



BLINDENINSTITUT

MÜNCHEN

Leitfaden für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Auffälligkeiten

bearbeitet von:

Leitung des Arbeitskreises

Bettina Wozniak (Stabsstelle für psychiatrische Fragestellungen)

TeilnehmerInnen des Arbeitskreises

Michael Heringer (HFL)

Ralf Gallep (Psychologe/stellv. DL)

Katja Kunert (Logopädin)

Juliane Franckenberg (GL/Ganzjahreswohnen)

Janine Brückl (GL/5-Tage-Internat)

Lissy Hanreich (GL/Heilpädagogische Tagesstätte)

Clarissa Scheu (GL/Ganzjahreswohnen)

Sabine Kretschmer (Erzieherische Fachkraft)

verabschiedet am: 14.07.2010

Verteiler:

Geschäftsleitungskonferenz

Mittlere Leitungsebene

Wissensdatenbank

München, 14.07.2010



LEITFADEN FÜR DIE BETREUUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT PSYCHOSOZIALEN AUFFÄLLIGKEITEN

Stand Juli 2010

Vorbemerkung zur Gesamtausgabe, für den Info-Ordner

Dieser Leitfaden ist das Ergebnis des Arbeitskreises, „Konzept Psychiatrie“, hervorgegangen aus dem Themenabend „Psychiatrische Auffälligkeiten“, vom 01.03.2007. Im September 07 starteten wir mit unseren Arbeitstreffen, mit Kolleginnen und Kollegen aus den verschiedenen Bereichen des Blindeninstituts München. Anfangs arbeiteten wir 1x pro Monat für 1 ½ Stunden, merkten aber bald, dass wir für dieses vielschichtig zu bearbeitende Thema mehr Zeit brauchten. So trafen wir uns ab 2009 1x im Monat für einen ganzen Tag, bis zur Fertigstellung des Leitfadens. Im Rahmen dieser interdisziplinären Arbeitstreffen konnten wir spezifisch angeeignetes Wissen (Fortbildungen, Fachtagungen, Fachliteratur), Anliegen und Erfahrungen der Beteiligten bündeln und somit die Arbeit am informierenden, unterstützenden und hilfreichen Konzept – dem Leitfaden – im Februar 2010 beenden.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Arbeitskreises:

Michael Heringer (HFL)

Ralf Gallep (Psychologe/stellv. DL)

Katja Kunert (Logopädie)

Juliane Franckenberg (GL/Ganzjahreswohnen)

Janine Brückl (GL/5-Tage-Internat)

Lissy Hanreich (GL/HPT)

Clarissa Scheu (GL/Ganzjahreswohnen)

Sabine Kretschmer (Erzieherische Fachkraft)

Leitung des Arbeitskreises:

Bettina Wozniak (Stabsstelle für psychiatrische Fragestellungen)

„Im Mittelpunkt unseres Handelns steht der
einzelne Mensch mit seiner individuellen
Besonderheit...“ (vgl. Leitbild S.5)

Die alltägliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten ist eine fachliche Herausforderung an alle, die von keiner Berufsgruppe allein bewältigt werden kann oder soll.

Wir erhoffen uns, mit diesem Leitfaden einen Überblick zum besseren Verständnis der komplexen Bedingungen von Problemverhalten vermitteln zu können. Zum einen geht es um die Beachtung verschiedener, einander ergänzender Sichtweisen und Faktoren wie z.B. die Umweltbedingungen unserer Betreuten und biologische –psychologische -soziale Aspekte. Zum anderen zeigen wir mögliche geeignete Maßnahmen und Hilfen in einem interdisziplinären Setting auf.

Viele weitere Themen, Gedanken und Ideen warten sicher darauf bearbeitet zu werden. Deshalb wünschen wir uns eine lebhafte und kritische Resonanz für dieses Papier und eine kritische Überprüfung der Wirksamkeit in der Praxis. Auch sind wir dankbar für fachliche Anregungen und Verbesserungsvorschläge, die an jeden Teilnehmer des Arbeitskreises gerichtet werden können.

Bettina Wozniak
Stabsstelle für psychiatrische Fragestellungen

LEITFADEN FÜR DIE BETREUUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT PSYCHOSOZIALEN AUFFÄLLIGKEITEN

Stand Februar 2010

1. Einleitend	1
2. Zielgruppe	1
3. Diagnostik.....	2
3.1 Exemplarische Darstellung.....	4
4. Pädagogisch-therapeutische Grundsätze	5
5. Methoden.....	7
5.1. Bedürfnisorientierte Methoden/Maßnahmen	7
5.2 Methoden für eine Steuerung von außen, Ein- bzw. Auswirkungen von außen, Veränderung der Rahmenbedingungen.....	9
5.2.1 Auszeit	10
5.2.2 Time-out.....	10
5.2.3 Hilfsmittel	10
5.3 Psychiatrische Maßnahmen	10
5.3.1 Psychopharmaka.....	10
5.3.2 Die geplante stationäre Klinikeinweisung.....	11
5.3.3 Die Akutversorgung.....	11
6. Anforderungen grundsätzlicher Art an.....	11
6.1 Jede/n einzelne/n MitarbeiterIn	11
6.2. Das Team.....	13
6.2.1 Das Team - Ganzjahreswohnen	13
6.2.2 Das Team - 5-Tage-Internat.....	14
6.2.3 Das Team – Heilpädagogische Tagesstätte	14
6.3 Die interdisziplinäre Zusammenarbeit	15
6.3.1 Leitung	15
6.3.2 K-Team (Team für Kooperation, Krise, Koordination).....	16
6.3.3 Aufnahmegremium /Gruppen- und Klassenbildung / Rufbereitschaft:	16
6.3.4 Rolle der Gruppenleitung	17
6.3.5 Schule	17
6.3.6 Psychologischer Fachdienst	18
6.3.7 Therapeuten.....	18
6.3.8 Psychiater	19
6.3.9 Stabstelle für psychiatrische Fragestellung (übergreifende sozialpädagogische Fachkraft mit Schwerpunkt psychosoziale Auffälligkeiten)	
6.3.10 Zusammenarbeit mit Eltern und gesetzlichen Betreuern.....	20
6.3.11 Nachtdienst.....	21
7. Beachtung von Übergangssituationen	21

7.1 Übergabe Allgemein.....	21
7.2 Übergabe bei „großen“ Übergängen	22
8. Rahmenbedingungen	22
8.1 Mögliche Ressourcen.....	22
8.1.1 Interdisziplinärer – Multiprofessioneller Austausch	23
8.1.2 Für den einzelnen Mitarbeiter	23
8.1.3 Ressourcen der Kinder und Jugendlichen.....	24
8.2 Stufenplan.....	24
1. Erste Stufe: „Symptome/Zeichen wahrnehmen“	24
2. Zweite Stufe: „Störung“	25
3. Dritte Stufe: „Krise?“	25
4. Vierte Stufe: „Was greift nicht?“	26
5. Fünfte Stufe: „Die Frage der endgültigen Betreubarkeit“	26
8.3 Krisenmanagement: Krisenintervention und Krisenplan	27
8.3.1 Krisenintervention.....	27
8.3.2 Krisenplan.....	29
8.3.3 Institutionelle Rahmenbedingungen zur Unterstützung von Mitarbeitern nach Gewalterfahrungen durch Betreute.....	30
9. Das Kurzzeitwohnen im Blindeninstitut München	32
9.1 Problemstellung	32
9.2. Erfordernisse in der Betreuung im KZW	33
10. Schlusswort.....	34
Anhang:	
Verwendete Literatur.....	35

1. Einleitend

„Eine Herausforderung an alle!“

Im Rahmen des Themenabends – Psychiatrie vom 01.03.07 - stand das Thema „Psychiatrische Auffälligkeiten“ im Mittelpunkt. Aus der Abfrage nach Problemen und Bedürfnissen entstand unter anderem der Wunsch nach einem Konzept zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit auffälligem/herausforderndem Verhalten. Um dieses Konzept zu erarbeiten, bildete sich der Arbeitskreis „Konzept Psychiatrie“ mit folgenden Teilnehmern: Frau Kretschmer, Frau Scheu, Frau Hahnreich, Frau Brückl, Frau Franckenberg, Frau Kunert, Herr Gallep, Herr Heringer, Frau Wozniak. Die Arbeit am Konzept bzw. Leitfaden haben wir Januar 2010 beendet. Noch eine Bemerkung in eigener Sache: Der Einfachheit wegen hat sich manchmal die männliche Form des Schreibens durchgesetzt.

Ein, wie wir finden, besonderer Grund für diese Konzeption ist, dass

- wir mit der Betreuung von Kindern und Jugendlichen, die psychosoziale Auffälligkeiten zeigen, in unserer Alltagsarbeit an Grenzen stoßen können und „das Normale nicht mehr ausreicht“
- wir durchaus damit konfrontiert werden, dass Kinder und Jugendliche **aktuell** nicht integrierbar sind, wir es mit psychischen Störungen zu tun haben, aber keine Psychiatrie sind

Aus dieser Erkenntnis heraus hoffen wir, dass dieses Konzept eine Hilfe darstellt, indem es den Kolleginnen und Kollegen Sicherheit und Orientierung im Umgang mit diesem Thema bietet. Es soll über Erscheinungsformen, evtl. Ursachen, Zusammenhänge, Wechselwirkungen, notwendige diagnostische Maßnahmen und Interventionen, pädagogische/therapeutische Möglichkeiten und psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten von psychischen Störungen informieren. Wir wollen mit dem Leitfaden Kolleginnen und Kollegen sensibilisieren und ermutigen, Probleme einzuschätzen und mitzuteilen. Außerdem zeigen wir mögliche Ressourcen auf und welche Hilfen bzw. Unterstützungsmaßnahmen erwartet werden können. Das Wissen um dieses Themengebiet kann präventiv, aber auch in der akuten Situation nützlich, wichtig und notwendig sein.

2. Zielgruppe

Das Risiko der Ausbildung von auffälligen Formen des Erlebens und Verhaltens ist bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung bzw. beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten besonders hoch, deren Kommunikation (z.B. Wort- und Satzbildung, Sprachverständnis) und Entwicklungsmöglichkeiten beeinträchtigt sind. Hinzu kommt, dass sehbehinderte/blinde Kinder und Jugendliche, in Verbindung mit einer geistigen Behinderung, das Erlernete oft nicht in eine adäquate Situation übertragen können. Alltagssituationen oder auch eine fortschreitende Sehbehinderung können zur Belastung werden und somit zu einer psychischen Belastung. Unruhe, inneres Unbehagen, Spannungen, Unsicherheiten und Ängste, auch vor gewohnten Situationen, können Folgen sein, die sich verstärken können und sich in extrem auffälligen Formen des Verhaltens und Erlebens äußern.

Aber auch ungünstige biologische Ausgangsbedingungen (z.B. Überempfindlichkeit = Vulnerabilität, leichte Erregbarkeit), bestimmte genetische Syndrome, sowie Alter, Geschlecht, chronische Erkrankungen, (nicht)erkannte Schmerzen, andauernde Schlafstörungen, können einen Einfluss auf die Ausbildung von psychosozialen Störungen darstellen. Weitere Risikofaktoren können die sozialen Erfahrungen des Kindes/Jugendlichen sein, die es/er in der Interaktion mit seinen Eltern, den Pädagogen und anderen macht, die ebenfalls alle ihre eigene Geschichte und Erfahrungen haben.

Erste Erkennungsmerkmale „auffälligen Verhaltens“ können z.B. sein, dass das Gruppen-, Therapie- oder Schulgeschehen aktuell beeinträchtigt ist, und/oder das Kind/der Jugendliche eine häufigere eins-zu-eins Betreuung braucht.

Die Kinder und Jugendlichen können ein breites Störungsspektrum von problematischen Verhaltensweisen zeigen, wie z.B.:

Lautes und/oder häufiges Schreien, extreme motorische Unruhe, aggressives und/oder destruktives Verhalten, Ängste, Rückzugstendenzen (oder andere defensive Strategien) oder Autoaggression bzw. extreme Formen der Selbstverletzung. Diese Aufzählung ist ohne Anspruch auf Vollständigkeit und individuell am einzelnen Kind/Jugendlichen festzumachen (vgl. Sarimski/Steinhausen 2008).

Wichtig ist, dass nicht alle mehrfachbehinderte, blinde und sehbehinderte Kinder und Jugendliche, die psychosoziale Störungen entwickeln, einer psychiatrischen Behandlung bedürfen. Jedes Kind / jeder Jugendliche, hat seine individuellen Entwicklungsmerkmale und Hilfebedürfnisse, an denen der besondere Förder- und Hilfebedarf ansetzt und ausreichend sein kann.

