung dem Begriff zukommt differiert je nach betrachtetem Geltungs- und Lebensbereich (vgl. Wedemeyer; Wiesemann 2017: S.245).

2.1.1 Politische Partizipation

Bei Partizipation handelt es sich um ein nicht austauschbares Merkmal demokratischer Gesellschaftsformen. Sie stellt einen Ausdruck der charakteristischen Grundrechte auf Freiheit, Selbstbestimmung und Persönlichkeitsentfaltung dar und findet sowohl innerhalb und außerhalb des politischen Systems statt (vgl. Schnurr 2018: S.633f). Im politischen Kontext steht sie im weiteren Sinn für die Beteiligungschance an Formen demokratischer Meinungsäußerung und -bildung. Menschen werden in die Planungsvorhaben durch

Einbringen ihrer Ziele und Wünsche involviert und somit am Prozess der Willens- und Entscheidungsfindung beteiligt. Dabei kann man in zwei grundlegende Prinzipien unterscheiden:

Teilnahme-Strategien funktionieren nach dem ‚top-down‘-Prinzip, wobei die Probleme von übergeordneten Expert*innen definiert und adressiert werden. Meyer und Rahn (2020: S.400) beschreiben Teilnahme als die Idee einer aktiven Mitgestaltung und Einwirkung der Menschen auf verschiedene Lebensbereiche innerhalb der Gesellschaft. Schnurr (2018: S.634): ergänzt hierzu, dass sich Teilnahme im Kontext von Beteiligungs- und Entscheidungsprozessen eignet, um die verschiedenen Grade der Einflussmöglichkeiten einer Person darzustellen. Es wird die Möglichkeit geliefert, im Spektrum von bloßer Beteiligung bis hin zu echter Mitgestaltung zu differenzieren (vgl. Schnurr 2018: S.634).

Teilhabe-Strategien funktionieren nach dem ‚bottom-up‘-Prinzip, in welchem Betroffene selbst die Verantwortung für die Problemfindung und den Umgang damit übernehmen. Ausgangspunkt sind ihre individuellen Bedürfnisse, Problemen und Ressourcen. Meyer und Rahn (2020: S.400) ergänzen hier, dass Teilhabe für die Gewährung eines Zugangs zu gesellschaftlich produzierten Gütern steht, die über die Teilnahme an Entscheidungsprozessen hinausgehen. Gemeint sind Nutzungschancen für gesellschaftlich bereitgestellte Ressourcen, wobei dieser Begriff sehr weit gefasst wird. Neben materiellen sind auch kollektive Güter wie Freiheit, Sicherheit und Kultur gemeint (vgl. Schnurr 2018: S.634). Es kann sich hierbei auch um ein passives Geschehen handeln. Am Beispiel der Formulierung ‚Teilhabe von Menschen mit Behinderung‘ wird deutlich, dass eine bis dato ausgegrenzte Gruppe sich ohne Schaffung von Sonderstrukturen an den gleichen gesellschaftlichen Orten bewegen können soll (vgl. Pluto 2018: S. 946).

Politische Partizipation betont das Recht des Menschen auf die eigene Gestaltungsmöglichkeit in der Gemeinschaft, wobei diese Dimension als ein zieloffenes Handlungs- und Organisationsprinzip verstanden werden kann (vgl. ebd. 2018: S. 633; vgl. Lenz 2006: S.13). Erneut festgehalten werden muss, dass der Begriff Partizipation immer in seinem Anwendungskontext zu betrachten ist. Da jeder Kontext durch seine Strukturen und Dynamiken einzigartig ist, müssen auch verschiedene Grade der Einbindung unterschieden werden, welche für die individuellen Nuancen der Anteilnahme und Aktivität stehen (vgl. Pluto 2018: S.946).

2.1.2 Sozialpädagogische Partizipation

Während Partizipation im politischen Sinn als ein genereller Ausdruck für Gleichberechtigung und Selbstbestimmung steht, wird sie in der Pädagogik als ein zweckgebundenes Mittel der Förderung angewendet (vgl. Wedemeyer; Wiesemann 2017: S.245; vgl. Meyer; Rahn 2020: S.402). In diesem Sinn basiert Partizipation überwiegend auf zwei dominierenden Diskurssträngen: der Demokratisierung, sowie der Aktivierung und Ökonomisierung.

Demokratisierungsentwicklungen der Gesellschaft gingen historisch mit Veränderungen ihrer Institutionen und Organe einher, was eine stetige Erweiterung der Rechte, vor allem für bisher benachteiligte Gruppen zur Folge hatte. Deren Einfluss auf staatliche Entscheidungen stieg dadurch. Partizipation im Sinn von Aktivierung und Ökonomisierung meint das Bestreben, aufgrund des Rückzugs des aktivierenden Sozialstaats aus der sozialen Verantwortung, den Individuen für ihre persönlichen und auch für gesellschaftliche Probleme mehr Eigenverantwortung zu übertragen. Implizit wird mehr Engagement der Bürger*innen gefordert. Durch diese instrumentelle Sichtweise von Partizipation kann sie als staatliches Erziehungsmittel angesehen werden. Individuen durchlaufen einen Sozialisationsprozess mit dem Fokus auf die Ausbildung eines Selbstwirksamkeitsbestrebens, welches sie animiert durch eigene Selbstheilungskräfte staatliche Unterstützungssysteme zu entlasten (vgl. Pluto 2018: S.947; vgl. Meyer; Rahn 2020: S.402f). Im Begründungsrahmen Sozialer Arbeit lassen sich drei Herleitungsperspektiven für Partizipation herausstellen, auf welche sich innerhalb der Professionsgrenzen berufen wird:

Die demokratiethoretische Perspektive beschreibt die immanent wichtige Rolle von politischer Partizipation für das Fortbestehen von Demokratien. Unabhängig unter welchem theoretischen Verständnis Demokratie betrachtet wird, steht immer die Einbeziehung des Individuums in das Gemeinwesen im Mittelpunkt. Soziale Arbeit findet hier ihren Auftrag darin, dass die Verwirklichung des Rechts auf Teilnahme und Teilhabe von gesellschaftlichen Bedingungen erschwert wird. Für die Verbesserung der wohlfahrtsstaatlichen Partizipationsmöglichkeiten setzt sie sich ein. Die zweite ist die dienstleistungstheoretische Begründungsperspektive. Sozialpädagogische Leistungen sind aufgrund ihrer strukturellen Merkmale in hohem Maß abhängig von der Partizipation der Adressat*innen. Um die Dienstleistung erbringen zu können ist deren Teilnahme eine Mindestanforderung. Interaktion und Kommunikation zwischen ihnen und den

Sozialarbeitenden sind grundlegenden Voraussetzungen. Ohne die Adressat*innen gäbe es keine Dienstleistung. Die dritte Begründungsperspektive fußt auf der pädagogischen und bildungstheoretischen Tradition, emanzipativ zu agieren und Mündigkeit und Handlungsfähigkeit zu fördern. Ziel ist es eine Selbstverwirklichung der Adressat*innen zu ermöglichen. Damit eine solche Form der Bildung gelingen kann, sind „*Orte der Selbst- und Welterfahrung, Anerkennungsverhältnisse und demokratische Entscheidungsstrukturen in pädagogischen Handlungskonzepten zu verankern*“ (Meyer; Rahn 2020: S.403). Konzepte müssen daher anschlussfähig an ihre Lebenswelt und in diese eingebettet sein (vgl. Meyer; Rahn 2020: S.402f).

2.1.3 Entwicklungspsychologische Begründungsansätze für Partizipation

Wenngleich es noch an entwicklungspsychologischer Evidenz zu den Folgen von Partizipation mangelt (vgl. Wedemeyer; Wiesemann 2017: S.245), so fasst Mike Seckinger (2006: S.7f) doch einige Argumente zusammen, die exemplarisch für eine Umsetzung partizipativer Praxis in der Sozialen Arbeit sprechen:

Bereits die Säuglingsforschung macht deutlich, dass Menschen schon in den frühen Lebensmonaten versuchen ihre Umwelt aktiv zu beeinflussen. Die kindliche Kommunikation mit dem Lebensumfeld sorgt für mehr als nur die Erfüllung basaler Bedürfnisse. Säuglinge äußern gegenüber ihren Bezugspersonen aktiv Wünsche nach Unterhaltung und Beschäftigung, Ruhe und Erholung. Sie sind sehr früh bestrebt, zielgerichtet Einfluss zu nehmen, wodurch betont wird, wie empfindlich Kinder in dieser Lebensphase für Entwicklungsrisiken sind. Seckinger mahnt daher zur Sensibilität für mögliche psychische Störungsfolgen. Anschluss nehmend daran bringt er einen Punkt der Resilienzforschung an: diejenigen Individuen, die das Gefühl und die Fähigkeit besitzen, Einfluss auf ihr Leben nehmen zu können und deren Erfahrungen diese Annahme bestätigen, überstehen widrige Situationen tendenziell gut (vgl. Seckinger 2006: S.7). Ein Konzept, welches sich dieser Annahme widmet, ist die *Salutogenese* von Aaron Antonovsky, worauf ich im Verlauf eingehen werde (ebd. 2006: S.7; vgl. Lenz 2006: S.19). Auch durch professionelles Handeln im Rahmen pädagogischer oder psychologischer Arbeit wird für die Entstehung protektiver Faktoren einen wesentlichen Beitrag geleistet. Pädagogik - als eine Anregung zur Selbsttätigkeit verstanden – muss auf die Aneignung der Welt durch das Individuum setzen, wenn sie gelingen will. Als Beispiel nennt er konflikthafte Erziehungsprozesse zwischen Erziehenden, Kinder und Jugendlichen oder

das vorherrschende, selektive Schulsystem. Diese produzieren eine Vielzahl von Verhaltensweisen, die das Zusammenleben erschweren, beispielsweise Doppelmoral, mangelnde Bereitschaft zur Eigeninitiative und fehlender Wille zur Verantwortungsübernahme. Als positive Gegenposition, die das Gelingen partizipativer pädagogischer Arbeit stützt, werden die Beobachtungen zu Kinderrepubliken angeführt (vgl. Seckinger 2006: S.7f), die Einfluss auf die institutionelle Erziehung hatten. Prominente Beispiele im Fachdiskurs stellen Makarenkos ‚Gorki-Kolonie‘ und die Waisenhauserziehung Janusz Korczaks dar, in denen Kindern weitreichende Entscheidungsbefugnisse zu Teil wurden, die bis hin zur Selbstregierung durch diese reichten (vgl. Wolff. 2016: S. 1050). Seckinger zufolge entstehen gesunde und positive Lebensbedingungen dann, wenn eine Entfaltung des Individuums, eingebettet in soziale Beziehungen, stattfinden kann. Demnach hat jeder Mensch das Recht auf ein Streben nach Autonomie, in dem er eine Lebensform findet, die ihm entspricht (vgl. ebd. 2006: S.8).

2.2 Das Recht auf Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen

2.2.1 Das Recht auf Selbstbestimmung

Die Definition von Autonomie als Recht auf Selbstbestimmung beschreibt ein sehr starkes ethisches Prinzip, dessen Umsetzung hohe Anforderungen an die praktische psychosoziale Arbeit stellt. Wenngleich die Fähigkeit selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen einen wichtigen Stellenwert einnimmt, so unterliegt sie doch einem dichotomen Verständnis. Wedemeyer und Wiesemann (2017: S.243) beschreiben sie für den Bereich der Medizin als einen „Alles-oder-Nichts-Begriff“ (ebd. 2017: S.243) – verfügt man über sie, so werden eigene Entscheidungen respektiert. Besitzt man sie nicht, obliegt die Entscheidung autorisierten Dritten von deren wohlwollender Entscheidung vorerst ausgegangen wird. Die Begründung liegt theoretisch darin, dass die Fähigkeit eigene Entscheidungen zu treffen sich erst im Prozess der Persönlichkeitsreife entwickelt. Aus rechtlicher Sicht ist diese Prämisse wichtig, da an ihr entlang die objektiven Faktoren festgelegt werden, welchen Personen die Entscheidungsmacht über das Leben des jungen Menschen verantwortet wird. Aus juristischer Perspektive betrachtet ist sie sinnvoll und wichtig, birgt jedoch in der Praxis moralische Schwierigkeiten. Die Fähigkeit der Selbstbestimmung ist maßgeblich beeinflusst durch die individuelle Reife des jungen Menschen und dessen Vorerfahrungen. Auch wenn aufgrund ihres rechtlichen Status Entscheidungen in letzter Instanz den Sorgeberechtigten obliegen, so besitzen sie doch, wie Seckingers Beispiel zeigt, von Geburt an eigene Wünsche und Bedürfnisse, deren Berücksichtigung auf dem

Weg zur eigenen Selbstbestimmungsfähigkeit wichtig ist (vgl. ebd. 2017: S. 243f; vgl. Zerbe et al. 2020: S.702f; vgl. Nolkemper et al. 2019: S.274).

Partizipation bietet einen Ausweg aus der dichotomen Betrachtung, indem sie die Selbstbestimmung durch das relationale Recht auf Mitbestimmung ersetzt. Somit fokussiert sie eine abgeschwächte Form dieses Autonomieprinzips und entfernt sich von dessen Absolutheit. In der Praxis ist es leichter umsetzbar, da „*die verbindliche Einflussnahme von Kindern und Jugendlichen auf Planung- und Entscheidungsprozesse, von denen sie betroffen sind* [Hervorh. d. Verf.]“ (Jaun 1999: S.266 zit. na. Zerbe et al. 2020: 703) ins Zentrum des Handelns gestellt werden (vgl. Zerbe et al. 2020: 702f). Gesellschaftlich hat sich ein Wandel der Erziehungsvorstellungen vollzogen. Gehorsam als zentraler Wert ist für das Empfinden als glückliche Familie tendenziell in den Hintergrund gerückt. Präzenter sind die Wünsche nach gegenseitigem Respekt, das Agieren auf Augenhöhe und die Fähigkeit von Eltern, Kinderwünsche zu berücksichtigen. Die Notwendigkeit der Lenkung und Führung der Kinder durch ihre Sorgeberechtigten wird dadurch keineswegs in Frage gestellt, denn ihre korrektive Funktion ist für eine gesunde Entwicklung und die Prävention autodestruktiven Verhaltens von großer Bedeutung (vgl. Nolkemper et al. 2019: S.274f). Doch worin ist eine Umsetzung von Partizipation gesellschaftlich begründet, wenn sie doch in der öffentlichen und fachlichen Debatte so einen großen Stellenwert erhält?

2.2.2 Ausdruck internationaler Kinderrechte - Die UN-Kinderrechtskonvention

„Kinder und Jugendliche haben einen Sonderstatus, da ihnen noch nicht alle (formalen) Bürgerrechte in der Gesellschaft zugestanden werden.“

(Pluto 2018: S. 949)

Im Jahr 1992 ratifizierte Deutschland die 1989 veröffentlichte UN-KRK. Diese trägt den Status einer Menschenrechtserklärung (vgl. Wedemeyer; Wiesemann 2017: S.244). Durch sie werden Kinder nicht zu Objekten von Planung und Entscheidung, sondern zu Träger*innen unveräußerlicher, eigener Rechte und dadurch zu eigenständigen Rechtssubjekten. Mit der Unterzeichnung verpflichten sich alle Staaten, geeignete Gesetzgebungs- und Verwaltungsmaßnahmen zu verwirklichen, welche den in der Konvention formulierten Rechten entsprechen (vgl. Pluto 2022: S.67; vgl. Wolff 2016: S.1052) um die Verwirklichung der „*best interests of the child* [Hervorh. d. Verf.]“ (Pluto

2018: S. 949), wie sie in Artikel 3 der UN-KRK verfasst sind, zu gewährleisten. Dabei werden drei Kategorien beschrieben, die gleichwertig nebeneinanderstehen und als Grundbedürfnisse von Kindern anzusehen sind: Schutzrechte, Rechte auf Förderung und Beteiligungsrechte.

Schutzrechte dienen der Gewährleistung von körperlicher und seelischer Unversehrtheit und Versorgung, Förderungsrechte bilden einen begrifflichen Rahmen für die Rechte auf eigene Entwicklung in Form von Bildung, Freizeit, Spiel und Erholung. Die für Partizipation maßgeblichen Beteiligungsrechte umfassen die Zusicherung einer eigenen Meinung, die Chance diese äußern zu können und dass ihnen Gehör geschenkt wird, sowie den altersgerechten Zugang zu Informationen (Wedemeyer; Wiesemann 2017: S.244; vgl. Westerholt 2015: S.33; vgl. Wolff 2016: S. 1052). Letztere werden mitunter als unvereinbar mit den ersten beiden Kategorien angesehen, was deren Anerkennung erschwert (vgl. Pluto 2022: S.67). Das rechtliche Schutzkonzept in Verbindung mit einer paternalistischen Vorstellung im Umgang mit Kindern ist gesellschaftlich dominant, was die öffentliche Aufmerksamkeit für Kinderschutz beweist (vgl. ebd. 2018: S. 949f; vgl. Rieger; Straßburger 2014: S.41f). Bei Entscheidungsfindung entsteht ein sich selbst verstärkender Zirkel: es wird ein verletzliches, schützenswertes Bild von Kindern gezeichnet. Ihnen wird fehlende Kompetenz zugeschrieben, was als Ermächtigungsgrundlage für Erwachsene zur Übernahme von Entscheidungen gedeutet wird. Deren aktives Handeln unterstreicht die zugeschriebene Hilflosigkeit der jungen Menschen und damit die Sicht der Erwachsenen. Diese entmündigende Praktik darf jedoch keine Rechtfertigung für eine generelle Einschränkung der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen sein (vgl. Pluto 2022: S.68).

