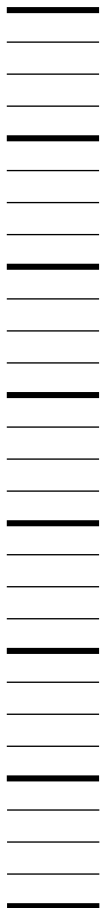




Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung



Auftraggeber:

- Gesundheitsdirektion, Samuel Eglin, stv. Generalsekretär
- Volksschulamt, Martin Wendelspiess, Amtschef

Projektgruppe, Autoren:

- Mirko Baur, Volksschulamt, Sektor Sonderpädagogik
- Regina Barth, Stiftung Bühl
- Reni Caluori, Kinder und Jugendpsychiatrischer Dienst, Pflege
- Pia Fontana, Volksschulamt, Stab Finanzen
- Dagmar Pauli, Kinder und Jugendpsychiatrischer Dienst, Chefärztin med.-therap. Leiterin ambulanter Bereich

Expertengruppe:

- Ferdinanda Pini, Volksschulamt, Leitung Schulärztlicher Dienst Kanton Zürich
- Matthias Obrist, Volksschulamt, Projekt Schulpsychologie
- Judith Lischer, Volksschulamt, Rechtsdienst
- Hadmut Prün, Kinder und Jugendpsychiatrischer Dienst, med.-therap. Leiterin Jugendlichenbereich
- Kathrin Agosti, Gesundheitsdirektion, Rechtsdienst, Kantonsärztlicher Dienst
- Monique Christen, Gesamtleitung Sonderschulheim Ilgenhalde
- Verena Kostka, Hochschule für Heilpädagogik, Zürich, Dep. Heilpädagogische Lehrberufe

Steuergruppe:

- Urs Meier, Volksschulamt, Leitung Abt. Sonderpädagogisches
- Philippe Dietiker, Volksschulamt, Sektor Sonderpädagogik (Leitung)
- Peter Waldner, Gesundheitsdirektion, Bereichsleitung Psychiatrie

Projektleitung:

- Peter Kaegi, Volksschulamt, Sektor Sonderpädagogik

Genehmigung Versorgungskonzept durch Auftraggeber:

30. März 2012

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung, Leitgedanken, schematische Darstellung.....	5
1.1 Einleitung	5
1.2 Leitgedanken.....	5
1.3 Schematische Darstellung der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung	6
2. Behandlungsstufe 1: Ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im angestammten Umfeld der Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung	7
2.1 Ausgangslage	7
2.2 Stufenspezifische Leitgedanken und Leitziele	8
2.3 Bedarf	8
2.4 Angebot.....	10
2.4.1 Voraussetzungen	10
2.4.2 Zuweisung.....	11
2.4.3 Behandlungsort	11
2.4.4 Sicherstellung der Versorgung: Ziele.....	11
2.4.5 Weiterweisung.....	11
2.4.6 Bewilligung, Aufsicht	12
2.4.7 Qualität.....	12
2.5 Fachstelle.....	12
2.5.1 Evaluation der Fachstelle	14
3. Behandlungsstufe 2: Stationäre sonderpädagogische und ambulante psychiatrische Behandlung in Therapeutischen Wohnschulgruppen	15
3.1 Ausgangslage	15
3.2 Stufenspezifische Leitgedanken und Leitziele	17
3.3 Bedarf	17
3.4 Angebot.....	18
3.4.1 Zielgruppe, Indikation	18
3.4.2 Angebotsdefinition.....	18
3.4.3 Zuweisung und Wechsel der Behandlungsstufe	19
3.4.4 Angebotsausgestaltung	20
3.4.4.1 Gruppengröße.....	20
3.4.4.2 Öffnungszeiten	20
3.4.4.3 Aufenthaltsgestaltung	20
3.4.4.4 Räumliche Ausgestaltung	21
3.4.4.5 Institutionelle Einbindung und personelle Ausgestaltung	21
3.4.4.6 Das sozialtherapeutische Milieu	22
3.4.4.7 Diagnostik, Förderung und Betreuung	23
3.4.5 Kernleistungen zusammengefasst.....	24
3.4.6 Angebotsplanung	24
3.4.7 Bewilligung und Aufsicht	25
3.4.8 Qualität.....	25