3. Diagnostik

Die Diagnostik braucht die Erhebung aller wichtigen Informationen zur Klärung der Fragen: wie z.B.: Welche Probleme liegen vor, in welchen Situationen treten diese auf - in welchen nicht, welche Fähigkeiten und Möglichkeiten hat das Kind/der Jugendliche zur Bewältigung dieser Situationen und welche Bedeutung hat das Verhalten. (Sarimski/Steinhausen 2008)

Daraus ergeben sich überlegte und geplante Interventionsstrategien die helfen, Probleme zu benennen, zu lösen und Entscheidungsprozesse in Gang zu bringen.

Die Diagnostik von Störungen bei den von uns betreuten Kindern/Jugendlichen ist gekennzeichnet durch methodische Probleme und Eigenheiten (z.B. „Overshadowing, d.h. psychiatrische Probleme werden fälschlicherweise dem aus der geistigen Behinderung resultierenden Verhalten zugeordnet oder umgekehrt), die für die Mediziner, die Psychiater und Psychologen immer wieder neue Herausforderungen mit sich bringen (Hennicke in Stahl/Irblich).

Unerlässlich für eine Diagnostik und eine gute Kenntnis der gesamten Situation, ist die Einbeziehung und Sensibilisierung der Mitarbeiter der Gruppen, der Klassen, der Therapeuten und der Angehörigen. Sie sind es, die zuerst mit „Störungen“ konfrontiert sind. Sie haben die große Verantwortung, körperlich bzw. psychosozial auffälliges Verhalten wahrzunehmen und stellvertretend zu schildern.

Ziel der allgemeinmedizinischen Diagnostik ist es, die geschilderten Beschwerden körperlich oder umweltbedingt einzuordnen/festzustellen/auszuschließen.

Aufgrund der daraus resultierenden Diagnose ergibt sich eine fachgerechte Therapie oder eine Überweisung zu einem der anderen ärztlichen Fachbereiche.

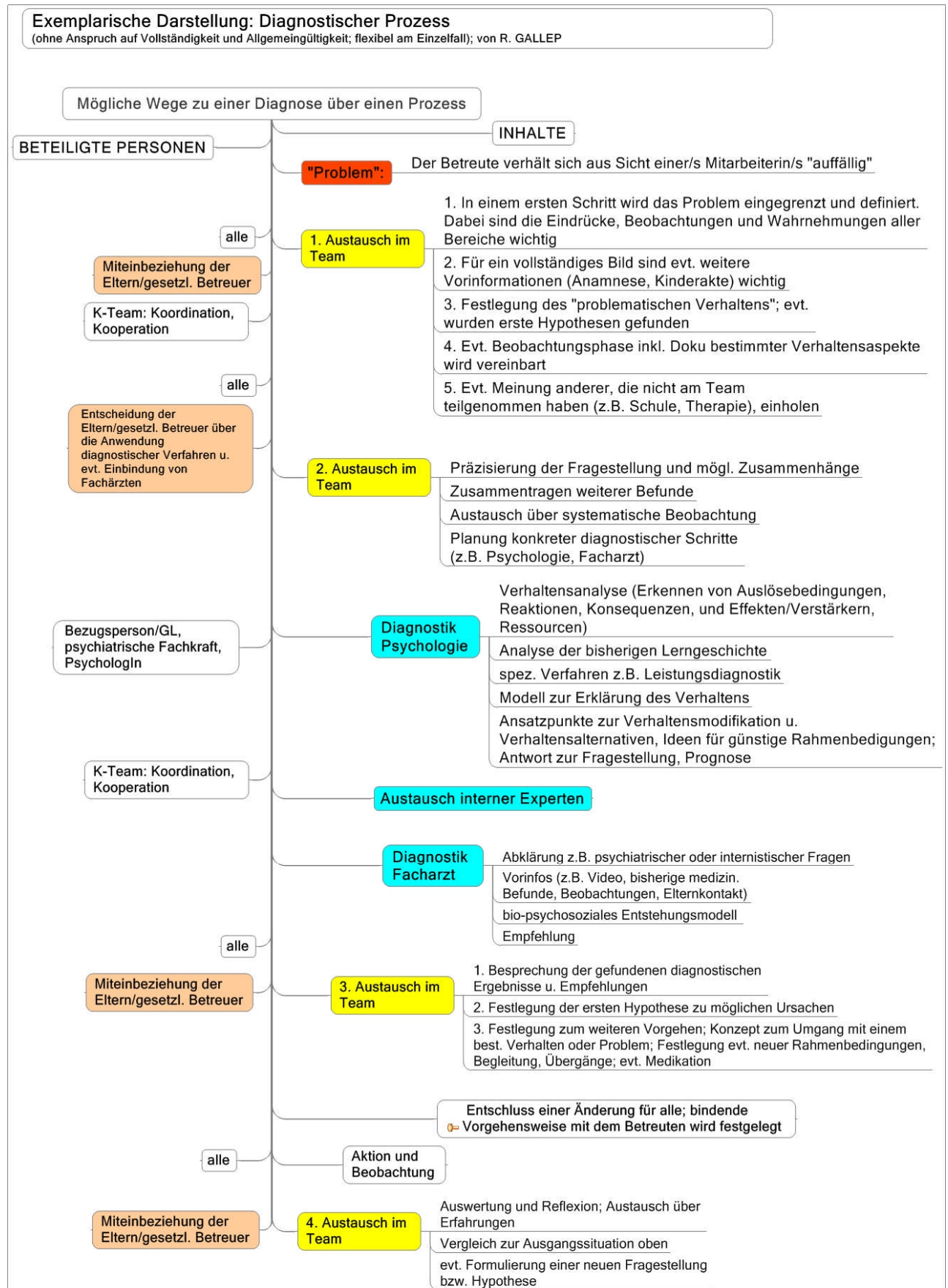
Eine psychiatrische Diagnose ist eine zusammenfassende Beschreibung eines persönlichen Leidenszustandes und eine wissenschaftlich begründete „Vermutung über die innere Welt eines Menschen“ und eine Möglichkeit, außergewöhnliche Denk- und Handlungsmuster verstehbar zu machen.

„Hauptziel der Diagnostik ist die Indikationsstellung und differenzierte Planung von psychologischen, psychosozialen oder medizinischen Interventionen zur Verminderung der psychischen Auffälligkeiten.“(Hennicke in Stahl/Irblich). Durch eine Diagnose kann die Komplexität auf eine überschaubare Größe reduziert und auf eine definierte Problemlage fokussiert werden, die eine vergleichsweise kleine Anzahl von Handlungsmöglichkeiten zeigt.

Psychologische Diagnostik versteht sich als ganzheitliche Betrachtung des Betreuten, seines aktuellen Verhaltens, seiner Lerngeschichte wie auch den ihn umgebenden Bedingungen. Diese Betrachtung ist ein Prozess, in dem Informationen **aller** Beteiligten (ein Spezifikum in der Betreuung unserer Kinder/Jugendlichen) miteinbezogen werden, um ein möglichst umfassendes Bild des Betreuten zu erstellen, ein Erklärungsmodell zu finden und damit Ansätze zur Veränderung aufzuzeigen. Diese Ansätze münden in den aktuellen sonderpädagogischen Förderbedarf, der pädagogische, psychologische, medizinisch-psychiatrische und therapeutische Vorgehensweisen miteinander verbindet.

Auf der nachfolgenden Seite ist exemplarisch dargestellt, wie ein diagnostischer Prozess unter Einbeziehung aller Beteiligten ablaufen könnte. Dies bedeutet nicht, dass bei jeder Fragestellung exakt in dieser Weise vorgegangen werden muss.

3.1 Exemplarische Darstellung



4. Pädagogisch-therapeutische Grundsätze

- > *Wir nehmen die Kinder und Jugendlichen an wie sie sind, mit ihren Stärken und Schwächen*

Im Mittelpunkt steht die Frage „Was braucht der Betreute“ und bringt so die Forderung nach einer ganzheitlichen Sichtweise mit sich. Verdeutlicht wird dieser ganzheitliche Anspruch durch die Zusammenarbeit der unterschiedlichen, sich ergänzenden Fachkräfte und Hilfen der Fachdisziplinen aus (Heil)Pädagogik, Therapie und Medizin. Dieser Grundsatz basiert auf dem Menschenbild der Blindeninstitutsstiftung (Leitbild) und spiegelt damit unsere Haltung gegenüber den Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten wieder.

- *Das subjektive Verstehen jedes Betreuten ist uns ein wichtiges Anliegen*

Wir gehen davon aus, dass das gezeigte Verhalten eine (aus Sicht des Betreuten) sinnhafte Möglichkeit zur Bewältigung von Herausforderungen und Aufgaben/Anforderungen ist. Es kann aber auch den Mangelzustand im psychischen und/oder physischen Bereich und/oder eines Grundbedürfnisses verdeutlichen. Es gilt herauszufinden, wie unsere Betreuten ihre Umwelt erleben und welches Spektrum an Möglichkeiten sie sich im Laufe ihres Lebens angeeignet haben.

Was kann zum „Verstehen“ beitragen?

Z.B. Beobachtung, Auseinandersetzung mit der Biographie des Betreuten, den Kontakt zum Betreuten halten, Dokumentationen aller Art, Übergaben, Teambesprechungen, Berichte bzw. Individualpläne, Zeugnisse, Multi-Interdisziplinäres Zusammenarbeiten und Reflexionsmöglichkeiten.

- > *Wir gewährleisten für jeden Betreuten ein Bindungsnetz („nicht nur erziehen, sondern auch beziehen“)*

Neben dem „Verstehen“ gilt es ebenso herauszufinden, welche Beziehungsmöglichkeiten ein Kind bzw. Jugendlicher hat und wie man diese im Alltag gestalten kann.

Im Gegensatz zur familiären Beziehung befinden sich unsere Betreuten innerhalb der Einrichtung in einem Beziehungsnetz, mit vielen verschiedenen Bezugspersonen. Zudem ist die Beziehung zu den Mitarbeitern immer zeitlich und emotional begrenzt. Umso wichtiger ist es, dieses Beziehungsnetz verbindlich und mit verlässlichen Rahmenbedingungen zu gestalten, damit eine sichere Beziehung/Bindung möglich ist und diese zur Entwicklung des Betreuten beitragen kann. So kommt es aber immer auf den einzelnen Betreuten an, ob ein Beziehungsangebot angenommen werden möchte oder nicht, d.h. Teilhabe ermöglichen, aber auch Rückzugsmöglichkeiten bieten.

- > *Entwicklungen sind für uns das Ergebnis von Dialog und Interaktion (bzw. Wechselseitigkeit)*

Unter Berücksichtigung der bereits beschriebenen Handlungsgrundsätze ist ein weiteres wichtiges Kriterium, den Dialog mit den Betreuten zu suchen. Der Mitarbeiter hat eine wichtige Funktion als Vorbild, welches eine klare und eindeutige Haltung vertritt. Zum einen wird dadurch dem Bewohner ein großes Maß an Sicherheit vermittelt, und somit für ihn gewährleistet. Zum anderen gibt eine Haltung, die durch Eindeutigkeit und Klarheit geprägt ist, die Möglichkeit, sich mit dieser auseinander zu setzen und im Rahmen individueller Möglichkeiten Selbstbestimmung zu erleben und einen eigenen Standpunkt zu finden. Nur wenn sich der Mitarbeiter auf Bedürfnisse und Signale des Betreuten einlässt und sich seine Vorbildfunktion immer wieder bewusst macht, kann ein Prozess der positiven Wechselseitigkeit und die Möglichkeit eines Dialoges entstehen. Auf dieser Basis können Entwicklungs- und Erziehungsprozesse aktiv gestaltet werden.

- > *Ein reflektierter und überlegter Umgang für den Einsatz von pädagogischen, therapeutischen und medizinischen Maßnahmen ist uns wichtig*

Es ist uns ein Anliegen, sich mit (heil)pädagogischen, therapeutischen und medizinischen Möglichkeiten auseinander zu setzen und sich an aktuellen Diskussionen zu beteiligen. Angebote und Interventionen werden nur dann in Betracht gezogen und durchgeführt, wenn sie mit dem zugrunde liegenden Menschenbild, den Grundsätzen und den Konzepten vereinbar sind.

Es ist wichtig für unsere Betreuten, Rückzugsmöglichkeiten zu schaffen, aber auch das Bewusstsein zu haben, dass es notwendig sein kann, isolierende Maßnahmen einzusetzen, um einen Bewohner vor sich selbst, sowie seine Mitbewohner vor ihm zu schützen und allen beteiligten Personen Sicherheit zu vermitteln. Es ist das breite Spektrum des „Time-outs“ zu beachten, nämlich von ins Zimmer schicken bis zum richterlich genehmigten Time-out-Raum. Aus diesem Grund verlangt der Umgang mit isolierenden Maßnahmen eine besondere Achtsamkeit.

Gleiche Sorgfalt gilt für die Verabreichung von Psychopharmaka.