Den Herausforderungen der Partizipation liegt ein breites Spannungsfeld zugrunde. Beteiligungspraxis bewegt sich immer zwischen den zwei Polen Fremdbestimmung und Selbstbestimmung, was auch eine Kategorisierung des Begriffs herausfordernd gestaltet (vgl. Wolff 2016: S.1053). Eine Erklärungsperspektive protektiven Verhaltens durch erwachsene Menschen ist von dem Bedürfnis geleitet, Kinder von der Einbeziehung in Gesellschaftsprobleme und der Verantwortung für diese zu schützen, damit sie eine sorgenfreie Kindheit haben können (vgl. Hart 1992: S.5). Dieser Ansicht widerspricht der Kinderrechtsaktivist und Psychologe Roger Hart (1992: S.5) und entgegnet: „*The erosion of children's free time and free play in the industrialized countries is a matter of too much protection, not too little*“. Dessen im Verlauf noch zu beschreibendes Konzept der

Partizipationsleiter bildet einen Versuch, die Grade von Selbst- und Fremdbestimmung besser zu unterscheiden (vgl. Wolff 2016: S.1053).

Durch die Anerkennung der UN-KRK entsteht erstmals eine internationale Verpflichtung für die unterzeichnenden Staaten, Kindern und Jugendlichen echte Beteiligungsrechte zu geben. Entsprechend ihres Alters und Entwicklungsstandes sollen sie die Möglichkeit erhalten, ihre Meinung zu sie betreffenden Entscheidungen zu äußern. Diese Äußerungen müssen auch Berücksichtigung finden. Da sich Mitbestimmungskompetenzen durch Handlungsprozesse entwickeln dürfen jungen Menschen nicht erst dann einbezogen werden, wenn Erwachsene sie für fähig halten. Sie können als kompetent angesehen werden, da zur Entwicklung der Fähigkeit praktisches Lernen notwendig ist und sie in Bezug auf sie betreffenden Entscheidungen bereits eigene Vorstellungen besitzen, die Gehör verdienen. Partizipation darf nicht nur situativ, sondern muss auch immer bildungstheoretisch-zukunftsgerichtet betrachtet werden (vgl. Meyer; Rahn 2020: S.404).

Zentralen Ausdruck der Verankerung vom Recht auf freie Meinungsäußerung und dessen angemessene Berücksichtigung für Kindern und Jugendlichen stellt Artikel 12 Absatz 1 der UN-KRK dar (vgl. Pluto 2018: S.950):

„Die Vertragsstaaten sichern dem Kind, das fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden, das Recht zu, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern, und berücksichtigen die Meinung des Kindes angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife.“

(Westerholt 2015: S.33)

Bezugnehmend auf die Umsetzungserfahrungen und rechtliche Verwirklichung der Konvention formulierte der UN-Kinderrechtsausschuss 2009 Kriterien, die Partizipation erfüllen soll. Ihnen zufolge muss sie transparent, informativ, freiwillig, respektvoll, bedeutsam für die Bedürfnisse und Erfahrungen der Adressat*innen, sowie kinderfreundlich und inklusiv sein. Erwachsene sollen zudem Bildungsangebote über die Rechtsansprüche und Effekte von Partizipation anbieten. Innerhalb dieser sollen sie schützend in Bezug auf Risiken der Meinungsäußerungen agieren, über diese aufklären und Möglichkeiten zum Hinterfragen bieten (vgl. Wedemeyer; Wiesemann 2017: S. 246).

Weitere, für das Verständnis von Partizipation exemplarische Artikel der UN-KRK, sind insbesondere:

- Artikel 3: Die Vertragsstaaten verpflichten sich, geeignete Gesetzstrukturen zu schaffen, die im öffentlichen und privaten Raum das Wohl des Kindes vorrangig berücksichtigen.
- Artikel 4: Die Vertragsstaaten treffen notwendige rechtliche und sonstige Regelungen zur Umsetzung der anerkannten Rechte.
- Artikel 13: auch für Kinder gilt die Meinungs- und Informationsfreiheit, die sie bemächtigt sich unter den geltenden gesetzlichen Einschränkungen Informationen zu beschaffen.
- Artikel 14: es besteht das Recht des Kindes auf Gedanken, Gewissens- und Religionsfreiheit. Diese darf es im Rahmen geltender Gesetze öffentlich äußern und vertreten.
- Artikel 15: Kinder haben das Recht sich frei und friedlich im Rahmen geltender Gesetze mit anderen zusammenzuschließen und zu versammeln.
- Artikel 17: Kindern steht ein Zugang zu vielfältigen Informationsquellen zu, die insbesondere das soziale und seelische Wohlergehen fördern

Eine untere Altersgrenze für die Beteiligung wird explizit nicht genannt (vgl. Westerholt 2015: S. 37.)

2.2.3 Ausdruck von Kinderrechten in Deutschland

Auf nationaler Ebene findet sich eine Verankerung der UN-KRK in einer Vielzahl von Gesetzen. Bereits §1 BGB trifft eine entscheidende Feststellung: die Rechtsfähigkeit des Menschen beginnt mit seiner vollendeten Geburt. Ein wichtiges und prominentes Gesetz stellt das Recht auf gewaltfreie Erziehung dar, welches in §1663 Abs. 2 BGB geregelt ist (vgl. ebd. 2015: S.34).

Spätestens mit dem 8. Jugendhilfebericht und Inkrafttreten des SGB VIII erfuhr Partizipation im Kontext der Jugendhilfe und Jugendarbeit eine intensive Implementierung. In diesen Bereichen bietet sich eine gute Ausgangsposition für eine Verwirklichung der geforderten Beteiligungspraxis (vgl. Pluto 2018: S.950; vgl. Wolff 2016: S.1056). §8 SGB VIII konstatiert, dass Adressat*innen entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen sind. Sie haben zudem das Recht sich bei Fragen von Erziehung und

Entwicklung an das Jugendamt zu wenden. Dort können sie elternunabhängig und ohne deren Kenntnis Beratung erhalten (vgl. BMFSJ 2020: S. 76). Ebenfalls eine wichtige Norm stellt §36 SGB VIII dar: bei Entscheidungen über Inanspruchnahme einer Hilfe sind alle Beteiligten zu beraten. Findet eine Fremdunterbringung statt sind Adressat*innen an der Auswahl der Hilfe zu beteiligen. Ein Hilfeplan wird unter Zusammenwirkung von Jugendamt, den Adressat*innen der Hilfe und den weiteren Beteiligten ausgehandelt. Dies stellt die Handlungsgrundlage der Jugendhilfe dar (vgl. Pluto 2018: S.950; vgl. Westerholt 2015: S.35).

Den zeitlich jüngsten Schärfungsversuch der Rechte von Kindern und Jugendlichen unternimmt das Kinder- und Jugendstärkungsgesetz. Es ergänzt unter anderem um den §4a SGB VIII: öffentliche Jugendhilfeträger sollen die Selbstvertretung junger Menschen fördern, was in der Kinder- und Jugendhilfe unter anderem durch Heimräten oder gewählten Sprecher*innen umgesetzt werden kann. Eine weitere wichtige Veränderung ist die Ergänzung des SGB VIII um §9a: demnach wird es Aufgabe der Bundesländer, unabhängige Ombudsstellen zu schaffen, an die sich junge Menschen und Familien mit Beratungsbedarf im Konflikt- oder Streitfall mit der Kinder- und Jugendhilfe wenden können. Deren Ausbau, Etablierung und Stärkung scheint notwendig, da ihre Anzahl und Bekanntheit in Deutschland noch als gering eingeschätzt wird. §45 SGB VIII macht diese zuletzt genannten Novellierungen für die Betriebserlaubnis von Jugendhilfeeinrichtungen verpflichtend (vgl. Pluto 2018: S69ff).

Es kann festgehalten werden, dass die Kinder- und Jugendhilfe für eine Umsetzung der UN-KRK rechtlich gut positioniert ist. Kinder sind Träger*innen von Menschenrechten und damit genuine Rechtssubjekte. Diese Perspektive umfänglich zu etablieren, verläuft in Deutschland jedoch zögerlich. Nachfolgend werde ich einige Konzepte von Partizipation vorstellen, die sich innerhalb der Arbeit mit jungen Menschen und innerhalb von Institutionen Anwendung finden können.

2.3 Institutionelle Partizipationskonzepte

Die allgemeine Bewertung von Partizipation ist anhand verschiedener Kriterien möglich. Die Reichweite beschreibt die durch Beteiligungsversuche tangierten Lebensbereiche der Adressat*innen. Die Form gibt Auskunft über die strukturelle Art der Partizipation, also beispielsweise als Gremium oder als Projekt. Diese lässt Rückschlüsse darauf zu, welche Intention hinter einem Konzept oder einer Strategie steht und wie inklusiv sie wirkt. Der

Parameter der Stärke bietet die Möglichkeit Partizipation mess- und reflektierbar zu machen. Dazu werden Stufenmodelle herangezogen, auf welche ich nachfolgend anhand einiger Beispiele eingehen werde (vgl. Wedemeyer; Wiesemann 2017: S.246f).

2.3.1 Die Partizipationsleiter

Ein erstes Beispielkonzept für partizipativen Umgang beschreibt 1992 Roger Hart in seinem Essay „*childrens participation: from tokenism to citizenship*“. Selbstvertrauen und Beteiligungskompetenz entwickeln sich graduell durch wiederholte Übung. Sie können nicht durch ein festgelegtes Alter als gegeben angenommen werden. Daher sieht er ein Wachstum an Partizipationsmöglichkeiten für junge Menschen als essenziell für jede angehende und entwickelte Demokratie. In der verinnerlichten Partizipation sieht er den Standard, an dem sich jede Demokratie messen lassen muss. Partizipation sieht Hart als das fundamentale und zentrale bürgerliche Recht. Die Teilnahme und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen kann dabei nicht betrachtet werden, ohne auch bestehende Machtverhältnisse in den Blick zu nehmen. Besonders für benachteiligte junge Menschen, die beispielsweise von Diskriminierung oder Unterdrückung betroffen sind, ist es wichtig, die Chance zu erhalten, Beteiligung zu erlernen. Hart bezieht sich als Grundlage auf die bereits erwähnte UN-KRK, sieht sie jedoch fokussiert auf Schutzrechte. Für die Entwicklungsaussichten der Selbstbestimmungsfähigkeit betont er, dass der Einfluss erwachsener Menschen als Korrektiv und Vorbild wichtig ist (vgl. Hart 1992: S. 4-7). Konzeptuell entwickelte Hart innerhalb seines Essays ein Leitermodell aus neun Stufen, welches die verschiedenen Möglichkeitsebenen der Partizipation junger Menschen verbildlicht.

Stufen der Partizipation nach Hart 1992 und Gernert 1993:

A) Manipulation - Fremdbestimmung

Auf dieser niedrigsten Stufe der Partizipationsleiter sind die Inhalte fremd definiert. Als Beispiel werden Schulkinder angeführt, die auf politischen Demonstrationen unter dem Deckmantel der Beteiligung politische Banner tragen, deren Bedeutung sie nicht verstehen. Eine weitere Facette dieser Ebene ist die Konsultation der Kinder, ohne jedoch irgendeine Form des Feedbacks zu den Ergebnissen zu geben. Nicht immer ist der Begriff Manipulation zutreffend, da teilweise davon auszugehen ist, dass dies nicht intentional durch Erwachsene passiert und hier fehlgeleitet oder fremdbestimmt eher zutrifft.

B) Decoration – Dekoration

Die zweite Stufe beschreibt die Mitwirkung junger Menschen an Veranstaltungen oder Aktionen, ohne deren genaue Inhalte zu kennen oder zu verstehen. Zumeist nehmen sie aufgrund eines Angebots oder einer materiellen Zuwendung, Erfrischung oder eines für sie interessanten Events teil. Diese Stufe hebt sich von der Manipulation dadurch ab, da hier offensichtlich ist, dass die Idee ihren Ursprung bei den Erwachsenen hat. Kinder unterstützen deren Anliegen eher indirekt.

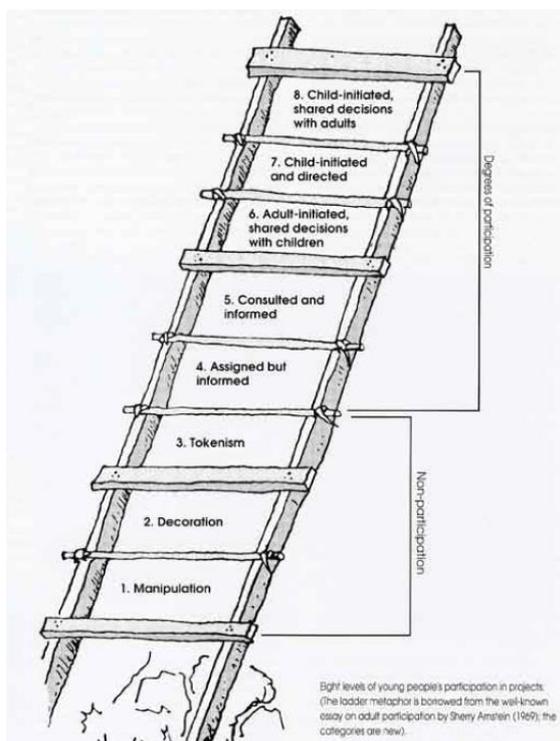


ABBILDUNG 1 (QUELLE : LANDESJUGENDRING HAMBURG 2009)

C) Tokenism – die Alibi-Teilnahme

Jungen Menschen wird vermeintlich eine Stimme gegeben, die jedoch keinen oder einen sehr geringen Einfluss hat. Die Chance eigene Ideen zu formulieren bleibt verwehrt. Hart zieht das Beispiel von Konferenzen heran, denen einige Kinder lediglich zur Repräsentation junger Menschen der Veranstaltung beiwohnen, ohne Redeanteil zu erhalten oder dass der Grund ihrer Anwesenheit offengelegt wird. Sie entscheiden jedoch selbst, ob sie der Veranstaltung beiwohnen wollen oder nicht.

Diese ersten drei Stufen der Leiter beschreibt Hart (1992: S.8) als „*non-participation*“.

Innerhalb ihrer Strukturen findet keine echte Partizipation statt, sie folgen einem Selbstzweck der jeweiligen Initiator*innen (vgl. ebd. 1992: S. 9f; vgl. Landesjugendring Hamburg 2009). Die nachfolgenden Stufen bezeichnet Hart (1992: S.11) als „*models of genuine participation*“.

D) Assigned but informed – Teilhabe

Diese Stufe unterscheidet sich von Alibi-Teilhabe durch einige wichtige Umstände, die zu einem sporadischen Engagement befähigen: Kinder verstehen die Absichten des Projekts, wissen wer sie aus welchen Gründen involviert und haben eine bedeutungsvolle Rolle, welche über bloße Dekoration hinausreicht. Zudem ist die Teilnahme nach der Erklärung des Vorhabens freiwillig.

E) Consulted and informed – zugewiesen, informiert

Das Vorhaben oder Projekt ist von Erwachsenen vorbereitet, Kinder und Jugendliche sind jedoch gut informiert, verstehen die Zusammenhänge und ihre Meinungen und Interessen werden ernst genommen. Als Beispiel hierfür wird ein Typ der Marktforschung benannt, in dem Kinder neue Ideen für Kindersendungen von Kindern entwickelt und kritisiert werden. Deren Ideen werden dann professionell aufgearbeitet und ihnen erneut gezeigt.

F) Adult-initiated, shared decision with children – Mitwirkung

Diese Stufe der Leiter kann als wahre Partizipation bezeichnet werden. Trotz, dass die Projekte von Erwachsenen entwickelt werden, erfolgt die Entscheidungsfindung gemeinsam mit den jungen Menschen. Sie werden bei der konkreten Planung, beispielsweise innerhalb einer Gemeinschaft, angehört. Jedoch haben sie noch keine eigene Entscheidungsmacht.

G) Child initiated and directed – Mitbestimmung

In einem unterstützenden Umfeld ist es selbst sehr jungen Kindern gut möglich kooperativ in Gruppen zu agieren. Diese Stufe nimmt daher Projekte in den Blick, die zwar von Erwachsenen vorgeschlagen werden, Entscheidungen werden jedoch gleichberechtigt und demokratisch von beiden Parteien getroffen. In der Umsetzung erfahren die jungen Menschen die Unterstützung der engagierten Erwachsenen. Hart betont, dass es wenige Beispiele für diese Kooperation gibt, da es Erwachsenen tendenziell schwerfällt, die Vorschläge junger Menschen zu akzeptieren, ohne dabei eine anweisende Rolle zu übernehmen.