4. Behandlungsstufe 3: Stationäre psychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung	27
4.1 Ausgangslage	27
4.2 Perspektiven	28
4.3 Weiteres Vorgehen.....	28
5. Finanzierung.....	29
5.1 Behandlungsstufe 1.....	29
5.2 Behandlungsstufe 2.....	29
5.3 Behandlungsstufe 3.....	30
5.4 Fachstelle.....	30
6. Anhang.....	31
6.1 Beispiele von Therapeutischen Wohngruppen	31
6.1.1 Sonderagogisch-therapeutische Spezialwohngruppen für Erwachsene.....	31
6.1.2 Sonderpädagogisch-therapeutische Spezialwohngruppen für Kinder und Jugendliche	33
6.2 Das sozialtherapeutische Milieu einer Therapeutischen Wohnschulgruppe.....	38
6.3 Rechtsgrundlagen	40

1. Einleitung, Leitgedanken, schematische Darstellung

1.1 Einleitung

Menschen mit geistiger Behinderung dürfen nicht wegen ihrer Behinderung benachteiligt werden. Die Gesellschaft muss deshalb dafür sorgen, dass junge Menschen mit geistiger Behinderung ihre Talente und Ressourcen entfalten können – und dass sie bei schulischen, sozialen oder psychischen Problemen wirksam unterstützt werden.

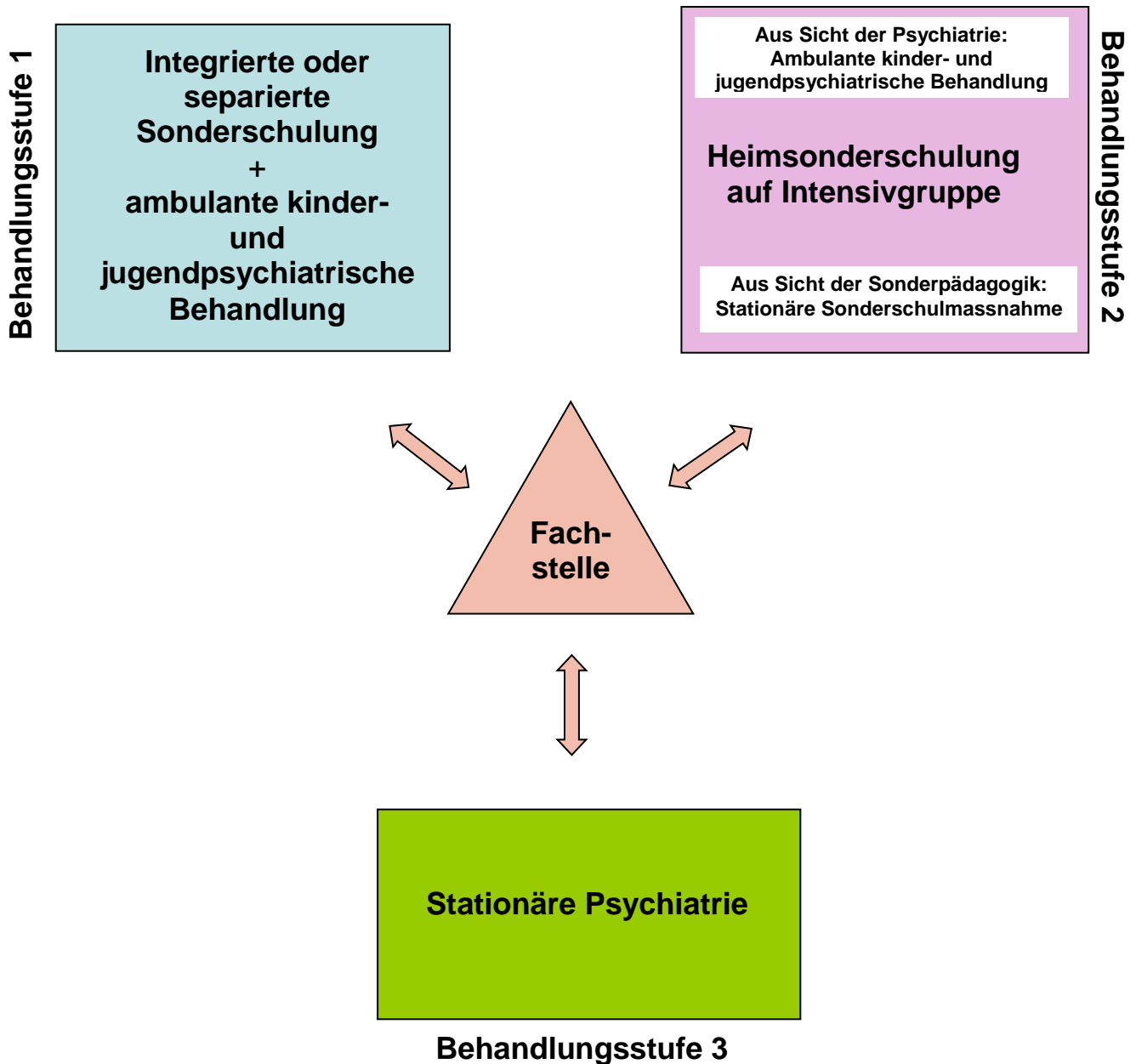
Entwickeln Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung psychische Störungen, haben sie Anspruch auf angemessene Behandlung, unabhängig vom Grad ihrer Behinderung. Bestehende kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsstrukturen müssen daher grundsätzlich auch Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung offen stehen und falls nötig deren besonderen Bedürfnissen angepasst werden; das Therapiesetting muss die Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung berücksichtigen. Reichen die bestehenden Angebote nicht für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung aus, müssen neue spezielle Versorgungsstrukturen geschaffen werden.