- > *Prinzip der ständigen Verbesserung*

(Heil)pädagogisch und therapeutisch wertvolles Arbeiten kann nur gelingen, wenn die Haltung der Mitarbeiter, aber auch die Rahmenbedingungen stimmen. Dies setzt voraus, dass die Mitarbeiter in ihren Handlungsfeldern die eigene Arbeit überprüfen und reflektieren, um so feststellen zu können, welcher Bedarf und welche Bedürfnisse daraus resultieren. So kann multidisziplinäres Zusammenarbeiten entstehen, wachsen und sich zur interdisziplinären Zusammenarbeit weiterentwickeln.

5. Methoden

Methoden für den Umgang mit Kindern/Jugendlichen mit psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten ergeben sich als Konsequenz aus der allumfassenden „Diagnostik“.

In diesem Teil des Leitfadens möchten wir uns Methoden annähern, die sich in zwei Gruppen unterteilen lassen. Wir erachten eine Unterscheidung zwischen den pädagogischen Handlungsmöglichkeiten, den sog. bedürfnisorientierten Maßnahmen, und den von außen gesteuerten Maßnahmen, die dann zur Anwendung kommen, wenn andere nicht greifen, für sinnvoll (vgl. Seifert, 1995).

5.1. Bedürfnisorientierte Methoden/Maßnahmen

Dies sind Maßnahmen, die sich an den Bedürfnissen der Bewohner orientieren und sich auf ein individuelles/personenzentriertes Eingehen auf einzelne Bewohner beziehen.

Es geht hier um eine effektive Pädagogik im Rahmen der Alltagsarbeit, um erstens im Sinne der Prävention Ressourcen aufzubauen und die sozialen Handlungskompetenzen (z.B. Kommunikation! Selbständigkeit!) zu stärken und zu verbessern, und um zweitens so den Abbau von psychosozialen Problemen zu fördern.

Bei bedürfnisorientierten Maßnahmen geht es darum, Situationen zu analysieren und wenn möglich eine Lösung zu finden; z.B. kann ein Grundbedürfnis befriedigend ausgefüllt werden, vermittelt es ein Gefühl der Sicherheit in der Situation und ermöglicht die Kontrolle über diese.

Einige Kinder/Jugendliche sind aufgrund Ihrer Behinderung z.B. auf eine verstärkte Strukturierung angewiesen. Dieses „Plus“ an Klarheit kann unter anderem durch Sprache, Reizminderung und Ritualisierung erreicht werden. Unsere Bewohner brauchen ein Verständnis Ihrer Welt, um sich in ihr zurechtzufinden.

Dazu sind Strukturen in den Bereichen Zeit, Räumlichkeit, Handlungen und Abläufe erforderlich, denn äußere Strukturen beeinflussen innere Strukturen. Strukturierung heißt, Klarheit schaffen durch das Festlegen von Freiräumen und Einschränkungen.

Je nach Ausmaß der Fähigkeiten des einzelnen Betreuten, seine Umwelt zu verstehen, desto persönlicher ist das Maß an Strukturierungshilfen. Strukturierung kann die individuelle Entwicklung unterstützen, da die Umwelt für alle Beteiligten vorhersagbarer und berechenbarer wird. Als Hilfsmittel bieten sich der TEACCH – Ansatz, Tages- und Wochenpläne an (z.B. was macht wer, wann, wie, wo, wie lange und was kommt danach?).

Möglicherweise ist es notwendig, Strukturen zu vereinfachen. Ritualisierung von Abläufen und Handlungen schafft Vorhersehbarkeit und kann somit Angst und Widerstände reduzieren, z.B. gezielter Wechsel von Aktivität und Pause, Lernstrategien (von links nach rechts arbeiten – fertig). Die individuelle Art von Spannungsabbau und Ausgleich sind zu berücksichtigen. Gegebenenfalls müssen die Anforderungen reduziert werden. Was tut dem Betreuten gut? Was braucht er?

Aufgrund leichter Ablenkbarkeit und eingeschränkter bzw. fehlender Filtermöglichkeiten der Kinder und Jugendlichen ist es wichtig, auf eine reizreduzierte Umgebung zu achten, Reize zu lenken, um so die Wahrnehmung der Kinder/Jugendlichen zu begrenzen. Zu viele Reize können zu einer Überforderung führen. Methoden können z.B. sein:

- „Bitte Ruhe“ Schilder, genaue Absprachen im Team (Wie laut ist es? Was passiert um einen herum?)
- Raumbeschaffenheit (Aspekte Raumgestaltung, Sicherheitsaspekte, z.B. können sich unsere Betreuten frei bewegen, ohne dass ihnen etwas passiert?)

Ein weiterer wichtiger Faktor zur Vorbeugung oder zur Verringerung von psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten/Störungen kann die soziale Unterstützung sein.

So kann man zwei Arten sozialer Unterstützung unterscheiden:

- > die strukturelle soziale Unterstützung bezieht sich auf das elementare soziale Netz einer Person (z.B. Anzahl der Freunde) und die
- > funktionale soziale Unterstützung, die sich auf die Qualität der Beziehungen bezieht (vgl. Davison et.al, 2002).

Das sollte für uns heißen, dass wir Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseren Betreuten ein verlässliches und von Wertschätzung geprägtes Beziehungsangebot mit Zuwendung und miteinander geteilter Aufmerksamkeit bieten, festgelegte Sozial- u. Einzelstunden ermöglichen und die Kinder/Jugendlichen bei ihren Interessen begleiten, erwünschtes Verhalten bemerken, loben und positiv verstärken. Professionalität heißt auch, aus dem Kontakt zu treten, wenn man dies momentan nicht bieten kann.

Eine weitere Methode im Umgang mit schwierigen Verhalten ist die Deeskalation. Durch eine wache Achtsamkeit, eine gezielte Beobachtung des Verhaltens und ein frühzeitiges Wahrnehmen der Signale des Betreuten, kann möglicherweise passend darauf reagiert und eine Eskalation verhindert werden. Ein ebenso wichtiger personenzentrierter individueller Aspekt ist, dass der Betreute jederzeit die Möglichkeit hat sich zurückzuziehen (z.B. eigenes Zimmer, bestimmter Teil eines Raumes o. ä.).

Des Weiteren kann z.B. folgendes hilfreich sein:

- gezielte Pausen anbieten,
- individuelle Möglichkeiten anbieten, um zur Ruhe/zur Entspannung zu kommen,
- Raum und Zeit zum Spannungsabbau ermöglichen (z.B. Bewegungsspiele aller Art, Laufen),
- Anforderung anpassen, Förderansatz hinterfragen und überprüfen, Betreuten in seiner aktuellen Situation begleiten,
- Möglichkeiten schaffen, um entstandene Aggressionen im gesicherten/geschützten Rahmen auf die eigene Weise auszudrücken zu lassen bzw. auf akzeptable Verhaltensweisen umzulenken.
- Um akzeptable Verhaltensweisen zu erreichen, muss die Ursache und Wirkung der Handlung des Kindes/Jugendlichen reflektiert werden, damit klar ist, was der Betreute mit diesem unerwünschten Verhalten bewirken will. Zu fragen ist z.B.:
Was hat das Verhalten des Betreuten diesem bisher gebracht?
In welcher Art und Weise könnte er es noch anders ausdrücken?
Welche Hilfestellung braucht er?

5.2 Methoden für eine Steuerung von außen, Ein- bzw. Auswirkungen von außen, Veränderung der Rahmenbedingungen

Bei diesen Methoden (freiheitseinschränkenden/-entziehenden Maßnahmen) ist ein wohlüberlegter Einsatz unabdingbar. Es muss klar geregelt sein, wie lange die Maßnahme dauert (=Dauer) und „welches Ereignis“ bzw. welches Verhalten zu dieser Maßnahme führt (= wann erfolgt...). Zudem ist der Einsatz dieser Maßnahmen nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich und erfordert eine genaue Dokumentation.

Voraussetzungen sind:

- Indikation
- gerichtliche Genehmigung/schriftliches Einverständnis der Eltern, aber auch:
- ständige Reflexion über Sinn und Wirkung der Methode/Maßnahme im Team
- Interdisziplinärer Austausch

Die Maßnahme des „Entfernens/Herausnehmens“ aus der Situation kann sowohl bedürfnisorientierte als auch Aspekte der Steuerung von außen enthalten. Zur Steuerung von außen wird diese Maßnahme dann, wenn diese als Konsequenz eingesetzt wird. Der Betreute kann die Dauer des Aufenthalts im eigenen Zimmer (Rückzugsraum) oder in einem extra Raum (Time-Out-Raum) nicht frei wählen. Grundsätzlich gilt für Time-out-Maßnahmen, dass sie für jeden Betreuten individuell zu gestalten sind, dass diese Maßnahmen begleitet und dokumentiert werden müssen.

5.2.1 Auszeit

Auszeit = „Stopp“ für die aktuelle Situation; Grenzen werden aufgezeigt; für den Betreuten wird so die aktuelle Situation unterbrochen, die er selber nicht unterbrechen kann; der Betreute hat die Möglichkeit, zur Ruhe zu kommen; -> kann im eigenen Zimmer oder einem sonst geeignetem Raum/Platz stattfinden.

5.2.2 Time-out

Time-out-Raum = bietet verminderte Verletzungsgefahr (hat keine Möbel, evtl. eine Matratze), reizarm gestaltet, leicht zu reinigen, abschließbar, Beobachtungsmöglichkeit ist gegeben, z.B. durch Türspion, über Kamera.

5.2.3 Hilfsmittel

Für einen Einsatz von Hilfsmitteln, wie z.B. Helm und Schienen, gilt in diesem Sinne das gleiche, d.h. es geht immer um einen wohlüberlegten reflektierten und gut dokumentierten Einsatz, wenn sie gegen den Willen des Betreuten eingesetzt werden, auch wenn die Maßnahme dem Selbstschutz oder dem Schutz anderer dient.

Darunter fallen auch die Methoden des sichernden Eingreifens und der Selbstschutztechniken. Für das Erlernen dieser Techniken werden spezielle Techniken angeboten (siehe Ressourcen).

5.3 Psychiatrische Maßnahmen

(Verabreichung von Psychopharmaka und die Einweisung in die Psychiatrie)

5.3.1 Psychopharmaka

Psychopharmaka ist eine Sammelbezeichnung für chemische/synthetische oder natürliche Arzneimittel oder Substanzen. Diese können die Aktivität des Zentralnervensystems und die psychischen Funktionen wie Stimmungen, Emotionen, Wahrnehmung und Antrieb (Stimmungsveränderungen, innere Anspannungen, Ängste, Zwänge, tiefgreifende emotionale Erregung oder reduzierter/übermäßiger Antrieb) beeinflussen oder verändern. Sie können diese oftmals quälenden und beeinträchtigenden Erlebnis- und Verhaltensweisen abmildern oder evtl. auch beseitigen.

Psychopharmakatherapie sollte nicht immer das Mittel der ersten Wahl zur Beeinflussung von Verhaltensauffälligkeiten, psychosozialen Störungen sein. Richtig angewandt können sie aber eine wichtige und unter Umständen auch eine unverzichtbare Behandlungsmodalität darstellen.

Grundsätzlich gilt für eine Pharmakotherapie:

- Psychopharmakotherapie sollte erst dann zum Einsatz kommen, wenn eine umfassende (heil)pädagogisch-psychologische und psychiatrische Diagnostik durchgeführt wurde (Indikation!).
- wenn alternative Interventionen allein nicht ausreichen bzw. bereits in ihrem Spektrum nicht ausreichend wirksam waren. =„Was ist durch andere Maßnahmen, mit zumutbarem Aufwand für Klient, andere und Betreuungspersonal erreichbar, was nicht?“
- Ziel ist, dass Psychopharmakotherapie möglichst eine spezielle psychiatrische Behandlungsmethode sein sollte, die von Fachärzten der Psychiatrie verantwortet und durchgeführt wird. Dabei beziehen wir Wünsche von Eltern und Experten vertrauensvoll mit ein und informieren gegebenenfalls über vorhandene hausinterne Möglichkeiten (z.B. psychiatrischer „Mobiler Dienst“ der Heckscher-Klinik). Wichtig ist eine Berücksichtigung von Besonderheiten in der Medikationsverträglichkeit, da im Einzelfall die genaue Wirkung nicht vorhersagbar sein kann (z.B. herabgesetzte Krampfschwelle)
- Psychopharmakotherapie muss in einem multiprofessionellen Gesamtplan integriert sein.
- Dokumentation aller Veränderungen, wie auch der Nebenwirkungen, um so eine permanente Überprüfung des konkreten Wirkung – Nebenwirkung - Verhältnisses zu haben.
- Vereinbarung einer genau definierten Bedarfsmedikation für genau definierte (Vor-)Krisensituationen. Hierbei muss die individuelle Form der Medikamentengabe explizit im Team erarbeitet werden (z.B. was ist zu tun, wenn der Betreute die Medikamente verweigert).
- Wichtig ist die Kooperation und ein regelmäßiger Austausch mit dem/n behandelnden Arzt/Ärzten

5.3.2 Die geplante stationäre Klinikeinweisung

- Abklärung von Diagnose(n),
- zur kontrollierten Überwachung von neuverordneter bzw. veränderter Medikation
- Überprüfbarkeit und/oder Transfer von pädagogischen Konzepten und/oder Therapieangeboten

5.3.3 Die Akutversorgung

Die Grenze der Betreubarkeit und der wohl letzte Ausweg aus einer Krise ist die Einweisung in die Psychiatrie, die in manchen Fällen sicher nicht zu vermeiden ist. Siehe Punkt 8.2 Stufenplan, 8.3 Krisenmanagement (Dennoch ist es wichtig, die Einweisung kritisch zu hinterfragen und zu reflektieren).