H) Child initiated, shared decision with adults – Selbstbestimmung

Auf dieser Stufe werden Projekte, aufgrund der anspruchsvollen Aufgabe, meist von Jugendlichen selbst initiiert. Sie treffen Entscheidungen und teilen diese lediglich mit den Erwachsenen. Letztere agieren in zurückhaltender, aber unterstützender Weise. Diese Stufe setzt eine Haltung der Erwachsenen voraus, welche die Interessen und Wünsche junger Menschen anerkennt und deren Energie und Hingabe fördert. Hart bezeichnet diesen Typ professioneller Personen als Animator (vgl. Hart 1992: S.11-14).

Mechthild Wolff (2016: S.1054) beschreibt zudem die neunte Stufe der Leiter – die Selbstverwaltung: Diese, wenngleich in der Grafik nicht dargestellt, integrierte Hart

ebenfalls in sein Konzept. Wird sie erreicht findet eine absolute Selbstorganisation und Entscheidungsfreiheit für beteiligte junge Menschen statt, wodurch die Stufe über Beteiligung hinausgeht. Sie kommt beispielsweise in Jugendverbänden vor, von denen die Ergebnisse lediglich den Erwachsenen mitgeteilt werden. Kinder und Jugendliche fungieren als Expert*innen in eigener Sache (vgl. Meyer; Rahn 2020: S. 408).

2.3.2 Die Partizipationskreise

Liane Pluto (2022: S.74ff) beschrieb ein Praxismodell, welches Beteiligung im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe unterstützen soll. Sie unternimmt den Versuch, eine Übertragbarkeit in die psychosoziale Praxis herzustellen, wodurch sich die Chance bietet, sensibler für Risiken und Hürden der Realisierung von Partizipation zu werden. Anhand das Partizipationskreise verdeutlicht sie, welche Anforderungen an Beteiligungsprozesse gestellt werden müssen. Es ist situationsabhängig, welche Handlungen, Verhaltensweisen und Strukturen als partizipativ erlebt werden. Für die pädagogische Arbeit benennt sie die nachfolgend dargestellten Elemente von Beteiligungsprozessen. Diese spiegeln sich bildlich in sechs Kreisen wider, die um Partizipation herum angeordnet sind (vgl. Pluto 2022: S.74f; vgl. ebd. 2007: S.53ff):

A) Mitdenken und Mitreden

Diese beiden Felder fasst Pluto zusammen, da sie miteinander eng verflochten sind. Kinder und Jugendliche denken und reden mit, indem sie gemeinsam in Situationen mit Entscheidungscharakter einbezogen werden. Sie nehmen an diesen Teil, tauschen sich im Anschluss diskursiv über ihre verschiedenen Vorstellungen aus und besprechen mögliche Konsequenzen der verschiedenen Entscheidungsideen.

B) Mitplanen

Kinder- und Jugendliche werden von Beginn an über die Schritte und Fristen anstehender Entscheidungen informiert. Mitplanen meint also die Einbeziehung in den Planungsprozess und daraus resultierende Handlungen.

C) Mitentscheiden

Adressat*innen erhalten selbst eine Stimme und damit Einfluss auf die Entscheidungen. Es erfolgt innerhalb der Entscheidungsfreiräume ein Austausch über Argumente.

D) Mitgestalten

Kinder- und Jugendliche wirken aktiv am gesamten Prozess einer Entscheidung mit. Dies umfasst beispielsweise räumliche, organisatorische, beratende oder andere inhaltliche Aufgaben, welche im geplanten Prozess wichtig sind.

E) Mitverantworten

Kommen den Kindern Beteiligungsmöglichkeiten zu tragen sie innerhalb dieses Rahmens auch eine Teilverantwortung für die Entscheidungen (vgl. Pluto 2007: S. 54).

Alle sechs Bestandteile sind notwendig, um die Chance gelingender Partizipation zu erhöhen. Pluto nennt mögliche Fallstricke für institutionelle Beteiligungspraxis: bleibt diese bei Mitreden und Mitdenken stehen, werden junge Adressat*innen zwar nach Wünschen gefragt, aber der weitere Umgang mit ihnen obliegt den Erwachsenen. So steigt die Wahrscheinlichkeit von Unzufriedenheit. Ihnen fehlt die Information darüber, wie mit ihren Ideen umgegangen wurde und warum diese keine Berücksichtigung finden. Dadurch wird ihnen wiederum erschwert, Wünsche in einem größeren Kontext zu betrachten. Es entwickelt sich möglicherweise die Haltung, dass Beteiligungschancen keine Aussicht auf Veränderungen bieten. Ihre Lust zur Beteiligung schwindet. Durch diese Grenze werden sie sensibel für Widersprüche und verlieren den Glauben daran ihre Umgebung gestalten zu können (vgl. Pluto 2022: S.76).

Nachdem ich auf zwei Konzepte der Partizipation eingegangen bin, werde ich im nächsten Abschnitt herausarbeiten, welche Rolle Beteiligung und Mitgestaltung in der psychosozialen Arbeit, speziell im medizinischen Bereich macht.

2.4 Die Rolle von Partizipation in der psychosozialen und medizinischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

2.4.1 Partizipation junger Menschen mit psychosozialen Problemlagen – Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Alle Handlungsfelder Sozialer Arbeit haben, so unterschiedlich sie von ihren Inhalten und Anforderungen sein mögen, einen gemeinsamen Auftrag. Sie treten für die Verbesserung der Teilhabe von Menschen am gesellschaftlichen Leben nach deren individuellen Mitteln ein (vgl. Straßburger; Rieger 2014: S. 44). Was Soziale Arbeit leistet,

kann als Ergebnis verschiedener Entscheidungsprozesse auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen wie Politik, Institutionen oder durch Professionelle beschrieben werden (vgl. Schnurr 2018: S. 639). Psychosoziale Arbeit mit von psychischen Störungen betroffenen Kindern und Jugendlichen wird in fast allen Bereichen der sozialstaatlichen Hilfesysteme geleistet und umfasst beispielsweise deren Betreuung, Behandlung oder Rehabilitation. Prominente Beispiele dafür sind die bereits besprochenen Bereiche der Jugendhilfe und der KJP. Ebenfalls in Kontakt mit psychosozialen Problemlagen kommen Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit, der schulischen und der beruflichen Bildung (vgl. Denner 2008: S. 57-67). Partizipation spielt auch in diesen Handlungsfeldern eine gewichtige Rolle, denn sie haben Teilhabeverbesserung als ihren Auftrag.

In der Kindheit sind die Beteiligung und Mitgestaltung besonders bedeutend. Meyer und Rahn (2020: S.410f) betonen, dass Institutionen wie die offene Kinder- und Jugendarbeit innerhalb ihrer Einrichtungen Strukturen schaffen müssen, die eine Entwicklung von partizipativen Übungsräumen und -formen fördern. Dafür ist es notwendig diese anschlussfähig an die Lebenswelt der jungen Menschen zu konzipieren. Zudem sollen sie auch lernen, ihre Alltagsstrukturen selbst zu gestalten. Dabei kann zwischen formalisierten und informellen Beteiligungsformen unterschieden werden. Sie unterscheiden drei Typen formalisierter Beteiligung.

Parlamentarische oder repräsentative Beteiligung meint gewählte Gremien, die innerhalb des Wirkungskreises als Interessenvertretung aller jungen Menschen auftreten. Vertreter*innen werden gewählt oder delegiert, beispielsweise in Kinderparlamente oder Beiräte. Einerseits handelt es sich dabei um sehr transparente und verbindliche Instrumente der Entscheidungsfindung. Andererseits verlangen sie eine langfristige Festlegung auf ihr Amt, sowie ein ebenso ausgeprägtes Pflichtbewusstsein gegenüber ihrer Rolle und Verantwortung als Interessenvertretung.

Projektorientierte Beteiligung widmet sich einem konkreten Thema oder Planungsvorhaben zumeist aus aktuellem Anlass, beispielsweise zu lösenden Problemen. Gemeint sind Gremien und Arbeitsgruppen, deren Wirkungsraum vorübergehend besteht und eine festgelegte Laufzeit hat. Kreative Methoden und neue Formen der Beteiligung können so erprobt werden.

Offene Beteiligungsformen sind für alle jungen Menschen zugängliche, offene Foren und Versammlungen. Für Interessent*innen besteht freier Zugang und die Möglichkeit spontaner Teilnahme (vgl. Meyer; Rahn 2020: S. 411f).

Diesen Beteiligungstypen steht die informelle Alltagspartizipation gegenüber. Sie ist in Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit zentraler Bestandteil. Gegenüber formellen Beteiligungsformen hat sie den Vorteil, dass sie flexibler an Institutionsstrukturen angepasst werden kann. Der Einstieg ist niedrigschwelliger und somit als einfacher für junge Menschen anzusehen. Nachteilig zeigt sich, dass durch die Unverbindlichkeit auch die Verlässlichkeit und Reichweite von partizipativen Strukturen sinkt.

Formalisierte, verankerte Strukturen bieten festgelegte Rechte und Regeln, womit sie einen haltgebenden Rahmen schaffen. Ein Mix aus formellen und informellen Angeboten sollte daher entwickelt und den jeweiligen Strukturen der Einrichtungen angepasst werden. Renommierete Jugendsurveys wie die Shell-Studie untersuchen unter anderem, wie Partizipation politisch, sozial und zivilgesellschaftlich umgesetzt wird. Es zeichnet sich ein Bild ab, in dem „sogenannte ‚benachteiligte‘ oder ‚bildungsferne‘ Jugendliche und solche mit Migrationshintergrund“ (Meyer; Rahn 2020: S. 415) politisch oder in Organisationen deutlich weniger engagiert sind, was ein Sinnbild ungleicher Partizipationschancen durch soziale und ökonomische Gesellschaftsfaktoren darstellt. Dennoch kann dies nicht generalisiert werden, sondern ist immer situativ zu betrachten (vgl. ebd. 2020: S. 412-415). Im Sinne der einleitend erwähnten Lebensweltorientierung ist Soziale Arbeit gefordert, sich hier in die Vermittlerrolle zu begeben.

Die Kinder- und Jugendhilfe und KJP sind zwei Handlungsfelder psychosozialer Arbeit, deren Verhältnis zweitweilen als kooperativ, jedoch auch konflikthaft beschrieben werden kann. Jugendhilfe kommt die Aufgabe zu, junge Menschen und Familien allgemein, sowie in Belastungs- und Krisensituationen zu unterstützen. Sie ist zum Eingreifen verpflichtet, wenn junge Menschen gefährdet sind einen Schaden durch ihre Lebenssituation zu nehmen. Die Kooperation mit der KJP wird notwendig, wenn auf aus diesen Problemen eine Behandlungsbedürftigkeit entsteht. Entgegengesetzt entwickeln sich aus der Behandlung heraus auch sozialpädagogische Handlungsanstöße für die Jugendhilfe (vgl. Schrapper; Fegert 2004: S.15; vgl. Schone 2004: S.29ff). Von ihnen wird ein sowohl partnerschaftliche und selbstbestimmte Arbeitsweise gefordert, die eine zielgerichtete Koordination verlangt. Dennoch kommt es zu kommunikativen Übersetzungsschwierigkeiten durch die unterschiedlichen Aufträge und Systemlogiken (vgl. Schrapper; Fegert 2004: S.15ff). Beide Institutionen eint jedoch, dass sie mit „hard to reach“-Klient*innen (Gahleitner 2017: S.11) konfrontiert sind, die steigende Gesellschaftsanforderungen als nicht bewältigbar erleben und daher umfassender

psychosozialer, integrativer Unterstützung bedürfen (vgl. Gahleitner 2017: S.11). Die in den öffentlichen Medien als ‚Systemsprenger*innen‘ bezeichneten jungen Menschen mit herausfordernden Eigenschaften erzeugen ein Überforderungsmoment bei Helfer*innen, wenn sie auf strukturelle Engpässe der Hilfesysteme treffen. Sie werden dabei zu einer besonderen Herausforderung für die Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitswesen, was zu einer stetigen Verschiebung zwischen den Institutionen führen kann (vgl. Noske; Hohenstein-Thun 2021: S.11). Bezüglich deren multiplen sozialen und gesundheitlichen Problemlagen kommt Sozialarbeiter*innen die Aufgabe der Aufrechterhaltung und Anknüpfung der Kommunikation der beteiligten Hilfesysteme zu. Internationale und deutschsprachige Untersuchungen zeigen, dass mit niedrigem sozioökonomischem Status die Krankheitshäufigkeit korreliert, was sich in Krankheitsbildern äußert, die wiederum typisch für Adressat*innen Sozialer Arbeit sind (vgl. Gahleitner 2017: S.11). Die Zusammenhänge der komplexen Lebenswelten können jedoch nie monokausal betrachtet werden, sondern es bedarf ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheitsproblemen. Es handelt sich um multikausale und non-lineare Prozesse, die erst durch das vielschichte Zusammenwirken negativer Einflussfaktoren entstehen.

2.4.2 Gesundheitspsychologische Aspekte von Partizipation

Eine wichtige Konzeption, die im Gesundheitsbereich einen Versuch der Einordnung ermöglicht, ist die *Salutogenese* von Aaron Antonovsky. Sie lenkt den Blick weg von der expertokratischen Betrachtung, hin zum Subjekt, welches sich in ein soziales System einfügen muss. Dadurch eignet sie sich für eine partizipative Orientierung der Medizin, im Speziellen in der KJP (vgl. ebd. 2017: S.22f). In Abgrenzung zur lösungsorientierten *Salutogenese* steht die Pathogenese. Deren dichotome Anschauung unterteilt Menschen in die zwei Kategorien gesund und krank, ohne die Meinung der Betroffenen zu berücksichtigen. Der Symptombfokus findet seinen weit verbreiteten Ausdruck durch Labeling in Form von Diagnosen. Institutionell folgt sie strengen Hierarchien, was einen engen, krankheitszentrierten Blickwinkel zur Folge hat (vgl. Antonovsky 1997: S.23). Partizipation kann in dem Zusammenhang als Präventionsstrategie verstanden werden, da sie einen niedrigschwelligen Zugang für benachteiligte Gruppen zur Gesundheitsförderung bietet (vgl. Homfeldt; Gahleitner 2018: S.46).

Einen ergänzenden Beitrag aus der Gesundheitspsychologie und der Stressforschung leistet Albert Lenz (2006: S. 14ff). Er fasst zusammen, dass eine Vielzahl von

gesundheitspsychologischen Konzepten besteht, die ressourcenorientiert sind und sich der Bewältigung von Stresssituationen widmen:

Menschen besitzen ein Bedürfnis nach Vorhersagbarkeit und Kontrolle über Situationen. Sind Personen der Überzeugung, selbst Einfluss auf die Situationsbedingungen nehmen zu können – haben sie eine *Kontrollüberzeugung* internalisiert - so hat dies Einfluss auf deren Verhalten in ungewissen oder neuen Situationen. Erwartet eine Person hingegen, dass die Situation eher von anderen Personen und Bedingungen beeinflusst wird besitzen sie eine *externale Kontrollüberzeugung*. Bei überwiegend externalen Überzeugungen treten tendenziell häufiger neurotisches Verhalten, Ängste, Depressivität und eine pathologische Sicht auf die Lebenswelt auf - die Gesundheit wird von äußeren Bedingungen wie Zufall oder anderen Personen abhängig. Internalisierte Faktoren wirken protektiv und mildern empfundene Belastungen tendenziell ab. Entscheidend sind jedoch auch hier die situativen Bedingungen (vgl. ebd. 2006: S.16f). Ein weiterer Faktor ist die *Selbstwirksamkeitserwartung*, welche die Annahme einer Person widerspiegelt, aufgrund ihrer Fähigkeiten einen gewünschten Zustand erreichen zu können. Diese resultieren aus Erfahrungen, die auf ähnlichen Situationen beruhen. Das Ergebnis wird anhand der positiven oder negativen Vorerfahrungen antizipiert. Geringe Selbstwirksamkeit führt zu einer Vermeidungshaltung und Resignation der betroffenen Person, während hohe Selbstwirksamkeit ein wichtiger Motivationsfaktor für Verhaltensänderung ist. Dadurch ist sie für die psychiatrische Behandlung bedeutsam. Bewältigungsstrategien und deren Erfolg im Krisenfall hängen von der Erwartung der Person ab, das jeweilige Verhalten umsetzen zu können (vgl. Lenz 2006: S.17). Das Konzept der *Widerstandsfähigkeit* beschreibt eine erhöhte Resistenz einer Person gegenüber Stress und eine geringere Körperreaktion. Sie umfasst drei Komponenten: Engagement, Kontrolle und Herausforderung. Verknüpft kann gesagt werden, dass engagierte Personen eine natürliche Neugier für das Leben besitzen, sich dabei in der Lage fühlen, kontrollierend auf ihre Umwelt einwirken zu können und neue Situationen als herausfordernd anstatt angsteinflößend empfinden. Sie sind offen und kognitiv flexibel. Durch diese Zusammenhänge wird deutlich, dass Partizipation notwendig für die Gesundheit ist. Erst durch geschaffene Räume, in denen aktive Mitwirkung möglich ist, können die Voraussetzungen für die Entwicklung und das Wachstum persönlicher Ressourcen entstehen (vgl. ebd. 2006: S.18f).