Ziel nach einem Klinikaufenthalt ist die Reintegration in unsere Einrichtung.

6. Anforderungen grundsätzlicher Art an

6.1 Jede einzelne Mitarbeiterin / jeder einzelne Mitarbeiter

Wie in den vorangehenden Kapiteln beschrieben, stellen uns unsere Kinder/Jugendliche mit herausforderndem Verhalten bzw. psychosozialen

Auffälligkeiten vor andere Anforderungen im Rahmen ihrer Betreuung, die sonst nicht in dieser Komplexität und Intensität in der Alltagsarbeit verlangt werden. Grundsätzlich ist uns ein angemessener, professioneller und wertschätzender Umgang mit unseren Betreuten, aber auch im Kollegium untereinander, wichtig. Dies schließt einen vertrauensvollen Umgang mit Informationen jeglicher Art mit ein. Des Weiteren erfordert die Arbeit mit den Kindern/Jugendlichen, die auffällige Formen des Erlebens und Verhaltens zeigen, eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine gute Kooperation mit der Leitungsebene, ebenso spezifische/individuelle Rahmenbedingungen für die jeweiligen Bereiche wie HPT – 5-Tage-Internat – Ganzjahreswohnen – Schule – Therapie, eine spezielle fachliche und auch eine persönliche Eignung. Mit der Schule und der Therapie muss eine enge Zusammenarbeit bestehen. Hier müssen gemeinsam Strukturen geschaffen und ein ausgeglichener Tagesablauf geplant und durchgeführt werden.

So erscheint es uns sinnvoll, folgende Punkte in Erinnerung zu rufen, um sich den fachlichen, heil-/pädagogischen, psychischen und physischen Anforderungen zu stellen, und diese in der täglichen Arbeit, in jedem Bereich, umzusetzen.

Dies wäre z.B.:

- die Erwartung an alle Kollegen, sich bewusst zu machen, dass herausfordernde Verhaltensweisen bzw. psychosoziale Auffälligkeiten in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung Teil ihrer Individualität sind. Dies kann z.B. stattfinden im Vorfeld bei Bewerbungsgesprächen, während der Einarbeitung oder im Rahmen von Erwartungsgesprächen.
- die Erwartung an die Kollegen, sich themenspezifisch und arbeitsfeldbezogen fort- und weiter zu bilden.
- eigenverantwortlich für einen Belastungsausgleich zu sorgen.
- sich zeitlich gut zu organisieren und zu strukturieren (Zeit- und Freizeitmanagement), um einer evtl. drohende Überlastung entgegenzuwirken, bzw. diese zu minimieren.
- sich professionell einzulassen und abzugrenzen, um bewusst mit seinen persönlichen und beruflichen Ansprüchen umzugehen.

- sich seiner eigenen Lerngeschichte bewusst zu werden bzw. bewusst zu sein (z.B. Erfahrungen mit Gewalt, wie geht jeder individuell damit um). Sich zu hinterfragen, was bestimmte Themen mit einem machen. So können z.B. angebotene Ressourcen (siehe Punkt 8.1 Mögliche Ressourcen) vom Haus – oder andere – wahr- und in Anspruch genommen werden.
- ein Anforderungsprofil für unsere Betreuten zu erstellen bzw. zu überprüfen; den Förderanspruch individuell an die Situation der Kinder/Jugendlichen anzupassen, aber auch ein umfassendes Handlungskonzept zu erstellen und eine verbindliche Umsetzung zu sichern, inklusive Stufenplan (Frühwarnsystem) und Krisenplan (z.B. für das Wochenende, für die Ferien, unterschiedliche Strukturen von HPT – 5-Tage-Internat – Ganzjahreswohnen sind zu beachten).
- auf die Wahrung der Bedürfnisse aller Gruppenmitglieder, z.B. dem Gefühl nach Geborgenheit und Sicherheit (z.B. durch verlässliche Strukturen) zu achten und den Fokus auch wieder auf alle Gruppenmitglieder zu richten, um so die Autonomie des Einzelnen in der Gruppe (wieder) zu ermöglichen.
- die Bereitschaft, an Maßnahmen zur Unterstützung zur Teamentwicklung, Teamförderung und Teamstärkung teilzunehmen, (z.B. spezielle Formen der Teambesprechung, externe Supervision, Coaching, regelmäßiger Austausch aller Beteiligten mit Anwesenheitspflicht der Fachkräfte) um auch:
 - die Fähigkeit der Selbstreflexion und Kritikfähigkeit zu stärken
 - die Belastbarkeit im Umgang mit unserer Zielgruppe und die Bereitschaft das eigene Handeln zu reflektieren
 - persönliche Grenzen und Grenzen der Betreubarkeit (z.B. in Krisen) zu erkennen und thematisieren zu können
 - die Stabilität des Teams durch regelmäßigen und offenen gemeinsamen Austausch sichern zu können
 - formulieren zu können, „was brauchen wir um...“, z.B. Schutzmaßnahmen für Betreuer und Betreute umsetzen zu können
 - wieder die Stärken und die Möglichkeiten des Betreuten zu erkennen und die professionelle und wertschätzenden Haltung wieder zu erlangen oder zu bewahren.

6.2. Das Team

6.2.1 Das Team - Ganzjahreswohnen

Ergänzend zu den Voraussetzungen an den einzelnen Mitarbeiter bedarf es im Team des Ganzjahreswohnen weiterer Maßnahmen, um eine optimale Zusammenarbeit zu sichern.

Das Team des GJW setzt sich in der Regel aus einer Vielzahl von Mitarbeitern zusammen, was genaue Absprachen und einen sicheren Informationsfluss erforderlich macht.

In der Alltagsarbeit wird für jeden Bewohner eine zuständige Bezugsperson festgelegt, die als Koordinator/Ansprechpartner für den jeweiligen Betreuten

fungiert. Sie stellt den engen Austausch mit den Eltern/gesetzlichen Betreuern des jeweiligen Betreuten sicher und koordiniert ggf. Arzttermine, interdisziplinäre Gespräche etc.

Das Team erstellt gemeinsam ein umfassendes Handlungskonzept und sichert die verbindliche Umsetzung incl. Notfallplan und Frühwarnsystem. Ferner achtet es auf die Wahrung der Bedürfnisse aller Gruppenbewohner.

Um eine optimale Betreuung zu gewährleisten ist die Bereitschaft im Team erforderlich, Maßnahmen zur Teamentwicklung und Teamförderung konstruktiv wahrzunehmen, die Stabilität des Teams durch regelmäßigen und offenen gemeinsamen Austausch zu sichern und ein hohes Maß an Flexibilität in der Dienstplangestaltung mitzubringen.

Zudem erfolgt die deutliche Abgrenzung zur Sicherung des bewussten Umgangs mit persönlichen und beruflichen Ansprüchen.

Eine konstante Begleitung durch Fachdienste (interne und externe) ist sicher zu stellen.

6.2.2 Das Team - 5-Tage-Internat

Im 5-Tage-Internat sind die Übergaben mit dem Nachtdienst, der Schule, den Eltern und den Kollegen des 5-Tage-Internats sehr wichtig, um zu wissen, wie es den Betreuten aktuell geht, um darüber einschätzen zu können wie wir mit den Betreuten umgehen sollten. Dabei ist die Übergabe mit den Eltern (über Elternheft oder Telefonate) von großer Bedeutung, um zu wissen, was am Wochenende geschehen ist und wir wissen, wie wir die Woche beginnen. Dafür ist Zeit notwendig, die ausreichend vorhanden sein muss. Es muss möglich sein, die Übergabezeit auszudehnen, um eine Reflexion des Geschehenen zu gewährleisten und Maßnahmen zu entwickeln oder den Tagesablauf darauf abzustimmen.

Die räumlichen Möglichkeiten sollten genau geprüft werden, da es oft notwendig sein kann, Betreute in eine „Auszeit“ zu schicken (siehe Punkt 5.2.1). Eine konstante Begleitung durch Fachdienste (interne und externe) ist sicher zu stellen.

6.2.3 Das Team – Heilpädagogische Tagesstätte

In der Heilpädagogischen Tagesstätte ist am Nachmittag in der Regel eine Fachkraft als Gruppenleitung angestellt. In Gruppen, in denen Klienten mit psychiatrischen Auffälligkeiten betreut werden, braucht es unbedingt eine zweite Fachkraft, um hier Entlastung, gerade im Bereich der Aufsichtspflicht, zu schaffen. Die Gruppe kann am Nachmittag ihre Freizeit flexibler gestalten und so auch den anderen Heilpädagogischen Tagesstättenbesuchern gerecht werden.

Im Gegensatz zum 5-Tage-Internat oder Ganzjahreswohnen steht dem Klientel in der Heilpädagogischen Tagesstätte kein eigenes Zimmer zur Verfügung. Aufgrund dieser besonderen Raumsituation muss sich das Team der HPT gemeinsam mit der Schule spezielle Überlegungen über reizarme Rückzugsmöglichkeiten im Gruppen- und Schulzimmer machen. Mit einzelnen Sesseln, Stoffen oder Raumteilern können hier Möglichkeiten geschaffen werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Übergabe zwischen Schule und Heilpädagogischer Tagesstätte. Kurz vor der Mittagszeit muss hier Raum für einen kurzen präzisen Austausch eingeräumt werden. Lehrerinnen und Lehrer und Schulkinderpflegerinnen und Schulkinderpfleger informieren über das Befinden der Schülerinnen und Schüler und geben wichtige Informationen an Fachkräfte der HPT weiter. Falls nötig muss hier flexibel die Planungen für den weiteren Nachmittag verändert werden. Zusätzlich sollte zwischen Heilpädagogischer Tagesstätte, Schule und Therapie einmal wöchentlich zu einer festen Zeit ein regelmäßiger Austausch stattfinden. Bereits zu Beginn eines jeden Schuljahres sollten sowohl die täglichen, als auch die wöchentlichen Übergabezeiten zu festen Zeiten vereinbart werden.

Ebenso dokumentieren alle Beteiligten u.a. Befindlichkeiten des Betreuten, Verhaltensbeobachtungen, feste medikamentöse Veränderungen, Bedarfsmedikation oder Time-out-Situationen im Dokumentationssystem. Für die Diagnostik und weitere ärztliche Behandlung stellt dies mit eine wichtige Grundlage dar.

Die Heilpädagogische Tagesstätte, Schule und Therapie muss gut in das interdisziplinäre Netzwerk von Psychologen und Ärzten eingebettet sein, um hier flexibel Unterstützung und Rückhalt zu bekommen. Zeiten für Austausch und Besprechungen müssen eingeräumt werden.

Auch die Elternarbeit bekommt einen anderen Stellenwert, da viele medizinische Maßnahmen (z.B. Medikamentenumstellung) über die Eltern laufen. Es ist wichtig, die psychische Belastung, die die Eltern tragen, wahrzunehmen, Gesprächsmöglichkeiten, bzw. geeignete Anlaufstellen für weitere Unterstützung anzubieten. Die betreuenden Psychologen müssen gerade im Punkt der Elternarbeit eng mit dem HPT-Team zusammenarbeiten.

6.3 Die interdisziplinäre Zusammenarbeit

Interdisziplinarität ist die Nutzung von Ansätzen, Denkweisen und Methoden der verschiedenen Fachrichtungen. Sie bedingt das Zusammenführen verschiedener Teilaspekte. Ein Nebeneinander oder nur der Austausch von Ergebnissen reicht für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht aus.

(vgl. Wikipedia <http://de.wikipedia.org/wiki/Interdisziplinarit%C3%A4t>)

Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Auffälligkeiten setzt ein dialogisches Miteinander, eine gleichberechtigte Auseinandersetzung der verschiedenen, an der Betreuung unserer Bewohner beteiligten Fachdisziplinen und Angehörigen voraus.

6.3.1 Leitung

- Leitung, vertreten durch Institutsleitung, Schulleitung, Therapieleitung, sichert die Rahmenbedingungen für einen adäquaten und professionellen Umgang mit problematischen Verhaltensformen von Betreuten, sowie den allgemeinen Rahmen eines Arbeitsplatzes (Sicherheit, Unversehrtheit und gegenseitiges Vertrauen). Der Schutz aller Betreuten und Betreuer muss an erster Stelle stehen. Das Thema Verhaltensbesonderheiten, speziell Aggressionen, muss ausreichend Aufmerksamkeit erfahren.
- Dies beinhaltet zunächst die Bereitstellung von Ressourcen (z.B. extra Besprechungszeit, evt. Personalmehrbedarf, ggf. Ausstattung eines Time-out-Raumes), aber auch die Möglichkeit zur Teilnahme an Fortbildungen oder Kursen zu Körperschutztechniken (8.1 Mögliche Ressourcen). Die Inhalte dieses Leitfadens stellen eine Verbindlichkeit gegenüber allen Beteiligten dar.

6.3.2 K-Team (Team für Kooperation, Krise, Koordination)

- Ein K-Team besteht aus der für eine/n Betreute/n zugehörigen Bereichsleitung, der Sonderschullehrerin/dem Sonderschullehrer und der Psychologin/dem Psychologen. Allen Mitgliedern eines K-Teams kommt die zentrale Rolle der gemeinsamen inhaltlichen und organisatorischen Koordination im Umgang mit Betreuten der Zielgruppe zu, negative Entwicklungen vorzubauen, Übergänge z.B. Vor- und Nachmittag sicherzustellen und ggf. Maßnahmen vorzuschlagen. Hierbei steht es dem K-Team frei, auch andere Expertinnen und Experten (z.B. psychiatrische Fachkraft, Experten zum Thema Autismus usw.) zu Rate zu ziehen.
- Ein K-Team findet mindestens jährlich 2 Mal statt. Protokolle werden an Gruppen, K-Team Mitglieder und Institutsleitung versandt.
- Dafür ist es wichtig, dass sich alle Mitglieder eines K-Teams von sich aus regelmäßig und zeitnah über den aktuellen Stand und evt. Vorkommnisse informieren und auch von Kolleginnen und Kollegen informiert werden. Alle K-Team Mitglieder gewährleisten einen abteilungsinternen Informationsfluss (z.B. Psychologin/Psychologe an Therapieleitung und Therapeutin/Therapeut, Sonderschullehrerin/Sonderschullehrer an Schulleitung und Heilpädagogin/Heilpädagoge, Bereichsleitung an Institutsleitung, Gruppenleitungen und Nachtwachen).
- Die K-Team Mitglieder stärken über klare Rückmeldungen die vereinbarten Vorgehensweisen und sichern den rechtlichen Rahmen (z.B. enger Kontakt mit Eltern/Sorgeberechtigten/gesetzlichen Betreuern und Absicherung, z.B. von freiheitsentziehenden Maßnahmen).
- Das K-Team stellt auch den Krisenplan (z.B. Ablauf für eine stationäre Aufnahme) sicher. Umgesetzt wird dies über die verantwortliche GL, Psychologin/den Psychologen und die Psychiatriefachkraft.

6.3.3 Aufnahmegremium/Gruppen- und Klassenbildung/ Rufbereitschaft

- Die Bereichsleitung informiert zeitnah ebenfalls andere Bereichsleitungen, die alle relevanten Informationen aufgrund der Rufbereitschaftstätigkeit benötigen.

- Trotz aller Bemühungen kann die Grenze der Betreubarkeit erreicht werden. Hierzu ist es erforderlich, dass Leitung und Aufnahmegremium stetig über besondere Situationen/Vorfälle und geplante Maßnahmen informiert werden.
- Das Aufnahmegremium berücksichtigt im Falle einer Aufnahme die institutionellen Möglichkeiten, sowie allgemein erforderliche begünstigende Rahmenbedingungen. Das zuständige K-Team beurteilt die jeweilige Gruppen- und Klassenkonstellationen sowie Belastbarkeit von Teams. Ggf. klärt es weitere, zusätzlich erforderliche Mehrbedarfe (z.B. Vorbereitung/Vorarbeiten –Fortbildung - Räumlichkeiten). Bei der Auswahl einer geeigneten Gruppe werden alle Grenzen und Möglichkeiten bedacht, um den unterschiedlichen Bedürfnissen bereits Betreuer und der Zielgruppe gerecht zu werden.

6.3.4 Rolle der Gruppenleitung

- Die Gruppenleitung z.B. im GJW stellt innerhalb des Teams einen Informationsfluss sicher. Die Wahrnehmungen aller Kolleginnen und Kollegen werden ernst genommen. Von besonderer Bedeutung sind folgende Themen: Teamatmosphäre, Teamentlastung, Zusammenarbeit, Belastungsausgleich, Psychohygiene, evt. Traumatisierung und evt. Überforderung von Kolleginnen und Kollegen. Hierbei steht die GL in engem Austausch mit BL und Psychologin/Psychologen.
- Zusätzlich wird die GL zeitnah von allen Fachkräften über evt. Vorkommnisse informiert

6.3.5 Schule

Die Schule (Schulleitung, verantwortliche Sonderschullehrer und Heilpädagogen im Überbegriff als Lehrer bezeichnet) muss bereits bei den Klassenplanungen die Schüler mit psychiatrischen Erkrankungen/psychosozialen Auffälligkeiten in besonderem Maß berücksichtigen.

Bei den Überlegungen zur Personalzuteilung (Lehrerinnen und Lehrer, Kinderpflegerinnen und Kinderpfleger und Sonstige) für diese Klassen muss das Anforderungsprofil und somit die besondere Eignung der Pädagogen Berücksichtigung finden.

Die zuständigen Lehrer müssen sich Grundwissen über die vorliegende Erkrankung aneignen. Dies geschieht in Eigenstudium, im interdisziplinären Austausch und in notwendigen Spezialfortbildungen.

Sind mehrere Lehrer in diesen Klassen tätig, muss ein Kollege für die Koordination benannt werden, insbesondere mit dem Wissen, dass jederzeit Krisensituationen auftreten können. Er ist somit für die Zusammenarbeit mit allen Schnittstellen verantwortlich.

In Krisensituationen ist ein hohes Maß an Flexibilität unabdingbar.

Dies kann zur Folge haben, dass Unterrichtspläne und Klassenabläufe kurzfristig auf die Bedürfnisse des betroffenen Schülers abgeändert werden können. Auch muss das Angebot von Einzelförderung über bestimmte Zeit möglich sein. In den Vertretungsplänen müssen diverse Überlegungen eingearbeitet und adäquate Möglichkeiten der Betreuung festgelegt werden. Unterstützende Maßnahmen

können auch die Teilbeschulung und/oder ein Integrationshelfer bzw. Schulbegleiter sein.

6.3.6 Psychologischer Fachdienst

Alle Psychologinnen und Psychologen erwerben im Studium Kenntnisse über psychiatrische Erkrankungen. Für die Arbeit mit unseren Betreuten muss dieses Wissen ergänzt und spezifiziert werden.

Kenntnisse über Verhaltensmodifikation, über Regulationsmöglichkeiten und Wissen über die Wirkungsweise von Medikamenten sind nötig.

Psychologinnen und Psychologen sind in diesem Konzept Teil des Ganzen, daher ist es notwendig, sich immer wieder einen Überblick über den Tages- und Wochenablauf zu verschaffen, das Ausmaß von Belastungssituationen für den Betreuten und die Mitarbeiter zu erfassen. Außerdem informieren sich Psychologinnen und Psychologen, Gruppen und Klassen zeitnah und fortlaufend über den aktuellen Stand (z.B. Vorfälle, Konflikte, Time-out-Maßnahmen).

Von großer Bedeutung ist die Suche nach Ressourcen und Verhaltensalternativen sowohl beim Betreuten als auch bei den Mitarbeitern. Hierzu stellt die Psychologie geeignete Maßnahmen zur Erfassung/Veränderung zur Verfügung. Ein wichtiger Unterstützungsansatz ist die Teamentwicklung, die Reflexion und die enge Zusammenarbeit mit dem ambulanzpsychiatrischen Dienst.

Die Analyseergebnisse diskutieren die Mitarbeiter gemeinsam und legen ein weiteres Vorgehen fest. Dabei gilt es, alle Informationen in die Entscheidung mit einzubeziehen.

An dieser Stelle möchten wir auf das Konzept der Psychologinnen/Psychologen der Blindeninstitutsstiftung München verweisen, zu finden im Intranet auf: Daten für Alle auf „msrv1“(V:)

>Konzepte

>Psychologienkonzept

6.3.7 Therapeutinnen und Therapeuten

Die Therapeutinnen und Therapeuten können in manchen Situationen durch ihre Position außerhalb einer Gruppenzugehörigkeit einen weiteren Blickwinkel auf ein Kind eröffnen.

Andererseits fehlen ihnen oft wichtige Einblicke in den Alltag des Kindes.

Daher ist hier sowohl von Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten als auch von Schule oder Gruppe ein fundierter Austausch über außergewöhnliche Vorkommnisse, Befindlichkeiten des Betreuten oder auch positives Verhalten gefragt.

Dieser Austausch soll zu Beginn und Ende einer Therapiestunde in wenigen Worten stattfinden, auch wenn ein Kind keine psychiatrischen Auffälligkeiten zeigt.

Sollten sich jedoch Auffälligkeiten bei den Betreuten abzeichnen, sind regelmäßige Sitzungen nötig, in denen sich Vertreter aller am Kind beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten und anderer Berufsgruppen austauschen und

das weitere Vorgehen abstimmen. Wirkt das Kind in seinem Verhalten wieder ausgeglichener, kann dieser feste Termin wieder aufgegeben werden.

In Phasen, in denen ein Kind psychiatrische Auffälligkeiten oder deren Vorzeichen zeigt, kann auch die emotionale Stabilisierung Vorrang vor einer therapeutischen Förderung bekommen.

Dabei kann es auch notwendig werden, Therapieansätze und Bedarf anzupassen, um dem Kind den Rahmen zu geben, einen individuellen Lebensrhythmus in seinen Alltag zu entwickeln.

6.3.8 Psychiaterinnen und Psychiater

Wie in Punkt 5. Methoden bereits beschrieben, kann bei zahlreichen psychosozialen Problemen der Einsatz von Medikamenten in Verbindung mit einer intensiven therapeutischen und heil/pädagogischen Begleitung in der Einrichtung Erfolge erzielen. Dies setzt eine optimale Vernetzung aller Beteiligten im Hilfesystem und eine enge Zusammenarbeit mit den Ärzten bzw. Psychiaterin und Psychiater voraus.

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass Einrichtungen der Behindertenhilfe (so auch das Blindeninstitut München) einerseits den aufsuchenden psychiatrischen Dienst der Heckscher-Klinik für Kinder/Jugendliche (Kinder- und Jugendpsychiatrie) nutzen können, andererseits die Ambulanz des Isar-Amper-Klinikums (ehemals „Haar“) für junge Erwachsene (ab 18 Jahre) in Anspruch nehmen können.

Um unseren Kindern/Jugendlichen mit herausfordernden Verhaltensweisen eine gute ambulante bzw. konsiliarische („Hausbesuch“) Versorgung zu gewährleisten, sind folgende Kriterien zu beachten:

1. Vorbereitung

Soll ein Kind bzw. Jugendlicher dem Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt werden, ist dieser auf unsere Beiträge angewiesen, die sich folgendermaßen gestalten können:

- Wichtig ist eine klare Fragestellung zu den problematischen Verhaltensweisen, die von Eltern bzw. anderen zuständigen Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern - vom Team - der Schule - der beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten und der/dem zuständigen Psychologin/Psychologen erarbeitet wurde. Voraussetzung ist die Einverständniserklärung der Eltern bzw. der gesetzlichen Betreuer.
- Hat der Psychiater Wünsche, d.h. z.B. Videosequenzen des Tages der Situationen, die Akte oder anderes?
- Auch vorab zu klären, wer der Ansprechpartner, z.B. für mögliche Rückfragen oder anderes, ist.

Sind diese Punkte geklärt, leitet der/die zuständige Psychologin/Psychologe das Anliegen an die/den Psychiaterin/Psychiater weiter.

2. Verantwortlichkeit

Im Blindeninstitut München ist das Bezugsbetreuungssystem ein wesentlicher Bestandteil des Betreuungskonzeptes. Aus diesem Grund erachten wir es als

sinnvoll, wenn die Bezugsperson und die/der zuständige Psychologin/Psychologe für alle aus der Behandlung resultierenden Aufgaben, z.B. Informationen (Konsilblatt) weiterleiten, zuständig sind und die Verantwortung für den weiteren Verlauf und Ablauf übernehmen.

3. Zuständigkeit

Der behandelnde Psychiater hat die Fachkompetenz für die Beratung – die Diagnostik – die Verordnung von Medikamenten. Nach Absprache leitet der/die zuständige Arzt/Ärztin Berichte an andere behandelnde Ärztinnen und Ärzte weiter.

6.3.9 Stabstelle für psychiatrische Fragestellung (übergreifende sozialpädagogische Fachkraft mit Schwerpunkt psychosoziale Auffälligkeiten)

= Schnittstelle und Ergänzung zwischen Gruppe, den Psychologen und der Bereichsleitung mit dem Schwerpunkt „Kinder und Jugendliche mit psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten/Störungen“, ausgehend von der Alltagsarbeit, der flexiblen Zeitgestaltung/-ressource und der Unterstützung durch Theorie (z.B. mit Fachwissen für konkrete Fragestellungen, auf Anfrage eines Teams) und Praxis.