Das *Kohärenzgefühl* nach Antonovsky schließt als zentraler Begriff der *Salutogenese* an diese Dimensionen an. Leben bedeutet für ihn ein Ungleichgewicht – die Heterostase. Da

externe Stressoren, Leiden und Belastungen zur menschlichen Existenz gehören und kein Idealzustand erreichbar ist, fragt er danach, wie Menschen gesund bleiben. Nach seiner Vorstellung bewegen sie sich innerhalb des Kontinuums von gesund und krank. Sein Ziel ist zu verstehen, wie Menschen ihr Maß an Funktionalität darin halten und sogar verbessern, trotz widriger, widersprüchlicher Umstände. Stressoren spielen bei der Erklärung eine zentrale Rolle. Diese sind sowohl interne und externe Anforderungen an den Organismus und stören dessen Gleichgewicht. Die Wiederherstellung benötigt energieaufwändige und nicht automatisierte Handlungen. Entscheidend für gesundheitliche Folgen ist der Umgang der jeweiligen Person mit der belastenden Situation und der resultierenden Anspannung. Gelingt durch ausreichende Ressourcen der Umgang, dann bewegt sie sich zum gesunden Pol, andernfalls zum kranken. Der Erfolg einer Reaktion ist abhängig von den individuellen Ressourcen der jeweiligen Person. Die komplex zusammenwirkenden eigenen, zwischenmenschlichen und ökonomisch-kulturellen Widerstandsressourcen fasst Antonovsky im *Kohärenzgefühl* zusammen. Das *Kohärenzgefühl* besteht aus drei Komponenten:

„sense of comprehensibility“ oder Verstehbarkeit beschreibt, wie sinnhaft und verständlich Informationen kognitiv wahrgenommen werden. Ein ausgeprägter Sinn beschreibt demnach die Empfindung, dass zukünftige Einflüsse vorhersehbar sein werden, oder zumindest erklärt und eingeordnet werden können.

„sense of manageability“ oder Handhabbarkeit beschreibt das Gefühl der Bewältigbarkeit einer Situation. Gemeint ist der Grad der Wahrnehmung von geeigneten eigenen und fremden Ressourcen, wie z.B. Personen, um auf innere und äußere Einflüsse zu reagieren.

„sense of meaningfulness“ oder Sinnhaftigkeit meint das Maß, in dem man das Leben als sinnvoll empfindet und dass Probleme es wert sind, sich einzusetzen und sie als Herausforderungen statt als Lasten anzusehen (vgl. Lenz 2006: S.23; vgl. Wedemeyer; Wiesemann 2017: S.252).

Ist das Gefühl stark ausgeprägt reagieren Menschen flexibel auf Anforderungen und schaffen es situationsangemessene Ressourcen zu aktivieren. Reize wirken hier weniger als bedrohlich, sondern herausfordernd – die Ausgangserwartung der Situation ist positiv, ohne dabei die existenten Gefahren zu bagatellisieren. Entgegengesetzt reagieren Menschen mit gering ausgeprägtem *Kohärenzgefühl* eher gleichförmig-rigide, da ihnen die Bewältigungsressourcen zum Widerstand fehlen.

Die Vorstellung erfolgreich handeln zu können hat sowohl in der Wahrnehmung und der Gefühlsregulation positiven Einfluss auf den Umgang mit künftigen Stresssituationen – sie liefert dessen kognitive Basis, um die Welt weniger chaotisch und beschwerlich wahrnehmen zu können. Die Entwicklung des *Kohärenzgefühls* sieht Antonovsky vor allem von sozialen Gegebenheiten abhängig. Gemeint sind konsistent wiederkehrende Erfahrungen, die Einfluss- und Gestaltungsspielraum, sowie Räume der Über- und Unterforderung bieten. Verlässlich wiederkehrende partizipative Erfahrungen stärken den ‚sense of comprehensibility‘, eine ausgewogene Balance an Herausforderungen den ‚sense of manageability‘. Wird Beteiligung als bedeutsam erlebt, so stärkt dies den ‚sense of meaningfulness‘. Dauerhaft unkontrollierbare, unsichere Erfahrungen führen zu einem schwachen *Kohärenzgefühl*. Werden Beteiligungsprozesse nicht als sinnvoll und bedeutsam wahrgenommen kommt dies einer Reduzierung zum Objekt gleich (vgl. Lenz 2006: S. 21-24).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein Umgang mit Stressoren besser gelingt, wenn Schutzfaktoren und Ressourcen vorhanden sind, die ein entsprechendes Maß an Resilienz begünstigen (vgl. Homfeldt; Gahleitner 2018: S. 46). Vor allem im Bereich der psychischen Gesundheit ist das *Kohärenzgefühl* von großer Wichtigkeit, da die Wahrnehmung und Verarbeitung von Krankheitszuständen, wie auch das Verhalten zur Prävention, entscheidend von ihm geprägt werden (vgl. Lenz 2006: S. 27).

3. Die Kinder und Jugendpsychiatrie

3.1 Allgemeine Organisation stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrien – wie funktioniert die Arbeit in der KJP?

Die KJP existiert als eigenständige Fachdisziplin erst seit 1968 in Deutschland. Sie speist ihre Fachlichkeit aus Wissen der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinderheilkunde, der Neurologie, klinischer Psychologie und Sonder- sowie Heilpädagogik. Die Professionsperspektive ist jedoch keinesfalls statisch, sondern erfährt eine stetige Weiterentwicklung im Sinne der Bedürfnisse junger Menschen mit psychischen Störungen und deren Familien (vgl. Denner 2008: S.71).

Ihr Aufgabenspektrum als Teil des Gesundheitssystem ist die Prävention und Rehabilitation bei *„psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen und Störungen sowie bei psychischen und sozialen*

Verhaltensauffälligkeiten [...] denen eine psychische Erkrankung oder eine Fehlentwicklung der Person zugrunde liegt [...]“ (Denner 2008: S.72).

Ein zentrales Mittel der Behandlung ist die Psychotherapie in Einzel-, Gruppen- oder Familiensettings (vgl. Denner 2008: S.71f). Es gibt verschiedene Behandlungsformen für die individuellen Bedarfe der Adressat*innen: die ambulante Versorgung erfolgt durch niedergelassene Ärzt*innen oder psychiatrische Institutsambulanzen der Kliniken. Sie richtet sich an Menschen mit leichten oder mittelschweren Störungsbildern und erfolgt durch Sprechstundenbesuche in regelmäßigen Abständen. Oft ist diese Instanz der stationären oder teilstationären Behandlung vorausgegangen.

Die teilstationäre Behandlung bietet während fünf Tagen in der Woche eine intensive Behandlung, gewährleistet aber täglichen Kontakt ins eigene soziale Milieu. Während Adressat*innen vom Morgen bis zum späten Nachmittag sozialpädagogisch und therapeutisch betreut werden, kehren sie am Abend und den Wochenenden in ihr häusliches Umfeld zurück. Das Bestehen dieser Option, sowie eine Mitarbeit der Familie der Adressat*innen ist nicht nur Chance, sondern auch Therapievoraussetzung. Oft finden sich tagesklinische Angebote eingebettet in Kliniken mit vollstationärem Angebot. Diverse psychopathologische Gründe wie schwere depressive Episoden, Suizidalität oder andere gravierende Krisen können die Möglichkeiten dieser Therapieform übersteigen und sind somit ein Ausschlusskriterium.

Die vollstationäre Therapie übernimmt einen regionalen Versorgungsauftrag und damit einen Teil der Pflichtversorgung. Kinder- und Jugendliche werden auf mehreren Stationen behandelt, die nach Alter, den psychischen Störungsbildern oder Behandlungsart bzw. -dauer differenziert werden können. Diese Form der Therapie ist dann indiziert, wenn Auffälligkeiten bestehen, die eine so intensive Behandlung benötigen, dass eine der vorangegangenen Therapieformen nicht ausreicht. Exemplarische Indikationen sind Essstörungen, Abhängigkeit, akute Psychosen, Sozialverhaltens-, Angst- oder Zwangsstörungen, sowie Depressionen, welche auch mit Suizidalität einhergehen können. Des Weiteren kann ein belastetes häusliches Milieu Faktor sein, der bei Verbleib der Kinder und Jugendlichen die Probleme manifestieren würde. Neben der therapeutischen Behandlung erfolgen auch Kurzinterventionen zur symptomatischen Diagnostik oder zur Begutachtung. Strukturell ist die vollstationäre Therapie ein engmaschiges Angebot, in welchem die jungen Menschen über die gesamte Woche behandelt und betreut werden (vgl. Denner 2008 S.72f). Ob die Herauslösung aus dem sozialen System eher vor- oder

nachteilhaft ist, muss individuell betrachtet werden (vgl. Libal; Fegert 2004: S.234). Sie geht mit festen Regelungen über Besuch und Ausgang einher, an den Wochenenden erfolgen Belastungserprobungen ins häusliche Umfeld, um alternative Verhaltensweisen zu trainieren und zu festigen (vgl. Denner 2008 S.72f). Professionelle Angebote müssen vielfältig und heterogen ausgestaltet sein, um die Adressat*innen sowohl auf physischer, psychischer und sozio-ökologischer Ebene zu erreichen. Diesen Anforderungen begegnen die Psychiatrien mit verschiedenen Behandlungsformen und Leistungen (vgl. Libal; Fegert 2004: S.227). Verdeutlicht werden kann dies an der Vielzahl und Varianz der Berufsgruppen. Die Institution beschäftigt ein breites Spektrum von Ärzt*inne, Sozial- und Heilpädagog*innen, Pflegekräften, Erzieher*innen, Sozialarbeiter*innen, Moto- und Logopäd*innen, Ergo-, Kunst- und Musiktherapeut*innen sowie Lehrer*innen der klinikeigenen Schulen (vgl. Denner 2008: S.73f). Der Begriff der Multiprofessionalität umschreibt, worauf das Wesen der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit ausgelegt ist: zentrale Aspekte sind Kooperation, Vernetzung und kommunikativer Austausch der einzelnen Berufsgruppen. Diese schaffen die Ausgangslage für eine Behandlung, welche das Augenmerk auf den individuellen Entwicklungsstand der jungen Menschen legt und ihre sozialen Bedingungen berücksichtigt. Der Vielzahl und Vielschichtigkeit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter wird ein komplexes Hilfeangebots seitens der Kliniken entgegengestellt. Therapeutische Angebote müssen heterogen und den Bedürfnissen der jeweiligen Individuen anpassbar sein. Das Ziel der Behandlung ist nicht die Symptomfreiheit oder Heilung, denn diese Sicht entspricht der pathologischen Dichotomie, der Kategorisierung nach krank oder gesund. Vielmehr geht es die Akzeptanz der von Adressat*innen und Familien als inakzeptabel erlebten Probleme. Das ist die Grundvoraussetzung für die Entwicklung von Lösungen und der Anstoß von Heilung mit dem Ziel der Vermeidung von Chronifizierung und der Verbesserung von Lebensqualität. Methodisch greifen Kliniken dafür auf verschiedene Unterstützungsansätze zurück. Die genannten Berufsgruppen prägen mit ihrer Arbeit das Angebot der Kliniken. Zudem unterstützt die Psychopharmaka-Therapie das breite Angebotsnetz (vgl. Libal; Fegert 2004: S.227f). Für eine geplante stationäre Behandlung wird im Vorfeld eine zeitliche Eingrenzung vorgenommen. In deren Rahmen wird auch versucht klare Ziele für die Therapie festzustellen (vgl. Noske; Thun- Hohenstein 2021: S.12).

Methodisch wird die psychiatrische Therapie von einigen Grundsätze bestimmt. Zentrale Annahme ist, dass psychische Störungen und Erkrankungen multifaktoriell bedingt sind und demnach auch ein vielschichtiges Vorgehen in der Behandlung erfolgen muss. Dabei

beginnen die therapeutischen Aktivitäten beim Individuum selbst und werden zunehmend auf das soziale Umfeld ausgeweitet. Diese Öffnung sorgt zugleich dafür, dass das Umfeld auch immer weiter in die Behandlung integriert wird. Die Angebotspalette beschränkt sich aber nicht auf Psychotherapie, sondern umfasst auch die Sozio- und Milieuthérapie, psychomotorische Übungsfelder und die medikamentöse Therapie (vgl. Denner 2008: S.81).

Psychotherapeutische Verfahren stellen, wie bereits beschrieben, einen der zentralen Bausteine einer psychiatrischen Behandlung dar. Sie umfassen eine große Bandbreite verschiedener Ansätze, beispielsweise verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische oder gesprächstherapeutische Verfahren, sowie Spieltherapie, körperorientierte oder imaginative Verfahren.

Einen ebenfalls zentralen Bestandteil der Behandlung stellt die Milieuthérapie dar. Gemeint ist damit die Abstimmung der einzelnen Maßnahmen der stationären Behandlung mit den individuellen therapeutischen Gegebenheiten. Neben der Organisation der Stationsstruktur, Visiten und Besprechungen liegt das Augenmerk auf der gemeinsamen Gestaltung des Stationsalltag mit den jungen Menschen. Dieser Bereich wird vor allem von pädagogisch-pflegerischen Teams betreut und stellt innerhalb der Behandlungskonzepte einen wichtigen Punkt dar. Kinder und Jugendliche erhalten durch die Professionellen emotionale und alltagspraktische Unterstützung, sowohl in Belastungs- und Alltagssituationen. Gemeinsam mit ihnen und der Peer Group aus anderen jungen Menschen gestalten sie das Miteinander. In der Konfrontation werden lebenspraktische Fähigkeiten gefördert. Sie haben den Raum um therapeutisch angeleitet alternative Handlungsmuster zu probieren, ihre Beziehungs- und Ausdrucksfähigkeiten zu stärken und können lebenspraktisch dazulernen. Dafür werden im Idealfall die Angebote durch die Professionellen so gestaltet, dass sie den Stärken und Ressourcen der Adressat*innen entsprechen. Zudem stehen die Teams als Ansprechpartner*in und Unterstützer*innen für Sorgeberechtigte in Erziehungs- und Organisationsfragen zur Verfügung.

Weitere elementare Bestandteile bilden die Übungsbehandlungen wie Ergo- oder Mototherapie. Sie fördern die körperliche Wahrnehmung und Bewegungskompetenz von jungen Menschen, deren lebenspraktische Fähigkeiten und das Verständnis von Arbeits- und Handlungsabläufen. Die medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka muss immer als ergänzender Ansatz einer komplexen psychiatrischen Behandlung gesehen werden.

Alle beschriebenen Ansätze sollen sich in der Therapie wechselseitig stützen und adressat*innenabhängig, sowie flexibel ablaufen. Ob dabei Medikamente eingesetzt werden, ist individuell abhängig von den Entscheidungen der Familien, dem Schweregrad der psychischen Störung und beeinträchtigenden Nebenwirkungen (vgl. Denner 2008: S.82f).

3.1.2 Psychiatrische Diagnosen und der Umgang des multiprofessionellen Teams

Eine Indikation für eine stationäre Therapie kann aus einer Vielzahl oft parallel auftretender Gründe bestehen. Adressat*innen durchlaufen zuvor häufig bereits eine ambulante Behandlung. Aufgrund ausgeprägter Störungen des Verhaltens, der Denkfähigkeit oder der Affekte eines jungen Menschen, möglicherweise einhergehend mit Eigen- oder Fremdgefährdung, reicht die Intensität der ambulanten Behandlung dann nicht aus. Abweichendes, vom Umfeld nicht mehr akzeptiertes Sozialverhalten, kann auch ein möglicher Therapiegrund sein. Für soziale Interaktionspartner*innen wie Familien entsteht dadurch oft Hilflosigkeit. Gleichmaßen können die zwischenmenschlichen Beziehungen in den Herkunftssystemen aber auch von einer verzerrten Wahrnehmung beeinträchtigt sein, die einen Verbleib in diesen Bezügen entwicklungschädigend werden lässt. Eine fachkundige, ausführliche Beobachtung des Verhaltens und eine spezifische Diagnostik sind in solchen Situationen indiziert und stellen den Arbeitsauftrag einer KJP dar. Dabei gehören zum Leistungsspektrum die bereits genannten Störungsbilder ebenso, wie die Diagnostik neurologischer und intellektueller Beeinträchtigungen, zum Beispiel Epilepsie oder Teilleistungsstörungen. Diagnosen fassen anhand eines internationalen Manuals – in diesem Fall dem ICD-10 - durch eine symptomorientierte Beschreibung die jeweiligen Störungen zusammen. Dabei werden mehrere Dimensionen der Entwicklung und des Umfelds betrachtet. Verschiedene gezielte Untersuchungen tragen zur Informationssammlung bei, um die Folgetherapie zu bestimmen (vgl. Libal; Fegert 2004: S.234f; vgl. Denner 2008: S.78ff).

Für die Beobachtungen entscheidend ist die Vielzahl an Perspektiven. Durch die kooperative Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen des multiprofessionellen Teams entstehen differenzierte Sichtweisen und Behandlungsansätze, die im Austausch während Visiten, Fallbesprechungen oder Teamsitzungen zusammengetragen werden (vgl. Denner 2008: S.85f). Erst durch diese Kooperation ist es für die große Zahl vielschichtiger psychischer Störungen möglich, ein heterogenes Angebot zu schaffen.