Die/Der Inhaberin/Inhaber dieser Stelle kann, aufgrund des Blickes von außen, das Team, die Bereichsleitung und die Psychologinnen und Psychologen beim Erarbeiten und Einüben von Lösungsstrategien unterstützen und daraus resultierende „Fördereinheiten“ übernehmen oder einfach nur in der Gruppe im Alltag zur Entlastung mitarbeiten, aber auch unterstützend und ergänzend bei Verhaltensbeobachtungen und deren Auswertung mitwirken.

Weitere Aufgaben sind, sich in diesem Bereich fortwährend weiter zu bilden und sich an aktuellen Diskussionen zu beteiligen, Kontakte und Netzwerke mit anderen Einrichtungen zu knüpfen und sich an der Planung von Fortbildungen zu beteiligen.

Wie kommt es zu einem Einsatz?

- Anforderung über das K-Team
- Über die Bereichsleiterinnen/Bereichsleiter oder die Psychologinnen /Psychologen
- oder nach direkter Ansprache

6.3.10 Zusammenarbeit mit Eltern und gesetzlichen Betreuern

Die Eltern bzw. die gesetzlichen Betreuer sollten frühzeitig über die Problematik und die geplanten Maßnahmen informiert und mit einbezogen werden. Sie liefern wichtige Informationen und Erfahrungen über den Betreuten und seine Entwicklungsgeschichte.

Um die Zusammenarbeit mit den Eltern/gesetzlichen Betreuern zu stärken muss im Vorfeld geklärt sein, wie die Verständigung und der Informationsweg zu den Eltern/gesetzlichen Betreuern gestaltet werden soll. Hier kann es hilfreich sein, eine Vertrauensperson (z.B. die Bezugsperson) als festen Ansprechpartner zu benennen.

Die Vorbereitung für eine Vorstellung beim Psychiater muss gemeinsam mit den Eltern und dem Helfersystem geplant werden.

Erwartungen und Wünsche der Eltern/gesetzlichen Betreuer müssen respektiert, besprochen und festgelegt, aber auch unsere Grenzen müssen aufgezeigt werden.

Genau wie wir stehen Eltern, Angehörige und andere Bezugspersonen zum Teil unter extremen Belastungen und versuchen, diese bestmöglich zu bewältigen. Uns ist es ein Anliegen, Verständnis für die psychischen und physischen Belastungen der Eltern entgegenzubringen aber auch der Wunsch, nach der Bereitschaft der Eltern – Angehörigen - anderen Bezugspersonen – gesetzlichen Betreuern, mit uns neue bzw. andere Wege zu gehen. So ist es wichtig, dass vom Arzt verordnete Medikamente regelmäßig gegeben und Änderungen nur in Absprache mit dem Arzt vorgenommen werden.

Sie sollten die Möglichkeiten des regelmäßigen Austausches nutzen, um offen über ihre Ängste, Sorgen und Bedenken sprechen zu können oder Fragen jeglicher Art zu stellen (z.B. Wirkungen erwünscht/unerwünscht, andere Maßnahmen und Methoden, Möglichkeiten der Entlastung zu Hause z.B. durch BiB e.V. oder Lebenshilfe).

6.3.11 Nachtdienst

Die Nachtwachen müssen über die aktuelle Situation informiert sein, ggf. empfiehlt sich eine Hospitation am Tage. Hilfreich für einen gut funktionierenden Infofluss ist eine feste Ansprechperson für jedes Team. Wichtig erscheint uns bei dieser Aufgabe eine gute Koordination der Übergabe und des Informationsflusses – über Doku, von Nacht zu Nacht - und evtl. daraus resultierende Einsatzmöglichkeiten.

Ebenso kann eine Kontinuität, z.B. eine feste Nachtwache für die Gruppe, in der Dienstplangestaltung sinnvoll erscheinen.

Spezifische Vorgehensweisen müssen mit der jeweiligen Bezugsperson besprochen werden, um auch problematische Situationen in der Nacht bewältigen zu können. Hierzu zählen auch mögliche Hilfen, z.B. Unterstützung durch die Nachtbereitschaft oder Kolleginnen und Kollegen. Wichtig ist, dass im Vorfeld die Vorgehensweise im Notfall klar geregelt und festgelegt wird.

7. Beachtung von Übergangssituationen

7.1 Übergabe Allgemein

Unsere Kinder/Jugendlichen erleben in ihrem Alltag viele Übergänge, wie z.B. von zuhause in den Bus – vom Bus in die Einrichtung – von der Einrichtung zu den Eltern, von der Gruppe zur Schule – in die Therapie, von der Gruppe zum Nachtdienst, nur um einige zu nennen.

Dies erfordert jedes Mal eine Übergabe. Diese bezeichnet den Vorgang der Informationsweitergabe von einer (abgebenden) Person, Eltern, einem Bereich oder einer Schicht an die folgende (übernehmende). Sie findet regelmäßig und zeitnah statt. Sie soll den nachfolgenden Mitarbeitern ein möglichst vollständiges Bild relevanter Umstände vermitteln, die den Betreuten, sein Umfeld und das gesamte Arbeitsfeld betreffen (z.B. einheitliches, verbindliches Vorgehen für alle formulieren).

Die Übergabe kann mündlich, schriftlich oder vor Ort erfolgen. Sie können einzeln oder kombiniert durchgeführt werden.

Unser wichtigstes Informationsinstrument ist das „Dokusystem“. Bei einer sorgfältig und zeitnah geführten Dokumentation kann auf eine lange mündliche Übergabe verzichtet werden. Dennoch ergänzt ein Gespräch die schriftliche Dokumentation, da Inhalte auf der emotionalen Ebene vermittelt werden können.

Unter Übergaben vor Ort verstehen wir eine Übergabe in Anwesenheit des Betreuten, z.B. in seinem oder im Gruppen- bzw. Schulzimmer. Hier war uns wichtig, dass man miteinander spricht und nicht übereinander – ebenso dass man auf seine Wortwahl achtet (z.B. du darfst in die Gruppe/Schule/Therapie, nicht du musst...). Bei den Übergaben ist auf eine „angemessene Zeiteinteilung“ zu achten und sich die Inhalte, unter Umständen z.B. auch als feststehende Gliederung, zu überlegen (was soll konkret in Erfahrung gebracht werden). So kann es Sinn machen, die Busfahrerinnen und Busfahrer generell nach „Vorfällen“ (z.B. Unfälle, Stau, Anfälle) zu fragen.

Für unsere Eltern ist neben der Möglichkeit des Telefonierens, des persönlichen Kontaktes, das Elternheft ein wichtiges Übergabeinstrument, um zu informieren bzw. informiert zu werden.

7.2 Übergabe bei „großen“ Übergängen

Hinzu kommt, dass unsere Betreuten nicht nur mit Alltagsübergängen konfrontiert sind, sondern durchaus auch die Gruppe oder die Klasse oder beides wechseln müssen. Dies erfordert nicht nur eine bereichsübergreifende Informationsweitergabe, sondern auch eine interdisziplinäre Entscheidungsfindung. Diese Funktion übernimmt in der BIM das K-Team.

8. Rahmenbedingungen

Im Folgenden geht es um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Blindeninstituts München, die im alltäglichen und unmittelbaren Kontakt mit unseren Kindern/Jugendlichen stehen.

Dieser Teil des Leitfadens soll wirksam für das berufliche Alltagshandeln von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihren individuellen-persönlichen-beruflichen Erfahrungen und Selbstverständnissen und den unterschiedlichen Qualifikationen und Kompetenzen sein.

Aber auch unseren Kindern/Jugendlichen mit schwerwiegenden herausfordernden Verhalten mit multiprofessionellen Methoden die Gelegenheit für psychosoziales Lernen, für persönliche Entwicklung und für geeignete angemessene Kommunikation geben, um verfahrenere Lebenslagen, Lebenskrisen oder psychische Probleme besser bewältigen zu können.

8.1 Mögliche Ressourcen

Wichtige unterstützende Ressourcen für Mitarbeiter können sein:

8.1.1 Interdisziplinärer – Multiprofessioneller Austausch

- Offen sein für die Betreuten die Kolleginnen und Kollegen.
- Wie ist meine persönliche Haltung - Lebenseinstellung, welche Erfahrungen wurden gemacht? (spielt die berufliche Qualifikation eine Rolle?).
- Offene Reflexion in Bezug auf die Schwierigkeiten im Team, welches mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten konfrontiert ist, z.B. wie und mit welchen Hilfsmaßnahmen kann das Kind bzw. der Jugendliche in der Gruppe betreut werden.
- Was braucht es? Und von wem? Beratung – Aufklärung - Supervision oder sogar qualifizierte (fachliche) Beratung/Supervision von außen. Spezielle Fort- und Weiterbildungen oder Kurse (z.B. Körperschutztechniken, Möglichkeiten der Deeskalation, Fachwissen)
- Wie häufig? Braucht es Extrateamzeiten? Wer nimmt daran Teil?
- Teamarbeit, welche Möglichkeiten der Teamentwicklung gibt es?
- Gemeinsame Entscheidungen über das weitere Vorgehen und Einhalten von Absprachen, z.B. Hilfen in Krisen – Krisenintervention, Schutz bei Gefährdung durch Gewalt, Transparenz von Schutz- und freiheitsentziehenden Maßnahmen.
- Gegenseitige Unterstützung bereichsübergreifend (z.B. auch durch die Hausmeisterei, z.B. Anbringen eines Spions, Abpolsterungen fertigen...).
- Kooperation mit medizinisch-psychiatrischen Diensten
- Unterstützung durch die/den zuständige/n Psychologin/Psychologen als zentrale Ansprechperson
- Eltern als Experten ihrer Kinder wahrnehmen
- Leitungskompetenzen und Mitarbeiterpflege

Anerkennung bzw. Würdigung der „anderen Arbeitsweise“ aufgrund der „anderen“ Bedingungen und Situationen, z.B. Therapien auf der Gruppe, verkürzte Zeit der Schulung, entlastende Tagesstrukturen für den Betreuten, mit gezielten Pausen (z.B. aber auch die Bereitstellung von finanziellen Mitteln für Sach- und Personalmehrbedarf)

8.1.2 Für den einzelnen Mitarbeiter

Man sollte wissen, dass man immer Teil eines Systems ist, in dem immer miteinander agiert und kommuniziert wird. Und es gibt Wechselwirkungen mit anderen Systemen, die auslösende oder verstärkende Faktoren – aber auch Ressourcen für Handlungsansätze oder Problemlösungen, beinhalten können. Daher sollte gelten, dass man das eigene Verhalten und Handeln in Bezug auf das „System“ reflektiert und kooperiert, sich aber auch klar abgrenzen muss.

- Sich fragen, wie groß die Belastungen durch das herausfordernde Verhalten sind und...
- Was brauche ich für meine „Psychohygiene“ in der Freizeit aber auch beruflich? Gibt es in der Arbeit Personen meines Vertrauens, an die ich mich wenden kann, z.B. Psychologin und Psychologen, Bereichsleitung, Gruppenleitung...
- Wie bewusst gehe ich mit meinen persönlichen / pädagogischen / therapeutischen Ansprüchen um?
- Wie gehe ich mit Nähe/Zuwendung und Distanz um? = Weiß ich wohin mit all diesen Fragen?

- „Prinzip der Fehlerfreundlichkeit“, es geht nicht um Schuldzuweisungen, sondern um eine Versachlichung des Themas und um einen konstruktiven Austausch. Es darf kritisiert werden.
- Erkennen der gewohnten Reiz-Reaktionsabläufe und bewusst den eigenen Anteil herausfinden und, wie kann ich das eigene Verhalten verändern, dass ich zum aktiven Tun gelange und nicht zum Opfer werde.

8.1.3 Ressourcen der Kinder und Jugendlichen

Trotz aller vielfältigen Schwierigkeiten ist es dennoch bemerkenswert, dass bei genauem Hinsehen und Hinterfragen uns Kinder/Jugendliche mit psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten Ressourcen und vielfältige Kompetenzen in verschiedenen Bereichen zeigen.

Diese Ressourcen bieten Ansatzpunkte für den künftigen Umgang mit unseren Betreuten. So könnte man als Grundsatz nehmen: „...nicht gegen den Fehler, sondern für das Fehlende...“ (vgl. Frei, S. 64).

8.2 Stufenplan

(Quelle: Stufenplan zur Orientierung der psychologischen Arbeit im Vorfeld von Krisen, 2008)

Folgende Punkte sollen in unserem institutionellen Setting inhaltliche Orientierung bieten sowie eine Reihenfolge für das Vorgehen zur Betreuung von Kindern bzw. Jugendlichen, die in irgendeiner Art auffallen (z.B. verändertes Verhalten, Rückzug, Aggression...) und Krisen auslösen, beschreiben.