Dem pflegerisch-pädagogischen Team kommt durch die Begleitung und Strukturierung des Alltags eine zentrale Beobachter*innenrolle zu. Die Organisation des therapeutischen Milieus ist in entscheidender Weise erfolgsbestimmend für die stationäre Behandlung. Dieses Milieu ist dabei definiert als *„eine strukturierte Umgebung, die verschiedene menschliche Beziehungen, befriedigende emotionale Kontakte und Möglichkeiten für neues Lernen und neue Erfahrungen sowie das Meistern neuer Situationen und für die Entwicklung persönlicher und sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten bietet“* (Libal; Fegert 2004: S.236).

Es geht hierbei um die Stärkung der Kompetenzen und das Erlernen neuer Copingstrategien, wofür Emotionen wie Angst, Schuld sowie psychische Konflikte reduziert werden müssen (vgl. Libal; Fegert 2004: S.236). Pädagogische Konzepte bilden den Rahmen, um diese Strukturen zu schaffen und aufrecht zu erhalten. Neben der Organisation des Betriebs, der Koordinierung von Therapieplänen und Behandlungen liegt ein bedeutender Teil auch in der Gestaltung des Alltags und gemeinsamer Aktivitäten. Dabei sind im Milieu nicht nur die Beziehungen zwischen Fachkräften und Adressat*innen, sondern auch diejenigen der jungen Menschen untereinander Teil des Therapiekonzepts. Das Stationsgefüge muss tragfähig für die Bedürfnisse aller jungen Menschen sein, was sich aufgrund der Verschiedenheit der Individuen und ihrer Geschichte eine Herausforderung darstellt (vgl. Libal; Fegert 2004: S.245).

Man kann also im Sinne partizipativer Gesichtspunkte festhalten, dass eine stationäre Therapie so organisiert werden muss, dass es zu einer Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens junger Menschen kommt – ihnen mehr Teilnahme und Teilhabe ermöglicht wird. Um ein Verständnis für die Bedürfnisse der Adressat*innen zu erhalten werde ich nachfolgend auf einige der Störungsbilder kurz eingehen, welche als typisch in der KJP kategorisiert werden.

Aufmerksamkeitsstörungen – vorrangig ADHS

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom ist einer der populärsten Behandlungsgründe im Kindesalter. Die Kardinalssymptome sind gestörte Aufmerksamkeit in Form mangelnder Konzentration und hoher Ablenkbarkeit, gesteigerter motorische Unruhe - oft in sozial als unpassend wahrgenommenen Situationen - sowie Impulsivität. Betroffene jungen Menschen werden als ungeduldig und unausgeglich charakterisiert, Handlungen erfolgen unreflektiert und heftig. Sie fühlen

sich schnell angegriffen und ungerecht behandelt. Auch Unterformen ohne hypermotorische Unruhe oder mit besonders deviantem Verhalten treten auf (vgl. Amt für Gesundheit Frankfurt am Main 2013: S. 33). Durch gehäuft auftretende Regelverstöße und abweichendes Verhalten sind diese Kinder und Jugendlichen von einer negativen Bildungsprognose betroffen. Außenstehende bewerten auftretendes Verhalten als Folge einer schlechten Erziehung, obwohl es sich bei ADHS um eine Kombination biopsychosozialer Faktoren handelt. Dass soziale Aspekte im wissenschaftlichen Diskurs zwar als verstärkend, jedoch nicht als primäre Ursache umschrieben sind, lässt die Schuldzuweisung von erzieherischem Versagen als vorschnell erscheinen (vgl. ebd. 2013: S.31-36; vgl. Fegert 2004: S.295f). Charakteristisch geht die negative Interaktion zwischen Kind und Umfeld mit Ablehnung einher. Die Folge ist ein negatives Selbstbild und geringes Selbstwertgefühl. Betroffene kommen in eine Negativspirale. Sie versuchen sich anzupassen, scheitern und die Ausgrenzungstendenzen verstärken sich (vgl. Amt für Gesundheit Frankfurt am Main 2013: S. 35f). Durch die biopsychosoziale Genese der Störung sind Psychotherapie und sozialer Flankierung im Alltag mit konsequenten Regeln und Grenzen die angestrebte Therapie. Es gilt, den Fokus von erlernten negativen Reaktionsmuster auf die positiven Seiten der Adressat*in zu lenken, die in den Herkunftssystemen nicht mehr wahrgenommen wurden (vgl. ebd. 2013: S.45f).

Angststörungen

Angststörungen sind unter Kindern und Jugendlichen heute weit verbreitet. Sie stellen für Betroffene eine starke Beeinträchtigung dar. Die Störung kann sowohl aufgrund realer oder diffus-irrealer Bedrohungen oder Befürchtungen entstehen, von denen sie oft wissen, dass rational eigentlich keine Gefahr davon ausgeht. Inhaltlich können sich diese pathologischen Phobien um allgemeine, soziale oder sehr spezifische Themen und Situationen drehen. Dabei gehen Reaktionen meist über das reine Gefühlserleben hinaus, eine starke körperliche Reaktion wird erzeugt. Alltägliche Situationen werden gemieden, da der erhöhte Fokus auf die jeweilige Gefahr das Denken bestimmt. Die Konzentration auf anderes ist erschwert. Das Erleben der körperlichen Stresssymptome führt wiederum zu stärkerer Angst, wodurch ein Negativspirale entsteht, die Betroffene in die Isolation aus dem Alltag drängt. Eine Beteiligung am sozialen Leben wird durch das Meiden sozialer Interaktion zunehmend eingeschränkt (vgl. ebd. 2013: S.59-62; S.67-72). Aus der biopsychosozialen Perspektive fällt auf, dass genetische Disposition und bestimmte psychologische Eigenschaften auf eine Tendenz zu Angststörungen deuten. Die

psychischen Voraussetzungen werden jedoch durch soziale Faktoren verstärkt. Protektives Erziehungsverhalten, mangelnde Empathie seitens der Erwachsenen und ein Übermaß an Kritik haben, neben belastenden Lebenserfahrungen, großen Einfluss auf die Entwicklung einer Angststörung (vgl. Amt für Gesundheit Frankfurt am Main 2013: S. 74f). Der stationäre Umgang muss den Fokus von den Einschränkungen hin zu Ressourcen und Fähigkeiten lenken und diese fördern. Hierbei ist wertschätzende Unterstützung im individuellen Tempo notwendig, um das Selbstvertrauen zu stärken. Ziel ist es, die erlernte Vermeidungshaltung zu reduzieren und durch konstruktive Bewältigungsstrategien zu verbessern. Dafür ist eine pädagogische Grundhaltung notwendig, die Sicherheit, Halt und Zuspruch bietet (vgl. ebd. 2013: S.83-87).

Depressionen

In Deutschland ist die Entwicklung zu beobachten, dass in immer früherem Lebensalter depressive Symptome auftreten und diagnostiziert werden (vgl. ebd. 2013: S.116). Typischen Anzeichen sind gedrückte Stimmung, schnelle Erschöpfung, Antriebslosigkeit, sowie Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Schlafstörungen. Markant ist das Gedankenkreisen in Form von Wertlosigkeits-, Versagens- und Schuldgedanken. Die Ausprägung der Symptome kann je nach Altersstufe sehr unterschiedlich verlaufen. Im Jugendalter treten auch kontroverse Anzeichen wie übersteigerte Aktivität und Aggressivität auf. Aufgrund der Abweichung vom vorherrschenden Bild einer Depression werden sie oft falsch gedeutet. Jüngere Kinder tendieren zu atypischen Symptomen wie Reizbarkeit, unklaren Wutausbrüchen und psychosomatischen Auffälligkeiten. Jugendliche hingegen neigen zu selbstverletzendem Verhalten, verschobenem Tagesrhythmus und sozialem Rückzug.

Klinisch werden Depressionen anhand ihres Schweregrades kategorisiert, wobei leichte, mittelgradige und schwere Verläufe unterschieden werden. Mit zunehmendem Stärkegrad steigt auch das Niveau der Funktionseinschränkung im Alltag. Meist treten Depressionen kombinierte mit anderen Störungsbildern wie Angststörungen auf (vgl. ebd. 2013: S.116-120; Kölch et al. 2009: S. 261). Auch Depressionen sind als ein Zusammenspielen von biopsychosozialen Faktoren zu verstehen. Unregelmäßigkeiten in den genetischen und hormonellen Voraussetzungen haben ebenso Einfluss, wie psychologische Faktoren, zum Beispiel die Fähigkeit der Affektregulierung und eine sichere frühkindliche Bindung. Auf sozialer Ebene können sowohl akute und chronische Belastungen wie ökonomische

Bedingungen, soziale Isolation, Über- und Unterforderung einen Anteil an depressiven Störungen haben. Ein weiterer Erklärungsperspektive bietet das Modell der erlernten Hilflosigkeit: depressive Menschen haben demnach gelernt, dass jede Anstrengung vergeblich ist – durch belastende Erfahrungen fühlen sie sich äußeren Einflüssen unveränderlich ausgeliefert, wodurch ihre Initiative aufgegeben wird (vgl. Amt für Gesundheit Frankfurt am Main 2013: S. 124-127). Es liegt im Sinne Antonovskys ein schwaches *Kohärenzgefühl* vor.

Bei der Behandlung von Depressionen ist ein Therapieziel das Selbstwertgefühl durch positive Erfahrungen zu verändern und Anteile der Betroffenen sichtbar zu machen, die dem Leben zuversichtlicher gegenüberstehen (vgl. ebd. 2013: S. 134). Es ist wichtig, die jungen Menschen ernst zu nehmen und eigene aggressiven Reaktionsimpulse auf deren Passivität zu kontrollieren. Eine ermutigende, unterstützende und ressourcenorientierte Grundhaltung ist von zentraler Bedeutung, um bereits im Alltag die Abwärtsspirale zu unterbrechen und Teilnahme zu begünstigen. Dafür notwendig ist die Förderung von Kontakten zum sozialen Umfeld, der Schutz vor Ausgrenzung und die Anerkennung von Erfolgen, um eine Entwicklung hin zu einer selbstwirksameren Verfassung zu fördern (vgl. ebd. 2013: S. 137-141).

Essstörungen – am Beispiel der Magersucht

Magersucht ist gekennzeichnet durch eine gewollte, selbst beförderte Gewichtsabnahme. Der Wunsch danach, immer schlanker zu sein entwickelt sich meist aus harmlosen Beweggründen, kann jedoch durch positive Bestärkung schnell in einer negativen Spirale münden, die zu einer Störung der eigenen Körperwahrnehmung und zu exzessivem Abnehmen führt. Neben positiver Resonanz wird auch der Erfolg, die Macht und Selbstkontrolle über das eigene Essverhalten und den Körper als euphorisierend erlebt – das Gefühl von Autonomie und Unabhängigkeit entsteht. In der Regel besteht im Vorfeld einer Behandlung keine Krankheitseinsicht. Betroffene zeigen sich in ihren Denkmustern dysfunktional, dominant erscheinen Perfektionismus und Selbstdisziplin, gepaart mit hohen Ansprüchen an sich. Zugleich wirken sie meist depressiv verstimmt und emotional starr, Aktivitäten geschehen unter Anspannung und Ruhelosigkeit. Dies geht einher mit energieaufwändigem Eifer und zwanghaftem Fleiß beim Versuch sich gerecht zu werden. Subjektiv scheitern sie jedoch, was zu Zweifel und wachsendem Kontrollbedürfnis führt

(vgl. Amt für Gesundheit Frankfurt am Main. 2014: S.145-149; vgl. Schulze; von Wietersheim 2009: S.340f). Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale werden, neben genetischen und hormonellen Gründen, als auslösende Faktoren angesehen. Die oft begabten Kinder und Jugendlichen weisen meist eine perfektionistische Selbstbeurteilung und mangelndes Selbstwertgefühl auf. In sozialen Kontakten erscheinen zudem Identitäts- und Autonomieentwicklung gestört. Eigene Bedürfnisse zu formulieren, fällt ihnen schwer, die offene Kommunikation mit dem sozialen Umfeld wirkt gehemmt. Oft finden sich Wertvorstellungen wie Leistung, Fleiß und Ordnung auch in den Herkunftssysteme der jungen Menschen wieder. Ein hohes Maß an gewünschter Harmonie, Rigidität und Konfliktvermeidung sorgen für eine geringe Toleranz gegenüber Abweichungen von elterlichen Erwartungen (Amt für Gesundheit Frankfurt am Main 2013: S.154f; vgl. Schulze; von Wietersheim 2009: S.340f). Eine wissenschaftliche Hypothese beschreibt die Magersucht als einen Kampf um Autonomie. Durch die Willensleistung der Nahrungsvermeidung entsteht ein positives Gefühl der Selbstkontrolle (vgl. Amt für Gesundheit Frankfurt am Main 2013: S.156).

Die Behandlung erfolgt durch eine regulierte Gewichtszunahme in psychotherapeutischer Unterstützung. Letztere setzt sich unter anderem mit dem gestörten Selbstwertgefühl auseinander. Die stationäre pädagogische Arbeit ist geprägt durch konsequente Kontrolle. Dies steht im starken Widerspruch zu einem partizipativen Anspruch. Die pädagogische Grundhaltung der Akzeptanz von Autonomie und der Fördergedanke von Selbstständigkeit junger Menschen, sowie auch deren eigener Wunsch nach Selbstbestimmung kollidieren mit ihrer verzerrten Körperwahrnehmung und der Aufgabe der Helfer*innen, im Sinne der körperlichen Gesundheit Kontrolle auszuüben. Behandlungssituationen nehmen den Charakter von Machtkämpfen an. Dem muss ein strukturiertes und emotional Halt gebendes Umfeld entgegengesetzt werden. Zudem sind alle Maßnahmen zur Stärkung des Selbstwertgefühls wichtig, um das Aushalten und Lösen von Konflikten zu verbessern (vgl. Amt für Gesundheit Frankfurt am Main 2013: S.168f).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass jungen Menschen, die von psychischen Störungen betroffen sind, eine schwache *Selbstwirksamkeitserwartung* besitzen und aktiver Unterstützung bedürfen. Sie verfügen nicht immer über ausreichend Kompetenz, um Beteiligungsrechte wahrzunehmen oder sich gegen Unrecht zu wehren. Durch ihre Störungsbilder und Einschränkungen, sowie durch ihre altersbedingte Reife bewegen sie sich oft am Übergang zwischen Einwilligungsfähigkeit und -unfähigkeit. Situationen

scheinen störungsbedingt als nicht sinnhaft und verständlich, werden weder als bewältigbar und bedeutungsvoll, sondern überfordernd wahrgenommen. Eindrücklich wird damit klar, dass ein schwacher *Kohärenzsinn* mit vielen dieser psychischen Einschränkungen einhergeht (vgl. Kriener; Wilting 2004: S.484; vgl. Lenz 2006: S.21-24; vgl. Wedemeyer; Wiesemann 2017: S.244). Multiprofessionelle Teams versuchen auf spezifische Weise den Besonderheiten der jeweiligen Individuen und Störungsbilder und gerecht zu werden. Doch wie optimal läuft die Umsetzung? Welche Herausforderungen bestehen innerhalb der Institution KJP für diese Partizipationsbemühungen?

3.1.2 Hürden der Partizipation in der Wissenschaftsdebatte

Seit der Ratifizierung der UN-KRK in Deutschland und deren Umsetzung im Kinder- und Jugendhilfegesetz steht Teilhabe und Mitsprache im Fokus der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Kriener; Wilting 2004: S.481f). Doch auch in der modernen psychiatrischen Behandlung spielt der Respekt vor der Selbstbestimmung der Klient*innen eine wichtige Rolle (vgl. Wedemeyer; Wiesemann 2017: S.243). Für die kindliche Entwicklung stellt Autonomien einen zentralen Schritt dar. Für die Medizin bietet sie als ethisches Prinzip Orientierung (vgl. Zerbe et al. 2020: S. 701).

Die wissenschaftliche Diskussion über Partizipation beschränkt sich vorwiegend auf die erziehungswissenschaftlich geprägten Handlungsfelder. Die Studienlage für den Bereich der KJP ist hingegen als gering einzuschätzen. Die vorherrschende Debatte beschäftigt sich überwiegend mit Aspekten der Klient*innenzufriedenheit und dem Qualitätsmanagement (Kriener; Wilting 2004: S.481f; vgl. Zerbe et al. 2020: S.701f). Die Anwendung von Partizipationskonzepten geschieht in diesem Kontext bisher zu selten (Zerbe et al. 2020: S.712).

Moderne medizinische Konzepte orientieren sich verstärkt an dem Ziel das expertokratische Machtgefälle zwischen Ärzt*innen und Adressat*innen abzuschwächen und eine partnerschaftliche Beziehung zu etablieren. Dies geht einher mit der ethischen Diskussion um Selbstbestimmung. In der Erwachsenenmedizin stellt sich deren Umsetzung unproblematischer dar als im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin. Hier besteht ein Spannungsfeld, denn Entscheidungen finden immer entlang eines Dreiecks zwischen den Professionellen, sorgeberechtigten Personen und den Kindern und Jugendlichen statt. Da sich die Interessen von Eltern und Kindern oft nicht deckungsgleich

verhalten, die Entscheider*innen jedoch nicht zugleich Adressat*innen der Hilfe sind, gestaltet sich das Machtgefälle in der Therapie als noch komplizierter. Die Umsetzung der UN-KRK hat in Deutschland bereits zur Einführung von nicht ausschließlich altersorientierten Beteiligungs- und Vetorechten für junge Menschen in Behandlung geführt. Diese Rechte betonen den Subjektstatus der Adressat*innen und lassen im ärztlichen Entscheidungsprozess die Kompetenzen und Wünsche sowohl der Sorgeberechtigten und der jungen Menschen zu (vgl. Libal; Fegert 2004: S. 227f). Dennoch bestehen bei Ärzt*innen Unsicherheiten, wie sie mit der rechtlich zugesicherten Mitsprache und möglichem Widerspruch der Kinder und Jugendlichen umgehen sollen, da das Urteilsvermögen durch die psychischen Probleme geschwächt sein kann (vgl. Wedemeyer; Wiesemann 2017: S. 244). Oft wird von einer grundsätzlichen Einwilligungsunfähigkeit und fehlender Krankheitseinsicht ausgegangen, selbst wenn Selbstbestimmungsmotivation bei den jungen Menschen sichtbar ist. Mit dieser paternalistischen Perspektive sinken die Nutzungschancen und -möglichkeiten von Partizipation, sie widersprechen einem partizipativen Professionsverständnis (vgl. Straßburger; Rieger 2014: S.43; vgl. Wilting; Kriener 2006: S.491).

Unbestritten bleibt jedoch, dass Eltern die rechtlich umfassenderen Entscheidungsbefugnisse besitzen. In Verbindung mit dem häufig noch vorherrschenden dichotomen Selbstbestimmungskonzept führt dies zur völligen Entscheidungsübernahme durch die dafür autorisierten Personen. Deshalb kommt Professionellen auch eine anwaltliche Vertretung und Bemächtigungsrolle für ihre Adressat*innen zu (vgl. Zerbe et al. 2020: S. 702; vgl. Libal; Fegert 2004: S. 227f).

Fegert (2013: S.250) beschreibt das „Beteiligungsparadoxon“: Kinder ohne Entwicklungsdefizite haben gute Möglichkeiten zu partizipieren, werden aber durch übermäßige Rücksichtnahme und häufig geforderte Willensartikulation überlastet. Kinder mit mangelnder Förderung und kognitiven Einschränkungen bräuchten hingegen Partizipation und Beteiligung – ihnen fehlen aber die Fähigkeiten und Artikulationsmöglichkeiten dazu. Partizipation kann für dieses Paradoxon als Gegengewicht und Lösungsansatz fungieren (vgl. Zerbe et al. 2020: S.712).

Wie bereits dargestellt wurde laufen Behandlungsprozesse Gefahr, dass Adressat*innen eine passive Haltung einnehmen, das Gelingen durch *externale Kontrollüberzeugungen* abhängig von Professionellen gemacht wird und unpassend erlebte Hilfen untergraben oder sabotiert werden, was deren generelle Nützlichkeit deutlich senkt (Wilting; Kriener

2004: S.484ff). Die bisherige Berufsidentität wird durch diesen Perspektivwechsel infrage gestellt, was Resignation der Fachkraft und einen Rückzug aus der Beziehung zur Folge haben kann. Für Adressat*innen steigt die Gefahr einer weiteren Überforderung. Gekränkten Fachkräfte, die das Scheitern in ihrer Abwesenheit erwartet haben, erscheint das als Bestätigung der Machtlosigkeit der jungen Menschen. Ein negativer Abwärtstrend entsteht, welchen es zu vermeiden gilt (vgl. Lenz 2006: S.9f). Eine Imbalance der Macht zwischen Erwachsenen und jungen Menschen ist ein gewichtiger Ausgangspunkt für die Ohnmacht der Hilfesuchenden. Beteiligung und Mitgestaltung an Entscheidungen sind zur Prävention solcher Erfahrungen essenziell (vgl. Wilting; Kriener 2004: S.484ff).

Zerbe et al. (2020) geben in einer Studie zur Partizipation in der KJP einen Überblick existierender Fachbeiträge. Die Autor*innen zeigen, dass es bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Scoping Reviews keine Übersichtsliteratur zum Thema der Patient*innenautonomie gibt. Sie erfassten 27 Fachtexte, die seit dem Jahr 2000 erschienen und inhaltlich den Begriff Partizipation, deren Umsetzung und Widerstände tangieren. Ihr Ziel ist es, für den Begriff zu sensibilisieren und praktische Implementierungsvorschläge zu liefern (vgl. Zerbe et al 2020: S.701f). Die Texte wurden systematisch analysiert und inhaltlich kategorisiert. Fast alle Fachbeiträge beziehen das Partizipationsmodell von Roger Hart als Grundlage ein und begreifen Partizipation als ein Grundrecht für junge Menschen. Alltagspraktische, anwendbare Konzepte werden in den berücksichtigten Artikeln jedoch nur oberflächlich diskutiert (vgl. ebd. 2020: S.705f). Der zentrale Ausgangspunkt der öffentlichen Debatte um die Partizipation innerhalb der Institutionen sind ethische Konflikte um die Kinderrechte, welche Uneinigkeit unter den Expert*innen hervorrufen. Diese suchen nach Lösungen für ihre empfundene Handlungsunfähigkeit im Spannungsfeld zwischen knappen Ressourcen, Arbeitsauftrag und Professionsbild. Den zieloffenen, ressourcenorientierten Mitbestimmungskonzepten wird sowohl ein gesundheitsfördernder und intrinsischer Wert in sich zugeschrieben (vgl. Zerbe et al. 2020: S.702). Die Autor*innen betonen, dass in der deutschen KJP ein hohes Bedürfnis nach Information und Partizipation auf Adressat*innenseite besteht, wobei angenommen wird, dass eine Befriedigung die Therapiemotivation steigert, empfundene Fairness und Vertrauen in die Behandlung stärkt, sowie die Entwicklung durch Lernprozesse fördert. Auch Institutionen profitieren von Partizipation, da der Therapieprozess beidseitig erleichtert wird. Anschlussbehandlungen und Transfer ins häusliche Milieu verbesserten sich dadurch. Dem positiven Ausblick zum Trotz findet Partizipation in der Praxis keine ausreichende Umsetzung (vgl. ebd. 2020: S.708f). In den analysierten Texten werden

inhaltlich begründbare und nicht begründbare Hürden in den Kliniken thematisiert: als begründbar sehen sie exemplarisch den bereits festgestellten Zusammenhang, dass durch psychische Störungen das Mitbestimmungsbedürfnis ausbleiben kann. Ein Drängen zur Beteiligung überfordert Adressat*innen und bringt sie an ihre Grenzen. Zwang widerspricht dem Partizipationsgedanken. Letzterer gelinge nur dann, wenn genug Ressourcen und Strukturen vorhanden sind.

Inhaltlich nicht begründbare, subjektive Hürden sehen die Autor*innen in hinderlichen Strukturen: durch mehr Einfluss werden jungen Menschen schwieriger handhabbar. Professionelle lehnen jedoch eine Rollenveränderung eher ab, ihre Tendenz zur Meinungsbeeinflussung steigt dadurch. Eng daran gebunden ist ein Menschenbild, das mit der Einteilung in gesund und krank Ressentiments gegenüber Adressat*innen erzeugt, um den Erhalt der Machtunterschiede begründbar zu machen. Vorurteilsbehaftete Mitarbeiter*innen hemmen Beteiligung dadurch, dass sie junge Menschen einschüchtern, bei denen das Gefühl entsteht, nichts bewirken zu können. Bei Ärzt*innen erzeugt die Verunsicherung eine reflexhafte Verantwortungsübernahme. Zudem bestehen auf der Makroebene Systemhürden in Form finanzieller Ressourcenknappheit, Zeitdruck und der hierarchischen Krankenhausorganisation. Der Einsatz von Standards erscheint in der Fachliteratur zum Teil als Hürde, teilweise auch als Ermöglichungsstruktur. Zerbe et al. konstatieren, dass es zu dem komplexen Thema nur sehr uneinheitliche Ansätze gibt. Es mangelt jedoch an fachlich fundierten, handlungsfeld-eigene Konzepten, Methoden oder Strategien (vgl. ebd. 2020: S 709-712).

Eine der analysierten Studien über das Partizipationserleben und die Informationspraxis in der KJP haben Nolkemper et al. (2019) an zwei deutschen Universitätskliniken erhoben. Von 2016 bis 2018 wurden 114 Proband*innen zwischen 12. und 18. Lebensjahr zum Erleben ihres Stationsaufenthaltes in Bezug auf Mitsprachemöglichkeiten und erhaltene Informationen zur Behandlung befragt. Die Ergebnisse wurden mit Studien aus den Jahren 2000 und 2001 verglichen. Beschrieben wird eine positive Entwicklung bezüglich der Aufklärungs- und Informationspraxis. Der Prozentsatz derer, die sich über ihren Klinikaufenthalt angemessen aufgeklärt fühlten, stieg von 40% auf 80%. Das Gefühl ausreichender Informiertheit über die eigene Behandlung stieg ebenfalls von einem Drittel auf mehr als 50%. Jedoch beschrieben die Proband*innen auch, dass ihr Wissen über die eigene Behandlung geringer eingeschätzt wurde, als jenes über die geltenden Stationsregeln. Daher plädieren die Autor*innen für eine größere Beachtung und Transparenz bei der Therapiegestaltung. Bezüglich des Partizipationserlebens fiel auf, dass

junge Menschen mehr Beteiligungsmöglichkeiten möchten, als sie aktuell erleben. Mehr Transparenz über die individuelle Behandlung ist wichtig, damit sie sich ausreichend informiert fühlen können. Zudem zeigte sich, dass lediglich 38% der Proband*innen die Therapie freiwillig weiterführen wollen. Das zeigt einen Bedarf danach, die Motivation während dem Klinikaufenthalt mit den Therapeut*innen zu thematisieren (vgl. Nolkemper et al. 2019: S. 279-285).

Ein besonderes Spannungsfeld innerhalb der KJP stellen Zwangsmaßnahmen dar. Krisen sind hier etwas Alltägliches, da Krisenbewältigung zu den Aufgabenbereichen der Kliniken zählt (vgl. Schrappner; Fegert 2004: S.20). Im Rahmen bestimmter psychischer Störungen kann es zu einer befristeten Einschränkung der Freiheitsrechte und zur Anwendung von Zwang kommen. Diese müssen immer familiengerichtlich genehmigt werden und dem Wohl des Kindes dienen (vgl. Nolkemper et al. 2019: S.272ff). Partizipation ist in diesen krisenhaften Situationen schwierig gestaltbar – es bestehen nur wenige Punkte, an denen Beteiligung ermöglicht werden kann. Die Untersuchungen zeigen, dass Betroffene sich über Zwangsmaßnahmen durch die Ärzt*innen nicht ausreichend aufgeklärt fühlen. Obwohl diesen die Pflicht obliegt, wird diese oft von Eltern übernommen. Die Proband*innen fühlten sich nur zu einem Drittel gut informiert über die Behandlung, über Stationsregeln wurden sie hingegen regelmäßig aufgeklärt (vgl. Nolkemper et al. 2019: S. 276).

3.1.3 Praktischer Umgang mit partizipativen Herausforderungen

Die betrachteten Studien geben Vorschläge für partizipative Veränderungen. Einen entscheidenden Faktor für gelingende Hilfeangebote zur Vorbeugung des passiven ‚Aushalten-müssens‘ nimmt die professionelle Haltung der Mitarbeiter*innen ein. Von diesen wird in der täglichen Arbeit abverlangt, Beteiligungsfähigkeit wieder herzustellen (Lenz 2006: S.9; vgl. Straßburger; Rieger 2014: S.56f). Für die Haltung von Behandler*innen wird der Fokus auf Weiterbildung in Form von Seminaren und Trainings gelegt. Diese sollen partizipative Eigenschaften schulen, beispielsweise wertungsfreies, ermutigendes Arbeiten (vgl. Zerbe et al. 2020: S.209). Es gilt eine Grundhaltung einzunehmen, die auch jungen Menschen mit psychischen Störungsbildern ausreichend Kompetenzen zugesteht, um sich zu beteiligen. Im klinischen Alltag fordert eine solche Einstellung die sensible und altersgerechte Unterstützung durch Helfer*innen. Fachkräfte unterliegen paradoxen Anforderungen und Aufgaben: zum einen sollen sie Schaden von

den Adressat*innen abwenden, zum anderen aber auch deren Autonomie achten, was das Dilemma von Hilfe und Kontrolle beinhaltet. Um diesen Aushandlungsprozess möglichst positiv zu gestalten ist die Etablierung einer spezifischen Fachlichkeit von Helfer*innen notwendig, sofern sie den Anspruch partizipativer Arbeit haben (Lenz 2006: S.9; vgl. Straßburger; Rieger 2014: S.56f). Ist dies der Fall müssen Fachkräfte feinfühlig gegenüber struktureller Machtausübung sein und Hilfeprozesse möglichst weit demokratisieren (vgl. Wiltung; Kriener 2004: S. 485f). Es kann für Aushandlungsprozesse keine Patentlösungen geben, sondern es bedarf situativer und individueller Abwägungen. Notwendig wird eine grundlegenden Positionsänderung im eigenen Berufsverständnis, denn Fachkräfte sind nicht mehr Expert*innen der Adressat*innen, sondern müssen sich als ein Teil deren Hilfenetzwerks und somit als Ressource verstehen. Dies verschiebt ihren Aufgabenbereich hin zu beratenden und dienenden Tätigkeiten.

Damit sich junge Menschen eine eigene Meinung bilden können gilt es, möglichst transparent Informationen für sie verfügbar zu machen. Aufgrund der beschriebenen biopsychosozialen Einschränkungen stellt Entwicklung einer eigenen Perspektive aber eine schwierige Aufgabe dar (vgl. Wiltung; Kriener 2004: S. 492). Strukturelle Empfehlungen diesbezüglich betreffen die Behandlungsabläufe und deren Organisation, wobei betont wird, dass zeitliche, personelle und räumliche Ressourcen maßgeblich erfolgsbestimmend sind. Noske und Thun-Hohenstein (2014: S.43) sprechen im Zusammenhang damit von klaren Strukturen, die ressourcen-, ziel- und lösungsorientiert sind und einen Perspektivwechsel von einem negativen zu einem positiveren Selbstbild ermöglichen. Es bedarf Möglichkeiten der Mitarbeit aller Beteiligten. Eine hohe Kontinuität von Bezugspersonen stärkt das Vertrauen der Hilfesuchenden – ein Stichwort ist hier Empowerment (vgl. Zerbe et al. 2020: S.709f). Für Institutionen wird es in der Arbeit daher wichtig, sich über den vorherrschenden Haltungstyp klar zu werden, da aus diesen Machtasymmetrien deutlich werden. Im Anschluss können partizipative Strukturen verankert werden, die Rechtssicherheit schaffen und willkürlichen Umgang verhindern (vgl. Straßburger; Rieger 2014: S.82-86.) Als hilfreichen Ansatz werden Schlüsselfiguren der institutionellen Partizipation erlebt: externe Fachkräfte, welche die klinischen Teams und das Management bei der Entwicklung von Beteiligungsstrukturen unterstützen, agieren auf allen Versorgungsebenen. Sie werden von ‚Kinder-Expert*innen‘ unterstützt. Diese evaluieren auch die Wirksamkeit der partizipativen Maßnahmen. Zentrale Fürsprecher*innen der jungen Menschen können ebenfalls eine Schlüsselrolle einnehmen. Sie vertreten, zum Beispiel in Teamsitzungen, die Sicht des Kindes oder Jugendlichen. Im

Vergleich zum etablierten Bezugsbetreuer*innensystem sind Fürsprecher*innen dazu angehalten für die Belange ihrer Adressat*innen anwaltlich einzustehen. Auf der Ebene der Institutionsstrukturen bestehen oft bereits Alltagsroutinen, deren Struktur als hilfreich erlebt werden, ohne dabei in der Fachliteratur explizit erwähnt zu werden. Diese können sowohl informell durch Gesprächsmöglichkeiten als auch formalisiert ablaufen, zum Beispiel durch Zusammenkünfte mit standardisiertem und protokolliertem Ablauf. Solche Routinen sind auch für Fachkräfte wichtig, denn partizipative Arbeit ist nicht möglich, wenn kollegiales Miteinander nicht beteiligungsgetragen ist (vgl. Zerbe et al. 2020: S.710f; vgl. Kriener; Wilting 2004: S.494). Auch im Rahmen der „unterbringungsähnlichen Maßnahmen“ (Nolkemper et. al 2019: S. 274) werden dem jungen Menschen die Rechte auf richterliche Anhörung und einen Verfahrensbeistand zugesichert. So wird zumindest der Versuch unternommen, auch in krisenhaften Notlagen der jungen Menschen ein Mindestmaß an Beteiligung und Mitsprache zu gewährleisten (vgl. Nolkemper et al. 2019: S. 274).