„Arbeit von innen nach außen“: Im Mittelpunkt steht zunächst der Betreute selbst. Bei weiteren Betrachtungen folgt die Arbeit im Team Gruppe/Klasse/Therapie, um dann zu entscheiden, wen bzw. was braucht es von außen (z.B. Fachärzte, Psychiater, evtl. stationären Aufenthalt).

Ziel ist die Deeskalation, d.h. wie können unsere Betreuten (aber auch Betreuungspersonal und Angehörige) durch die Anwendung von fachlichen, (heil)pädagogischen, therapeutischen und psychiatrischen Methoden und Maßnahmen auch in Krisensituationen und unter Wahrung ihrer Menschenwürde wieder Sicherheit erfahren.

Im Folgenden beschreiben wir den strukturellen Verlauf von ersten Zeichen bis hin zu der Frage der „endgültigen Betreubarkeit“.

1. Erste Stufe: Symptome/Zeichen wahrnehmen

Hier geht es darum, mögliche Vorzeichen rechtzeitig zu erkennen (was hat sich bei dem Betreuten verändert?) und dies auch zu kommunizieren und zu dokumentieren. Das kann erstmal alles Mögliche und undifferenziert sein, z.B. dem Betreuten geht es nicht gut, mir als Mitarbeiter geht es nicht gut damit.

Frühwarnsignale können z.B. sein:

- veränderte Grundstimmung (ängstlich, drohend...)
- psychomotorische Erregung, gesteigerte Unruhe-Aktivität
- veränderte Körperspannung, z.B. bei Anforderungen
- Anzeichen von eingeschränkter Selbstkontrolle
- verzerrte Gesichtszüge, verkrampfte Hände
- starrer Blick, abwesender Blick
- geringe Körperdistanz oder anderes
- gesteigerte Tonhöhe und Lautstärke

2. Zweite Stufe: „Störung“

Wurden Anzeichen einer Veränderung im Verhalten des Betreuten festgestellt, geht es nun darum, das Problemverhalten sachlich zu beschreiben und alle pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen auf seine Sinnhaftigkeit zu hinterfragen. Hilfreich sind hier:

- Verhaltensbeobachtungen in verschiedenen Situationen
- diagnostische Einordnungen durch die/den zuständige/n Psychologin/Psychologen
- Verhaltensanalyse, z.B. mit dem **SORK**-Modell (**S**ituation – **O**rganismus – **R**eaktion – **K**onsequenz)
- Bedingungsanalyse zur Erkennung von Auslösern und Effekten
- Einbeziehung der bisherigen Lerngeschichte, Stärken und Ressourcen des Betreuten kennen und benennen, bzw. (wieder)entdecken
- Überprüfung aller offensichtlichen Hypothesen und medizinischer, internistischer, medikamentöser Zusammenhänge
- Überprüfung der an den Betreuten gestellten Anforderungen
- Überprüfung der bisher definierten Ziele
- Spannungsabbau
- Wie sind die Rahmenbedingungen (günstig/ungünstig?) z.B. Umgebungsfaktoren und Teamfaktoren?
- Wird im Alltag einheitlich gearbeitet?
- Gibt es ein Konzept für den Umgang mit den Verhaltensbesonderheiten für den Betreuten? Von wem wird/wurde es erstellt? Wer begleitet die Umsetzung? Wer kontrolliert gegebenenfalls die Umsetzung und die Aktualität? Braucht es einen/gibt es einen Krisenplan?
- Wie werden Alltagsübergänge, z.B. Gruppe-Schule, gestaltet
- Braucht es Änderungen des Rahmens für das Team/Beteiligte? Welche, und wie sind diese umsetzbar?
- Wie werden Ergebnisse und wichtige Informationen an alle Beteiligten weitergegeben? Ist ein Verteiler benannt? Wer informiert wen? Wie werden BL und Eltern (auch die der anderen Gruppenbewohner) informiert und miteinbezogen?
- Dokumentation des Verlaufs und aktuellen Standes

Die Ergebnisse der gemeinsamen Analyse, die aktuell gültigen Arbeitshypothesen und die geplanten Maßnahmen sind schriftlich festzuhalten.

Um ein vollständiges Bild von der Situation und dem Betreuten zu bekommen, sind bereits auf dieser Ebene Eltern und Bereichsleiterinnen/Bereichsleiter, mit ihren Hypothesen und Erklärungen, engmaschig mit einzubeziehen und zu fragen, ob der Betreute schon in eine psychiatrische Behandlung eingebunden ist?

3. Dritte Stufe: „Krise?“

Krisen können sich aufgrund einer Häufung oder Zuspitzung von auf Dauer belastender innerer und/oder äußerer Erlebnisse und/oder Veränderungen entwickeln, da die gewohnten Bewältigungsstrategien bzw. Möglichkeiten wirkungslos bleiben. Die Situation bzw. das Problem kann nicht gelöst werden, Unbehagen und die innere Spannung nehmen zu. Dieser Zustand kann von dem Betroffenen als äußerst bedrohlich empfunden werden, Gefühle der Angst, der Hilflosigkeit und der Frustration können im Vordergrund stehen. Mit diesem steigenden emotionalen Druck sinkt die Belastbarkeit der Betroffenen, sodass die

Bewältigung des Alltags (miteinander leben, lernen, arbeiten und Freizeit = Gruppenfähigkeit ist beeinträchtigt) immer schwerer fällt.

Wir, die mit Kindern/Jugendlichen des Blindeninstituts München arbeiten, haben Verhaltensweisen und Strategien entwickelt, um den Umgang mit ihnen zu bewältigen. Anzeichen wurden wahrgenommen und trotz allem kommt es zur Krise.

Warum geschah die Krise jetzt?

- Was wurde „übersehen“?
- Was hat sich geändert?
- Hat sich die Haltung - der Umgang einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber dem Kind/Jugendlichen geändert? Wenn ja, auf welche Weise?
- gibt es einen Krisenplan?
- Wann ist die Betreubarkeit, zurzeit - demnächst, in Gefahr, für alle Beteiligten zu gefährlich?
- Wie, bzw. ist der Betreute in eine psychiatrische Behandlung eingebunden? Ist eine vorübergehende stationäre Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik zum jetzigen Zeitpunkt sinnvoll oder sogar notwendig?

4. Vierte Stufe: „Was greift nicht?“

In dem Prozess des stetigen Verbesserns des Konzepts für den Betreuten wird deutlich, dass der Grad des schwerwiegenden herausfordernden Verhaltens einen so tiefgreifenden Einfluss auf die Betreuung hat, dass ganz neue Betreuungskonzepte hausintern und zeitlich befristet versucht werden müssen, nach dem Motto „Alles, was wir maximal haben“.

5. Fünfte Stufe: "Die Frage der endgültigen Betreubarkeit"

Ist nach dem Ablauf aller befristeten Maßnahmen keine positive Veränderung des Verhaltens eingetreten und es wird deutlich, dass alle Maßnahmen nicht ausreichen, um eine Betreuung (im Moment, oder auf Dauer) im Blindeninstitut München sicherzustellen, sollte eine externe stationäre Unterbringung bzw. eine andere Möglichkeit der Betreuung in Betracht gezogen werden.

In der nachfolgenden Abbildung ist ein möglicher Verlauf eines Stufenplans für einen Betreuten für die Dauer von 19 Wochen beispielhaft aufgezeigt:

Stufe																			
5																			
4											X	X							
3					X			X	X	X			X	X			X		
2				X		X	X							X	X		X	X	
1	X	X	X																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
							W	o	c	h	e								

8.3 Krisenmanagement: Krisenintervention und Krisenplan

Anders als bei dem oben beschriebenen Stufenplan, welcher einen möglichen Verlauf/Prozess aufzeigt, geht es bei einer Krisenintervention, bzw. einem Krisenplan vor allem um ein koordiniertes, verbindliches Vorgehen vor und in der akuten Phase der Krise in Bezug auf einer

- individuellen Ebene,
- familiärerer/sozialen Ebene
- medizinisch-pharmakologischen Ebene

in einem multiprofessionellen Team.

Unter Krisenintervention verstehen wir nicht nur ein kurzfristiges Handeln und Entlasten, sondern auch die Krisenbewältigung und das Kümmern um Sekundärfolgen, und wie das Krisenmanagement (mit Krisenintervention und Krisen- Notfallplan) angesichts möglicher Folgekrisen (im Sinne der Krisenprävention) optimiert werden kann/muss.

8.3.1 Krisenintervention

- Jede Krisenintervention ist als vorläufig anzusehen, Änderungen sind möglich
- Nach einer Analyse der aktuellen Verhaltensweisen und Verhaltensabläufe wird besprochen, wie diese zu verstehen und einzuordnen sind
- Welche Ressourcen stehen dem Betreuten zur Verfügung? (Frühwarnzeichen beachten!)
- Welche Aktivitäten können im Moment helfen? Was braucht es in diesen Situationen, um diese unter „Kontrolle“ zu halten
- Können Medikamente gegeben werden? Welche? Dosis in welchen Abständen?
- Wo endet die Akzeptanz eines bestimmten Verhaltens und warum?
- Wie wird auf was reagiert?
- die Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Krisenintervention sollte, wenn möglich, mit dem Kind/Jugendlichen erarbeitet werden.

- Welches Verhalten erfährt welche Konsequenzen und warum? Reaktionen und Konsequenzen können z.B. mit Symbolkarten oder eindeutigen Zeichen angezeigt werden.
- Jeder Schritt muss begründbar und muss in der Umsetzung verbindlich sein
- Müssen andere Vorbereitungen getroffen werden?
- Individueller Stufenplan, um Verfassung und Befindlichkeit des Kindes/Jugendlichen graphisch darzustellen (Verdeutlicht den Grad der Anspannung, des auffälligen Verhaltens, kann hilfreich sein weitere Schritte einzuleiten, Häufigkeit und Anhalten des Verhaltens aufzuzeigen...).

Im Folgenden ist beispielhaft ein Bogen eines Früherkennungssystems dargestellt. Die Themen, die eine evt. Veränderung anzeigen, sollten individuell zusammengestellt werden.

Früherkennungssystem Psychosoziale Auffälligkeiten

Checkliste „Persönliche Einschätzung“ zum aktuellen Stand von

Ausgehend von den bekannten und für _____ typischen Verhaltensweisen und Verhaltensmustern

Name:	
Zeitraum wöchentlich von Di.-Mo.:	

Jeder Mitarbeiter sollte hier reflektierend seine persönliche Einschätzung mit einem „X“ eintragen

	Stufe I Un- verändert	Stufe II etwas ver- schlechtert	Stufe III Stark ver- schlechtert
Anspannungslevel (ist fröhlich; lacht; zeigt Interesse an Angeboten; kurzes Beißen in die Hand etc)			
Unruhe (leichte körperliche Unruhe; Kopf drehen, usw.)			
Einhalten der Mittagsruhe (legt sich nach dem Essen ins Bett und schläft meist, braucht nur geringe Hilfestellung hierbei)			
Schlafen nachts (schläft meist durch; nur vereinzelt Aufwachen durch Träume und ruft dann)			
Schreien, Fluchen, Schimpfen			

8.3.2 Krisenplan

Ein Krisenplan hat die Aufgabe, die Handlungsfähigkeit des betroffenen Menschen und des betreuenden Umfeld in der akuten Phase der Krise so aufrecht zu erhalten, dass

dadurch Angst- und Ohnmachtsgefühlen entgegen gewirkt wird, Sicherheit und Orientierung gegeben ist.

Gefordert sind:

- ein rasches, flexibles Eingreifen
- Konzentration auf die aktuelle Problemlage
- eine aktive direkte, klare Haltung

Der Krisenplan ist für jede Gruppe, für jedes Kind und jeden Jugendlichen individuell zu gestalten z.B.:

- Wer macht was?
- Wie spricht man sich ab?
- Braucht es bestimmte Sicherungsmaßnahmen?
- Können Medikamente gegeben werden?
- Sollte es zur Klinikeinweisung kommen – wie ist dies organisiert, gibt es Ansprechpartner?
- Wie geht es den anderen Kindern und Jugendlichen?
- Sind Kolleginnen/Kollegen Opfer von Übergriffen geworden?

8.3.3 Institutionelle Rahmenbedingungen zur Unterstützung von Mitarbeitern nach Gewalterfahrungen durch Betreute

Da das Blindeninstitut München Kinder/Jugendliche mit psychiatrischen Auffälligkeiten betreut, können Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, trotz gut überlegtem inhaltlichen Vorgehen, im Laufe ihrer Berufstätigkeit gewalttätigen Übergriffen von Betreuten ausgesetzt sein. Körperliche Übergriffe stellen eine massive Grenzverletzung dar. Die/Der betroffene Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter kann auf der Gefühlsebene die verschiedensten Reaktionen erleben, die von Schock, Angst – totale Verunsicherung, Ärger, Wut, Verzweiflung, bis zur Beschämung reichen können. Die/Der betroffene Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter kann unter Umständen körperliche und emotionale Folgeschäden davon tragen und langfristig unter einer Traumafolgestörung leiden. Dies kann bis zur Berufsunfähigkeit führen. Mit dem Wissen, dass Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter tätliche Übergriffe erleben können, legt die Leitung des Blindeninstituts München einen hohen Wert auf ihre Fürsorgepflicht (im Sinne von präventiven/vorbeugenden, kurzfristigen und längerfristigen Maßnahmen) gegenüber den Mitarbeitern, die mit aggressiv grenzüberschreitenden Kindern/Jugendlichen arbeiten.