4. Partizipative Konzepte

4.1 Das theoretische Konzept Empowerment

Psychosoziale Arbeit hat den Auftrag Menschen dabei zu unterstützen mehr Kontrolle über ihre Lebenssituation zu erlangen, sie zu ermutigen Missstände abzubauen und sich für ihre Ziele einzusetzen. Dieser Anspruch ist jedoch kein individueller, sondern ein kollektiver Prozess (vgl. Straßburger; Rieger 2014: S.43f). Empowerment bedeutet die Selbstbemächtigung von Menschen in Lebenskrisen und plädiert dafür, dass sie sich aktiv und produktiv für die Veränderung belastender Umstände einsetzen (vgl. Herringer 2020: S.7). Es ist ein bedeutungsoffener Begriff der individuell besetzt werden kann (vgl. ebd. 2020: S.13ff). Ich fokussiere mich auf eine lebensweltliche Betrachtung. Empowerment steht für eine Grundhaltung professionellen Handelns, die dazu ermutigen soll auf eigene Fähigkeiten und Lösungsmöglichkeiten zu vertrauen und sich selbst soziale Zusammenhänge zu schaffen, anstatt sich in gegebene einzupassen. Dazu müssen Adressat*innen lernen, eigene Kräfte zu entdecken und eigene Lösungsansätze schätzen zu lernen. Der Prozess ist kooperativ geprägt, Personen mit ähnlichen Problemen entwickeln Synergien. Professionelle Institutionen sind gefordert, Formen der Selbstorganisation zuzulassen, denn nur diejenigen Hilfeangebote wirken, die das Selbstverständnis der Adressat*innen zulassen kann (vgl. Keupp 2018: S.559ff). Das Empowerment-Konzept hat innerhalb der wissenschaftlichen Debatte zu einer

Veränderung des beruflichen Selbstverständnisses sozialer Berufe geführt. Soziale Probleme lassen sich demnach nicht auf technisch-instrumentellem Weg lösen. Der expertendominierten Hilfe wird entsagt, lebensweltlich erworbene Ressourcen der Adressat*innen hingegen geachtet und gefördert (vgl. Herringer 2020: S.11f). In Bezug auf eine gelingende Lebensregie tritt vor Allem die autonome Organisation des Alltags, trotz wahrgenommener Schwäche und Verletzlichkeit, in den Mittelpunkt. Ein optimistischer Blickwinkel wird eingenommen. Ziel psychosozialer Arbeit ist es, den Hilfebedürftigen zu unterstützen, eine Vielfalt an Lebensressourcen zu entwickeln, die ihnen bei Bedarf zur Verfügung stehen. Dafür stellen Professionelle die Bedingungen her (vgl. ebd. 2020: S.15ff). Empowerment hat verschiedene Handlungsebenen, auf denen das Konzept wirkt. Subjekte werden darin gestärkt eigene Lösungen zu Problemen zu entwickeln, zum Beispiel durch Beratung ohne Ratschläge und lösungsfokussierte Findungskonzepte. Auf institutioneller Ebene zielt Empowerment darauf ab, die Adressat*inneninteressen zur Arbeitsbasis der Einrichtungen zu machen. Ein wichtiges Instrument besteht dabei in der Definition von Partizipationsrechten und der Garantie von Beteiligung in bestimmten Bereichen. Partizipation stellt die grundlegenden Empowerment-Strategie dar, da Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit handlungsleitend sind. Auch wenn Menschen zeitweilig oder dauerhaft auf Unterstützung angewiesen sind, so sind sie dennoch im wesentlichen zur eigenen Gestaltung fähig. Hilfen dürfen sich daher nicht nach objektiven Indikationen richten, sondern nach Anliegen der Adressat*innen (vgl. Lenz 2002: S.18). Ist der Unterstützungsprozess partizipativ gestaltet, so steht die Selbstbestimmung von Beginn an im Zentrum der Hilfe. Gemeint ist eine dialogische Klärung der Interessen und Ressourcen der Adressat*in und die Suche nach Strategien, die zu ihrem Leben passen. Eine Kooperation auf Augenhöhe ist nur dann möglich, wenn Helfer*innen ihre Fachkompetenz als gleichrangig zur Expertise der Adressat*in annehmen und ihre strukturell deutlich größerer Macht hinterfragen um das Gefälle möglichst weit abzubauen (vgl. Straßburger; Rieger 2014: S. 46f). Partizipation im Empowerment-Konzept meint Teilhabe, also eine Bemächtigung nach dem ‚bottom up‘-Prinzip. Professionelle fungieren in erster Linie als Begleiter*innen auf der Suche nach Lösungen. Der Begriff der ‚informierten Zustimmung‘ bietet die für Partizipation erforderliche Transparenz, da ein strukturierter Rahmen für die Aufklärung und Informationsvermittlung geliefert wird. Durch Klärung von Zusammenhängen, Risiken und Zielen wird die Behandlung auf die Hilfesuchenden zugeschnitten. Dahingehend notwendig ist eine sensible Einschätzung des Entwicklungsstandes, kognitiver Defizite

und individueller Bedürfnisse durch die Helfer*innen. Zuletzt soll eine Art Kontrakt ausgehandelt werden. Durch diesen kommunikativen Planungsprozess kann die Hilfe realisiert werden (vgl. Lenz 2002: S. 18-23). In der Fachliteratur finden sich zwei medizinische Konzepte, deren grundlegende Haltung Empowerment ist und welche in der Entscheidungsfindung für den Bereich der KJP anwendbar sind.

4.2 Shared Decision Making

Der Begriff kann mit ‚partizipative Entscheidungsfindung‘ übersetzt werden: Er ist unter den medizinischen Ansätzen der bisher Bekannteste und beschreibt einen Interaktionsprozess mit dem Ziel, durch gleichberechtigte Beteiligung von jungen Menschen und Ärzt*innen eine gemeinsam verantwortete Übereinkunft zu treffen (vgl. Zerbe et al. 2020: S.703).

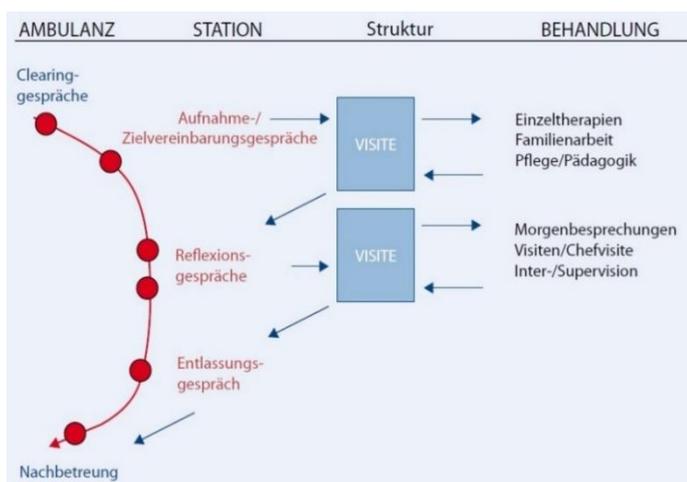


ABBILDUNG 2 (QUELLE: THUN-HOHENSTEIN 2014: S.45)

Caspari et al. (2006: S. 74f) beschreiben zwei theoretische Zugangsmöglichkeiten zu Shared-Decision-Making³. Das Beziehungsmodell beschreibt die Verantwortungsübernahme zwischen Arzt und hilfeschender Person. Dieses bewegt sich im Spektrum zwischen Paternalismus und Information auf Augenhöhe. Beide Pole werden jedoch nie erreicht. Es erfolgt ein Aushandeln zwischen Fachkompetenz und Lebensweltexpertise, um weder völlige Machtübernahme noch Überforderung durch hohe Verantwortung zu erzeugen. SDM findet statt, wenn mindestens zwei Teilnehmer*innen am Entscheidungsfindungsprozess partizipieren und mit der aktiven Umsetzung der Behandlungsentscheidung einverstanden sind (vgl. Caspari 2006: S. 74ff). Das Ablaufmodell zeigt, dass durch Beschreibung des medizinischen Problems mehrere Behandlungsoptionen entstehen. Über deren Möglichkeiten und Risiken werden Adressat*innen informiert. Anschließend können persönliche Vorstellungen, Bedenken, Ängste und Ziele artikuliert werden. Gemeinsam wird dann im letzten Schritt eine Entscheidung über das weitere Vorgehen vereinbart (vgl. ebd. 2006: S. 76; vgl. Lenz 2006: S.14). Einen konkreten Umsetzungsvorschlag des Modells liefert die KJP der

³ Nachfolgend als SDM bezeichnet

Universitätsklinik Salzburg. Für SDM sind Bedingungen entscheidend, welche die Begegnung strukturell, inhaltlich und persönlich ermöglichen (vgl. Thun-Hohenstein 2014: S.45). Eine zentrale Struktur sind die regelmäßigen „Team-Patienten-Eltern-Gespräche“ (Zerbe et al. 2020: S.710) nach einer vorgegebenen Gesprächsabfolge und mit strukturiertem Gesprächsablauf (vgl. Zerbe et al. 2020: S. 710). Es erfolgt das initiale Clearinggespräch, ein Aufnahmegespräch mit Zielvereinbarung, gefolgt von regelmäßigen Reflexionsgesprächen und dem abschließenden Entlassungsgespräch. An diesen nehmen feste Personengruppen teil: Adressat*innen, Sorgeberechtigte, fallführende Therapeut*innen und die Bezugspflege. Auch weitere interne und externe Teilnehmer*innen sind bei Indikation möglich. Die Zusammenkünfte sind das höchste Entscheidungsgremium zur Festlegung von Behandlungszielen, Vereinbarungen und Regelungen. Die Ergebnisse sind klinikintern handlungsleitend für alle Berufsgruppen. Auch die Gesprächsabläufe sind klar strukturiert. Zuerst berichten hilfeschuchende junge Menschen und Familien über den aktuellen Behandlungsprozess, worauf eine Rückmeldung der Ärzt*innen und Therapeut*innen folgt. Im Anschluss erfolgt eine Reflexion über die Rückmeldung mit Blick auf die Therapieziele. Gemeinsam wird sich über nächste Schritte sowie passende Lösungsansätze abgestimmt. Der gesamte Prozess wird protokolliert, alle Informationen werden den Professionellen zur Verfügung gestellt. Auch institutionelle Strukturen sind so gestaltet, dass optimale Partizipation und Information ermöglicht werden. Gemeinsam mit der Leitungsebene treffen Berufsgruppenvertreter*innen in Klinikkonferenzen demokratisch interne Entscheidungen. Erfahrungsberichte zeigen, dass die Einführung der Struktur eine hohe Anpassungsleistung darstellt, die jedoch große Vorteile birgt. Durch die Teamorientierung führt SDM zu einer deutlich besseren Zusammenarbeit zwischen Adressat*innen und Professionellen. Familien erleben den Strukturwandel und die plötzliche Mitsprachemöglichkeit aufgrund der neu entstandenen Verantwortung als enorme Belastung. Währenddessen arrangieren sich Kinder und Jugendliche bei zunehmender Erfahrung mit der Gesprächsstruktur und nutzen diese für ihre Belange. Für Menschen mit psychischen Störungen und in Notsituationen ist der hohe Partizipationsanspruch jedoch schwierig zu erfüllen, wodurch eine Anpassung seitens der Klinik zu weniger partizipativen Modellen nötig wird (vgl. Thun-Hohenstein 2014: S.45f). Zudem ist SDM sehr fokussiert auf die medizinische Behandlung. Alltägliche Entscheidungen bieten viele Gelegenheiten für Partizipation, wirken aber vernachlässigt. Hier bestehen Vorteile bei Ansätzen der Behandlungsabsprache (vgl. Zerbe et al 2020: S.712).

4.3 Behandlungsabsprache

Eine weitere Partizipationsmethode stellen Vorausvereinbarungen dar. Ein bekanntes Beispiel dafür sind Patient*innenverfügungen. Der Wille minderjähriger Menschen kann nicht als Patient*innenverfügung, aber als Behandlungswunsch gewertet werden. Als Alternative kommt das Konzept der Behandlungsabsprache, zum Beispiel in Form von Advanced Care Planning in Frage. Dies räumt die Chance ein, vor rezidivierenden Krisen, künftige Behandlungen mit den Professionellen zu besprechen. Es handelt sich um die wiederholte Willensabsprache unter wechselnden Bedingungen, wodurch sich die Beziehung zwischen jungen Menschen und Ärzt*innen verbessert. Sicherheit und Vertrauen werden gesteigert und Ängste vor der stationären Behandlung oder sogar Zwangsmaßnahmen reduziert (Wedemeyer; Wiesemann 2017: S. 256f; vgl. Zerbe et al. 2020: S.703). Wedemeyer und Wiesemann (2017: S.257) sehen in diesem Konzept aus der Erwachsenenpsychiatrie die Chancen einer positiven Nutzbarkeit in der KJP. Forschungsergebnisse diesbezüglich gibt es nur aus der Kinderpalliativmedizin. Dort stellte sich heraus, dass Vorausplanung und die Auseinandersetzung mit künftigen Interventionen die Kommunikation erleichtern, Betroffene sich informierter und sicherer fühlen und der Prozess positiver empfunden wird. Auch für Eltern könnte eine Verfügung entlastend in schwierigen Situationen wirken. Eine Anpassbarkeit auf andere Situationen erscheint möglich, zum Beispiel in rezidivierenden Krisensituationen der KJP. Die rechtliche Verbindlichkeit steht dabei im Hintergrund. Es kann auch nicht immer von Einwilligungsfähigkeit ausgegangen werden. Zentral ist daher die Maximierung der Partizipationsmöglichkeiten der jungen Menschen. In der Behandlungsabsprache werden zum einen Informationen zur Krankheit, Klinikstrukturen und Behandlung gesammelt, zum anderen Behandlungsziele und Grundsätze festgehalten, sowie Situationen und Handlungen aufgelistet, die den Krisenzustand verschlechtern und verbessern können. Alle Beteiligten unterschreiben das Dokument und vereinbaren einen Überprüfungstermin. Auch diese Gespräche sind klar strukturiert, junge Menschen werden als Kommunikationspartner*in behandelt und über Kinderrechte in der Medizin informiert. Alle Beteiligten verständigen sich auf eine Vorgehensweise, die von jedem als hilfreich und würdevoll empfunden wird. Bei Uneinigkeit zwischen Eltern und Kindern kann das Gespräch zumindest gemeinsame Ziele identifizieren und Kompromisse anbahnen. Das Dokument muss für alle Beteiligten jederzeit zugänglich aufbewahrt werden. Eine Hürde des Konzepts stellen der Anspruch an intellektuelle und kognitive Fähigkeiten dar, denn nicht jede*r Adressat*in ist bei Behandlungsbeginn in der Lage zur Vereinbarung (vgl.

Wedemeyer; Wiesemann 2017: S. 258-262). Zudem besteht der Nachteil, dass es vor allem auf Selbstbestimmungsunfähigkeit vorbereitet. Damit wird nur einen kleinen Bereich der relevanten Momente in der KJP davon berührt (vgl. Zerbe et al. 2020: S.713), beispielsweise Zwangsunterbringungen. Im Vergleich zu partizipativer Entscheidungsfindung nimmt sie auch nicht-medizinische Absprachen in den Blick (vgl. Zerbe et al. 2020: S.703)

3.1.4 Informations- und Beschwerdekonzeppte

Ein weiteres Praxisbeispiel bietet die Universitätsklinik in Ulm. Sie rief 2006 ein Projekt ins Leben, welches einen Komplex konkreter partizipationsfördernder Maßnahmen in den Stationsalltag der KJP integrieren sollte. Dabei handelt es sich um kindgerechte Auszüge aus der UN-KRK in verschiedenen Sprachen, eine eigens entwickelte Aufklärungsbroschüre in Comicform zum Behandlungsablauf, sowie Telefonleitungen zu Fürsprecher*innen und Jugendämtern. Während der Wert der Broschüren in der Entängstigung und besseren Annahme der Behandlung liegt, sollen die Kontaktmöglichkeiten zu externen Personen die Hemmschwelle zur Beschwerde im Alltag senken (vgl. Fegert 2013: S.251f; vgl. Zerbe et al. 2020: S.712). Nach Betrachtung spezifischer Partizipationsinstrumente erscheint der Ulmer Ansatz als nicht ausreichend, um echte Partizipation zu ermöglichen. Die Projekte sind auf funktionaler Ebene durchaus berechtigt, verbleibt jedoch auf einer Vorstufe von Partizipation (vgl. Zerbe et al. 2020: S.714).

5. Auswertung der Ergebnisse - Fazit

Mit der vorliegenden Arbeit habe ich versucht die Frage zu beantworten, ob in Deutschland von einer gelingenden Umsetzung von Partizipation in der KJP gesprochen werden kann. Innerhalb des Fachdiskurses lässt sich gelingende Beteiligung in den Kliniken als einen Mix aus Teilhabe in Form des ‚bottom-up‘-Prinzips und Teilnahme durch das ‚top-down‘-Prinzips verstehen, da sie dem Ziel der Bemächtigung bisher vernachlässigter Gruppen dient, sowie Angebote durch die Professionellen geschaffen werden. Haltung und Professionsverständnis tragen gleichermaßen zur Umsetzung bei. Sie teilen das Ziel protektive Ressourcen der Adressat*innen zu stärken. Dennoch herrscht in der KJP eine defizitorientierte Perspektive - ein dichotomes Verständnis von Hilfe und Kontrolle, von krank und gesund, welches seinen Ausdruck im Beteiligungsparadoxon findet. Die Partizipation kann einen Ausweg aus diesem Dilemma bieten. An der Umsetzung UN-

KRK als Grundlage mangelt es jedoch in vielen Bereichen. In der KJP hat sich zwar auch etwas zum Positiven entwickelt, wie einige der wenigen thematischen Studien belegen, jedoch ist die Beteiligungspraxis weiterhin stark ausbaufähig. Die überwiegend protektiven Interventionsformen gehen mit Entmündigung und Verantwortungsabnahme einher. Mitbestimmung ist aber ein Übungsprozess, der erlernt und somit aktiv praktiziert werden muss. Hilfreich zur Beobachtung und Evaluation von Beteiligungsprozessen erweisen sich Konzepte wie die Partizipationsleiter oder -kreise, die institutionelle Angebote überprüfbar und Fehler sichtbar machen können. Zudem liefern gesundheitspsychologische Konzepte wie Antonovskys *Salutogenese* Anhaltspunkte dafür, weshalb die Beteiligung für die Entwicklung von jungen Menschen mit psychischen Störungen von besonderem Belang ist. Wie festgestellt werden konnte, geht mit ihnen ein Mangel an Selbstwirksamkeitserleben einher, der die Beteiligung einschränkt. Hilfe wird nötig, um persönliche Ressourcen und Widerstandskraft zu stärken, wovon auch der künftige Umgang mit Stresssituationen und Emotionen abhängt.

Für den Alltag in der KJP bietet sich aus meiner Sicht ein Mix aus formellen und informellen Beteiligungsformen an. Obwohl 2020 die durchschnittliche Verweildauer junger Menschen mit 36,3 Tagen im Vergleich zu anderen medizinischen Fachbereichen länger war (vgl. Statista 2020), so ist für repräsentative Beteiligungsformen wie Interessenvertretungen nicht die nötige Kontinuität zur dauerhaften Festlegung von Ämtern gegeben. Projektorientierte Beteiligungsformen zu konkreten Themen und akuten Problemen sind hingegen möglich und fördern die kreative Lösungsfindung. Auch offene Beteiligungsformen sind denkbar, die nötige Spontanität und Erwartung etwas verändern zu können unterscheiden sich aber stark nach Intensität der individuellen Einschränkung. Einen niedrigschwelligen Zugang können informelle Beteiligungsformen bieten, da ein zentraler Behandlungsaspekt das tägliche Miteinander ist. Ihr flexibler Charakter macht sie für jede Klinik anpassbar, jedoch fordern sie von Institutionen und Professionellen eine partizipative Grundhaltung. Diese Einstellung stellt an Helfer*innen hohe moralische Ansprüche. Sie sollen dem jungen Menschen Respekt vor dessen Selbstbestimmungsrechten entgegen und ihr Teilhabebedürfnis auch im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle, Elterninteressen und psychischen Einschränkungen aufrechterhalten. Die Berufsidentität wird tiefgreifend in Frage gestellt - viele Professionelle lehnen aber eine Rollenveränderung ab. Gefordert wird ein Wandel hin zu vorurteilsfreien Behandler*innen, die beratend auftreten und ihr Wissen nicht als überlegen darstellen. Zudem bedarf es eines Selbstverständnisses als flexible, transparente Ressourcen im

Netzwerk der Adressat*innen, die feinfühlig im Sinne der jungen Menschen agieren. Wie gezeigt werden konnte ist diese Haltung aber nicht flächendeckend in den Kliniken anerkannt. Organisationen müssen ebenfalls ihre Machtasymmetrie hinterfragen und Mitarbeiter*innen zu einer eigenen Partizipationskultur führen. Um eine partizipative Einstellung zu entwickeln, müssen diese selbst Beteiligung im Unternehmen erfahren, um auf anderer Ebene ressourcen- und lösungsorientiert Beteiligungsstrukturen zu etablieren.

Auf institutioneller Seite gibt es jedoch auch großes Verbesserungspotential. Besonders eindrücklich ist dies an der geringen Freiwilligkeit junger Menschen zur Behandlung sichtbar. Obwohl es einige Ansätze und Modellprojekte gibt, die partizipatives Handeln in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ermöglichen, so finden diese kaum Anwendung. Dennoch verdienen SDM und Formen der Behandlungsabsprache mehr Beachtung im fachlichen Diskurs. Beide ergänzen sich in ihrer Anwendbarkeit. SDM nimmt den medizinischen Ablauf in den Blick, was ohne unterstützende Beteiligungskonzepte jedoch überfordernd wirkt und das Beteiligungsparadoxon bestätigt. Behandlungsabsprachen bieten die Chance informelle, nicht-medizinische Absprachen stärker zu beachten. Da sie jedoch vor allem Momente der vollkommenen Selbstbestimmungsunfähigkeit in den Fokus nehmen, findet sie lediglich in den Situationen Anwendung, in denen kognitive Grenzen auftreten, die eine Absprache erschweren. Dennoch haben beide Ansätze empowernden Charakter und bieten das Potential die Beteiligungschancen zu verbessern und eine strukturelle Veränderung der Institutionen anzustoßen.

Die Struktur des Therapiemilieus als ein zentraler Ort der Behandlung wird jedoch durch Partizipationskonzepte kaum erfasst. Zwar bietet die Universitätsklinik in Ulm einige Ansätze, welche jedoch im Sinne Roger Harts nicht partizipativ erscheinen. Der UN-BRK und deren proklamiertem Beteiligungsanspruch wird nicht ausreichend genüge getan, eine Aufwertung gegenüber den Schutz- und Förderrechten ist in der KJP nur zu erahnen. Positive Denkanstöße können dabei die Jugendarbeit und Jugendhilfe bieten. Hier gibt es, auch durch die stärkere rechtliche Verankerung, bereits eine Vielzahl an Partizipationskonzepten. Mit dem Konzept der Ombudspersonen kann beispielsweise einen wichtigen Beitrag geleistet werden, um Machtunterschiede zu verringern und Fairness zu schaffen. Für die Kinder- und Jugendhilfe ist die Schaffung dieser Stellen bereits rechtlich bindend – auch wenn der Aufbau der Strukturen schleppend verläuft.

Durch die herausfordernden Bedingungen innerhalb der KJP und die Dilemmata, denen Professionelle unterliegen, ist eine Veränderung der Partizipationsstruktur ein aufwändiger

Weg. Es kann festgehalten werden, dass andere Handlungsfelder psychosozialer Arbeit schon vorausseilen, während die Abgabe von Kontrolle und die Veränderung der eigenen Berufsidentität im Bereich der KJP auf großen Widerstand stößt. Es scheint nötig, ihre Haltung zur Arbeit mit jungen Menschen durch Fortbildung und innerbetriebliche Beteiligungsstrukturen zu stärken, denn der Wandel der eigenen Berufsidentität, die Abgabe von Macht und Kontrolle sowie das Vertrauen in die Fähigkeiten der Adressat*innen muss auch von dieser Seite eingeübt und über die Zeit verändert werden. Eine flächendeckende Verbreitung von Konzepten zur Stärkung von Partizipation gibt es in den Kliniken nicht, sie beschränkt sich vor allem auf Leuchtturmprojekte innerhalb des wissenschaftlichen Diskurses. Während die Literatur deutliche Argumente für Partizipation und deren Förderung im Allgemeinen feststellt, so findet eine explizite praktische Übersetzung von Konzepten kaum statt. Anhand der vorliegenden Arbeit wird dennoch deutlich, dass Partizipation innerhalb der KJP eine entscheidende Rolle zukommt. Die Beteiligung der jungen Menschen an Entscheidungen, von denen sie aktiv betroffen sind, schafft die inneren Bedingungen, die es für eine positive Gesundheitsentwicklung braucht. Die Debatte dazu steht jedoch am Anfang und wird, so mein Ausblick, noch Zeit benötigen, um sich grundlegend zu reformieren und das Recht auf Partizipation umzusetzen. Bis dahin gilt es weiterhin für die Beachtung partizipativer Rechte junger Menschen zu werben, diese aktiv zu vertreten und als Sozialarbeiter*innen anwaltlich für sie einzustehen.

Literaturverzeichnis

Bücher (Monografien)

Amt für Gesundheit Frankfurt am Main (2013): Kinder- und Jugendpsychiatrie für Pädagogik und soziale Arbeit. Ein Handbuch für die Praxis. Unter Mitarbeit von Bernhard Gerhards. Frankfurt am Main: Amt für Gesundheit Frankfurt am Main.

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Kinder- und Jugendhilfe. Achstes Buch Sozialgesetzbuch (2020).

Gahleitner, Silke Birgitta (2017): Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. Weinheim: Beltz. Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1122261>.

Graßhoff, Gunther; Renker, Anna; Schröer, Wolfgang (2018): Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (2004): Praxis lebensweltorientierter sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 2. Aufl. Weinheim, München: Juventa-Verl. (Grundlagentexte Pädagogik). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-7799-1524-9>.

Hart, Roger A. (1992): Children's participation: from tokenism to citizenship. Florence: UNICEF, International child development centre (Innocenti Essays, 4).

Herriger, Norbert (2020): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 6., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Lenz, Albert (2001): Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie. Entwicklungen, Befunde und Handlungsperspektiven. Weinheim: Juventa-Verl. (Materialien).

Pluto, Liane (2007): Partizipation in den Hilfen zur Erziehung. Eine empirische Studie. Zugl.: Jena, Univ., Diss., 2007. München: Verl. Deutsches Jugendinst.

Straßburger, Gaby; Rieger Judith (2014): Partizipation kompakt. Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Bücher (Sammelwerke)

Antonovsky, Aaron (Hg.) (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verl. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 36).

- Böllert, Karin** (Hg.) (2018): Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Denner, Silvia** (Hg.) (2008): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Düber, Miriam; Rohrmann, Albrecht; Windisch, Marcus** (Hg.) (2015): Barrierefreie Partizipation. Entwicklungen, Herausforderungen und Lösungsansätze auf dem Weg zu einer neuen Kultur der Beteiligung. Weinheim: Beltz.
- Fegert, Jörg M.** (Hg.) (2004): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa-Verl. (Handbuch).
- Fegert, Jörg M.** (Hg.) (2009): Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Hollweg, Carolyn; Kieslinger, Daniel** (Hg.) (2022): Partizipation und Selbstbestimmung in einer inklusiven Erziehungshilfe. Zwischen bewährten Konzepten und neuen Anforderungen. 1. Auflage. Freiburg: Lambertus-Verlag (Beiträge zur Inklusion in den Erziehungshilfen, 2).
- Meyer, Thomas; Patjens, Rainer** (Hg.) (2020): Studienbuch Kinder- und Jugendarbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schröer, Wolfgang; Struck, Norbert; Wolff, Mechthild** (Hg.) (2016): Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. 2. überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz.
- Seckinger, Mike** (Hg.) (2006): Partizipation - ein zentrales Paradigma. Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft f. Verhaltenstherapie (Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, 13).
- Weiß, Peter; Heinz, Andreas** (Hg.) (2013): Gleichberechtigt mittendrin - Partizipation und Teilhabe. Tagungsdokumentation Berlin, 6./7. November 2012. Aktion Psychisch Kranke, Vereinigung zur Reform der Versorgung Psychisch Kranker. 1. Auflage. Bonn: Aktion Psychisch Kranke (Tagungsdokumentation / Aktion Psychisch Kranke, 39).
Online verfügbar unter http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/APK_-_Tagungsberichte_-_Band_039.pdf.

Beiträge

Denner, Silvia (2008): Das System der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Silvia Denner (Hg.): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 71–81.

Fegert, Jörg M. (2004): Fallbeispiele zur Erläuterung der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10). In: Jörg M. Fegert (Hg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa-Verl. (Handbuch), S. 265–315.

Fegert, Jörg M. (2013): Teilhabe und Partizipation von Kindern – Beschwerdemanagement und Patienteninformatio. In: Peter Weiß und Andreas Heinz (Hg.): Gleichberechtigt mittendrin - Partizipation und Teilhabe. Tagungsdokumentation Berlin, 6./7. November 2012. 1. Auflage. Bonn: Aktion Psychisch Kranke (Tagungsdokumentation / Aktion Psychisch Kranke, 39), S. 249–254.

Kölch, Michael; Fegert, Jörg M.; Freyberger, Harald J. (2009): Affektive Störungen. In: Jörg M. Fegert (Hg.): Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S. 261–277.

Libal, Gerhard; Fegert, Jörg M. (2004): Behandlungs- und Hilfeformen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie. In: Jörg M. Fegert (Hg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa-Verl. (Handbuch), S. 225–242.

Meyer, Thomas; Rahn, Sebastian (2020): Partizipation – Kernaufgabe und Schlüsselbegriff in der Kinder- und Jugendarbeit. In: Thomas Meyer und Rainer Patjens (Hg.): Studienbuch Kinder- und Jugendarbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 397–424.

Pluto, Liane (2022): Partizipation, Mitbestimmung, Selbstbestimmung - drei Stufen einer Leiter. In: Carolyn Hollweg und Daniel Kieslinger (Hg.): Partizipation und Selbstbestimmung in einer inklusiven Erziehungshilfe. Zwischen bewährten Konzepten und neuen Anforderungen. 1. Auflage. Freiburg: Lambertus-Verlag (Beiträge zur Inklusion in den Erziehungshilfen, 2), S. 66–82.

Pluto, Liane (2018): Partizipation und Beteiligungsrechte. In: Karin Böllert (Hg.): Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 945–965.

Schone, Reinhold (2004): Das System Jugendhilfe im Überblick. In: Jörg M. Fegert (Hg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa-Verl. (Handbuch), S. 29–34.

Schraper, Christian; Fegert, Jörg M. (2004): Kinder und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zwischen Kooperation und Konkurrenz. In: Jörg M. Fegert (Hg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa-Verl. (Handbuch), S. 5–25.

Schulze, Ulrike M. E.; Fegert, Jörg M.; Freyberger, Harald J. (2009): Angststörungen. In: Jörg M. Fegert (Hg.): Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S. 278–289.

Schulze, Ulrike M. E.; von Wietersheim, Jörg (2009): Essstörungen. In: Jörg M. Fegert (Hg.): Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S. 340–354.

Westerholt, Micha (2015): Menschenrechtsabkommen und die Förderung der Partizipation bestimmter Personengruppen. Die UN-Kinderrechtskonvention. In: Miriam Düber, Albrecht Rohrmann und Marcus Windisch (Hg.): Barrierefreie Partizipation. Entwicklungen, Herausforderungen und Lösungsansätze auf dem Weg zu einer neuen Kultur der Beteiligung. Weinheim: Beltz, S. 30–47.

Wiltling, Klaus; Kriener, Martina (2004): Partizipation von Mädchen und Jungen - Beteiligungschancen in der Erziehungshilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Jörg M. Fegert (Hg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa-Verl. (Handbuch), S. 481–497.

Wolff, Mechthild (2016): Partizipation. In: Wolfgang Schröer, Norbert Struck und Mechthild Wolff (Hg.): Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. 2. überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz, S. 1050–1066.

Zeitschriftenaufsätze

Kleve, Heiko (2014): Empowerment durch Nichtwissen. Haltungsbildung in der Sozialen Arbeit. In: *Soziale Arbeit* (63), S. 216–223.

Nolkemper, Daria; Wiggert, Nicole; Müller, Sabine; Fegert, Jörg M.; Kölch, Michael (2019): Partizipation und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 68 (4), S. 271–285. DOI: 10.13109/prkk.2019.68.4.271.

Noske, Judith; Thun-Hohenstein, Leonhard (2021): Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe mit speziellem Schwerpunkt auf die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischen Wohnformen. In: *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater* 35 (1), S. 9–16. DOI: 10.1007/s40211-020-00378-2.

Thun-Hohenstein, Leonhard (2014): Partizipation von Kindern und Jugendlichen an einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Paediatr. Paedolog. Austria* 49 (S1), S. 42–47. DOI: 10.1007/s00608-014-0175-x.

Wedemeyer, Friederike; Wiesemann, Claudia (2017): Ziele und Methoden der Partizipation von Kindern und Jugendlichen in der Psychiatrie. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 22 (1), S. 243–266. DOI: 10.1515/jwiet-2017-0011.

Zerbe, Paul-Simon; Röttele, Nicole; Körner, Mirjam (2020): Partizipation von Patienten im Kontext der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – ein Scoping Review. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 69 (8), S. 700–719. DOI: 10.13109/prkk.2020.69.8.700.

Internetquellen

Landesjugendring Hamburg (2009): Partizipation als Stufenmodell. Stufen der Beteiligung nach Roger Hart (1992) und Wolfgang Gernert (1993) *. Online verfügbar unter <https://www.ljr-hh.de/index.php?id=675>, zuletzt aktualisiert am 22.08.2022.000Z, zuletzt geprüft am 22.08.2022.498Z.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: **Hart, Roger A.** (1992): Hart, Roger A. (Hg.): The Ladder of Participation
In: Children's participation: from tokenism to citizenship. Florence: UNICEF,
International child development centre (Innocenti Essays, 4).

Abbildung 2: **Thun-Hohenstein, Leonhard** (2014): Gesprächsstruktur und Übertragung
in den Klinikalltag, Reflexionsstrukturen und Rückbindung in Gespräche. IN: Thun-
Hohenstein, Leonhard (2014) (Hg.): Partizipation von Kindern und Jugendlichen an einer
Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Paediatr. Paedolog. Austria* 49, S.45

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Eric Mücke, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig angefertigt und alle von mir genutzten Quellen und Hilfsmittel angegeben habe. Ich habe diese Arbeit bei keiner anderen Prüfungsbehörde oder anderen Person im Rahmen einer Prüfung vorgelegt.

Ort, Datum

Unterschrift