Für eine angemessene psychische Verarbeitung von Gewalterfahrung hat unter anderem das berufliche Umfeld einen maßgeblichen Einfluss. So ist die Berücksichtigung und eventuell notwendige Veränderungen der institutionellen Rahmenbedingungen ein wesentlicher Baustein der Fürsorgepflicht. Mit Fragen wie z.B.: Was benötigt der/die betroffene MitarbeiterIn von seinen Kollegen – was von seinem/r direkten Vorgesetzten – von der Institution, setzt sich das Team der Leitungsebene auseinander, und ist auf dem Weg, innerbetriebliche Standards zu formulieren.

Dennoch können die im Folgenden aufgeführten Maßnahmen als Orientierungshilfe für Mitarbeiter und Führungskräfte dienen.

Kurzfristige Maßnahmen/Möglichkeiten nach einem erfolgten gewaltsamen Übergriff können sein:

„Dem betroffenen Mitarbeiter beistehen und helfen.“

Wichtig ist, dass der Betroffene nach einem Übergriff sein Sicherheitsgefühl zurückgewinnen kann. Notwendig, hilfreich und unterstützend können z.B. sein:

- Wer wird informiert: BL und zuständige/r Psychologin/Psychologe
- Muss erste Hilfe geleistet werden? Ist eine ärztliche Versorgung notwendig? Steht dem Betroffenen nach Dienstende zu Hause ein emotional stützendes Umfeld zur Verfügung?
- Als Kollege dem Betroffenen das Gespräch anbieten und sich Zeit zum Zuhören nehmen, ohne gute Ratschläge zu verteilen, zu tadeln oder zu kritisieren. Die direkten Kolleginnen/Kollegen sind oft die ersten Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner und wichtige Vertrauenspersonen.
- Die zuständige Leitung fragt nach, kümmert sich um notwendige, evtl. individuell besprochene Schritte (z.B. die zuständige Leitung rät grundsätzlich zu einem Gesprächstermin bei einem Psychologen, welches entweder hausintern oder auf Wunsch des betroffenen Mitarbeiters mit einer externen Fachkraft geführt werden kann; sind Möglichkeiten zum Rückzug aus der Situation möglich), vergewissert sich nach einer gewissen Zeit noch mal nach dem Befinden des Mitarbeiters.
- Der zuständige Psychologe bietet möglichst zeitnah eine kurzfristige Gesprächsmöglichkeit an
- Erste Aufarbeitung des Vorfalls im Team mit Unterstützung des zuständigen psychologischen Dienstes. Dabei Ermutigung über die eigene emotionale Betroffenheit und Verletzlichkeit und den damit verbunden Gefühlen zu sprechen. Eine Durchhaltementalität und ein Wettbewerb im Sinne von: - Wer von uns hält am meisten aus- ist zu vermeiden.

Längerfristige Maßnahmen:

- Bearbeitung des Übergriffs im Team: Bedingungsanalyse, Verbesserung des Konzeptes zur Arbeit mit dem jeweiligen Betreuten, Erarbeiten von Handlungsrichtlinien hierfür
- Engmaschige Überprüfung auf Wirksamkeit der erarbeiteten Maßnahmen und des Krisenplans
- Bei Bezugsbetreuersystem die Möglichkeit prüfen, ob eine andere Person die Bezugsbetreuung übernimmt
- Teampflege und kollegiale Unterstützung besonders fördern
- Psychologischer Fachdienst und Fachkraft für psychiatrische Fragestellungen bestmöglich einbinden

Präventive Maßnahmen:

Dies können alle Maßnahmen und Möglichkeiten sein, welche in den Punkten 8 - 8.3.3 beschrieben wurden.

9. Das Kurzzeitwohnen im Blindeninstitut München

9.1 Problemstellung

Die Aufnahme eines psychisch auffälligen Kindes/Jugendlichen stellt für das Kurzzeitwohnen eine große Herausforderung dar.

Im Kurzzeitwohnen trifft dieser Betreute auf ein komplett unbekanntes Umfeld – die Örtlichkeiten, Tagesstruktur und auch die Betreuer sind für das betreffende Kind/Jugendlichen oft völlig fremd. Aber auch die Betreuer kennen die Betreuten nicht persönlich, oft nur durch einen Austausch bei den Informations-Treffen (die vorher stattfinden) und nützliche Raum- und Rahmenbedingungen können oft nur schwer oder nicht umgesetzt werden. Aufgrund dieser Gegebenheiten könnten sowohl der Betreute als auch die Betreuer schnell in eine Überforderungssituation geraten.

Unserem Arbeitskreis war es ein Anliegen, hier auf die Schwierigkeiten dieser besonderen Form der Betreuung hinzuweisen, welche eigentlich unserem Konzept für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Auffälligkeiten widerspricht. Dennoch scheint es nicht unmöglich, wenn die im nächsten Absatz genannten Punkte beachtet werden.

Das Kurzzeitwohnen des BIM betreut Schülerinnen und Schüler der Heilpädagogischen Tagesstätte und des 5-Tage-Internats während der Schulferien rund um die Uhr. Es dient der Entlastung der Eltern und soll den Kindern/ Jugendlichen eine adäquate Ferienbetreuung in einem geborgenen Umfeld bieten.

Während der Maßnahmen arbeiten unterschiedliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Bereich der Heilpädagogischen Tagesstätten im Kurzzeitwohnen. Aufgrund der häufig wechselnden und oftmals unbekanntem Bezugspersonen (Schichtdienst von mehreren Betreuern) sowie der Besonderheit der Situation für die Kinder (Heimunterbringung) ist während dieser Zeit eine besondere Aufmerksamkeit und Sensibilität bei den Betreuern erforderlich.

Des Weiteren ist eine enge Kooperation mit den Eltern der Kinder, Ärzten, Therapeuten und mit den Gruppen, die das Kind außerhalb der Ferienzeiten betreuen, notwendig.

Die Leitung des Kurzzeitwohnens ist verpflichtet, vor jeder Aufnahme alle notwendigen Informationen zu den Kindern und Jugendlichen aktuell abzufragen und an alle zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiterzugeben. Schriftliche Informations- und Dokumentationssysteme sollen zusätzlich einen reibungslosen Ablauf gewährleisten.

9.2. Erfordernisse in der Betreuung im KZW

- 1) Vor der Aufnahme benötigen wir eine Einschätzung von Seiten der Psychologen, ob der Schüler überhaupt im Kurzzeitwohnen betreut werden kann.
- 2) Fällt die Einschätzung positiv aus, benötigen wir genaueste Informationen („aus erster Hand“ z.B. von der Bezugsperson) bezüglich jeglicher psychischer Auffälligkeiten des Kindes (gefährdende/auslösende Situationen, Häufigkeit, Formen der Auffälligkeit...), immer von der derzeitigen aktuellen Situation ausgehend, d.h. sich nicht auf Informationen oder vorherige Aufenthalte beziehend. Außerdem sind alle Möglichkeiten und Informationen über präventiv (z.B. Frühwarnsystem, Medikation) sowie im Notfall (z.B. für alle ein verbindlicher Notfallplan) zu ergreifende Maßnahmen erforderlich.
- 3) Das Kurzzeitwohnen versucht während der Maßnahme bekannte Betreuer des betreffenden Schülers einzuplanen und möglichst die passenden Rahmenbedingungen zu schaffen. Diese Möglichkeit ist aber nicht immer gegeben. In diesem Fall erscheint es sinnvoll zu prüfen, in welchen Zeiträumen die Kriterien für einen guten Aufenthalt erfüllt werden können, d.h. eine Aufnahme von Fall zu Fall und von Öffnungszeit zu Öffnungszeit zu entscheiden (in diesem Zeitraum nicht weil....aber in diesem weil...). Bei einer Ablehnung wäre es für Eltern sicher hilfreich, wenn Alternativen genannt werden könnten.
- 4) Sollen während der Maßnahme Therapien stattfinden ist zu klären, ob diese auch von einem fremden, dem Kind/Jugendlichen nicht bekannten, Therapeuten durchgeführt werden können oder nicht.
- 5) Während der Maßnahme und der Teilnahme eines Kindes/Jugendlichen mit psychosozialen Auffälligkeiten ist es für das Kurzzeitwohnen sehr hilfreich, wenn ein konkreter Ansprechpartner (z.B. zuständige Psychologen, „Psychiatriefachkraft“, Rufbereitschaft) entweder vor Ort oder gegebenenfalls telefonisch kontaktiert werden kann (z.B. als Teil des Frühwarnsystems und oder des Krisen-/Notfallplans).
- 6) Nach der Maßnahme sollten die Beteiligten (Kurzzeitwohnen, Heimatgruppe, Therapeuten, evtl. Eltern) den Aufenthalt reflektieren. Auffälligkeiten und Besonderheiten während des Aufenthalts können so weiter kommuniziert werden; gleichzeitig kann hier entschieden werden, ob ein weiterer KZW-Aufenthalt in Frage kommt und wie solch ein Aufenthalt optimiert werden kann.

10. Schlusswort

Am Anfang unserer Konzeptarbeit war der Ruf nach einer „Spezialgruppe“ – quasi ein „Sammelbecken“ für die Betreuten mit extremen Verhaltensweisen – sehr laut, die Grenzen waren erreicht. Doch mit fortschreitender Arbeit am Konzept und der Auseinandersetzung mit dem Thema „geistige Behinderung und psychische Störungen“, kamen wir zu der Erkenntnis, dass wir so ein „Sammelbecken“ für das Blindeninstitut München nicht brauchen und nicht mehr wollen.

Wir denken, dass es nicht nur um eine bloße Verringerung der problematischen Verhaltensweisen geht, sondern auch um eine allgemeine Verbesserung der Beziehungs- und Lebensqualität des Kindes/Jugendlichen und seiner „Lebenswelt“ (Familie, Heim, Schule usw.). Wir glauben, dass dies, neben den im Konzept erarbeiteten Punkten, durch eine enge partnerschaftliche und interdisziplinäre Zusammenarbeit möglich sein kann.

Sonst können wir uns nur den Worten von Herrn Reiner Frank anschließen, dass es Ziel ist, unseren Kindern – Jugendlichen – jungen Erwachsenen mit psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten Teilhabe zu ermöglichen, Grenzen der Entwicklung anzuerkennen und Mut zu machen, Möglichkeiten auszuschöpfen. Wir wenden uns an unsere Kolleginnen und Kollegen, die mit den besonderen Verhaltensweisen zu tun haben. Dieser Leitfaden soll eine Würdigung der Arbeit vieler darstellen, die eher im Stillen geleistet wird und unspektakulär besonders da abläuft, wo sie erfolgreich ist (vgl. Frank, 2006, S. 15).

Verwendete Literatur:

DAVISON, Gerald C.; NEALE, John M.; HAUTZINGER, Martin (Hrsg.) (2002): Klinische Psychologie. 6., vollst. überarb. und aktual. Aufl. Weinheim, S.236. Psychologie Verlags Union.

FRANK, Reiner (Hrsg.) (2006): Geistige Behinderung – Verhaltensmuster und Verhaltensauffälligkeiten. Lambertus Verlag

FREI, Eugen X.; FURGER, Martha; KEHL, Doris (Hrsg.) (2001): Geistig behindert und psychisch krank – Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung, S. 64. Edition SZH/SPC

HEINRICH Johannes, Trier (Wells, Österreich Sep.2006): Vortrag – Akute Krise Aggression – Ein Behandlungsplan massiv aggressiven Verhaltens

<http://www.assista.org/files/akute%20Krise%20Aggression.pdf>

SARIMSKI, Klaus; STEINHAUSEN, Hans-Christoph (2008): Ratgeber Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Hogrefe Verlag.

SEIFERT, Monika (1995). Problemverhalten – eine Herausforderung für Mitarbeiter. In: GEISTIGE BEHINDERUNG 2/1995, S. 121 – 136.

STAHL, Burkhard; IRBLICH, Dieter (Hrsg.): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung – Ein interdisziplinäres Handbuch, S.349 ff. Hogrefe Verlag.

WIKIPEDIA <http://de.wikipedia.org/wiki/Interdisziplinarit%C3%A4t>

Hilfreiche Informationen über psychische Störungen, Verhaltensauffälligkeiten:

www.dgsgb.de – Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung.

www.difgb.de – Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft zur Förderung der Forschung für Menschen mit geistiger Behinderung.