1.2 Leitgedanken

Die Integration im angestammten Umfeld ist auch für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischer Störung wegweisend. Es gilt der Grundsatz: ambulant vor stationär. Der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung liegt daher ein mehrstufiges sonderpädagogisch-psychiatrisches Konzept zugrunde. Es hat zum Ziel, dass Betroffene dank interdisziplinären Angeboten in ihrer gewohnten – oder einer dieser zumindest ähnlichen – Umgebung verbleiben oder möglichst rasch dorthin zurückkehren können. Grundvoraussetzung für eine funktionierende, nachhaltige psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung ist die vertiefte Zusammenarbeit zwischen Sonderpädagogik auf der einen und Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der anderen Seite.

Der Aufbau neuer Versorgungsstrukturen und die Spezialisierung der bestehenden Angebote für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung dürfen nicht zu Lasten bestehender Versorgungsstrukturen gehen, weil sich sonst bereits bestehende Versorgungsengpässe verschärfen würden.

1.3 Schematische Darstellung der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung



2. Behandlungsstufe 1: Ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im angestammten Umfeld der Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung

2.1 Ausgangslage

Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung leben je nach den Umständen und dem Grad ihrer Beeinträchtigung in ihren Familien oder in sonderpädagogischen Einrichtungen. Treten bei ihnen psychische Auffälligkeiten auf, können sich ihre Bezugspersonen an kinder- und jugendpsychiatrische Fachpersonen wenden, um eine Abklärung und allenfalls eine Behandlung einzuleiten.

Im Kanton Zürich gibt es ein flächendeckendes Netz von kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulatorien des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensts (KJPD). Es ist auf alle Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag ausgerichtet – also auch auf solche mit geistiger Behinderung. Anmeldungen von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung werden in der Regel ebenso entgegengenommen wie von anderen. Die Zahl der Abklärungs- und Therapieplätze am KJPD ist jedoch beschränkt, daher kann es zu Wartezeiten kommen – sofern es sich nicht um Notfälle handelt. Dies betrifft gleichermassen Kinder und Jugendliche mit oder ohne geistige Behinderung.

Bei Notfällen steht der 24-Stunden-Dienst des KJPD ambulant zur Verfügung. Bei diesem Dienst verbleiben die Diensthabenden allerdings in der Klinik, psychisch akut gefährdete Patientinnen und Patienten müssen zum KJPD gebracht werden. Ist ein ausrückender Dienst erforderlich – muss das Kind also vor Ort beurteilt und behandelt werden –, steht nur der allgemeine ärztliche und in manchen Regionen des Kantons der erwachsenenpsychiatrische Notfalldienst zur Wahl. Diese Versorgungslücke betrifft ebenfalls alle Kinder und Jugendlichen im Kanton Zürich, auch jene ohne geistige Behinderung.

Neben den KJPD-Ambulatorien behandeln auch manche niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater Kinder und Jugendliche. Die Versorgungsdichte mit solchen Fachleuten ist im Kanton Zürich jedoch sehr unterschiedlich, die Niederlassungen konzentrieren sich vor allem auf die Städte Zürich und Winterthur. Einen Teil der therapeutischen Behandlungen leisten auch die niedergelassenen Psychologinnen/Psychologen. Sie können allerdings keine Medikamente verordnen, deshalb müssen sie im Falle einer akuter psychiatrischen Behandlungsbedürftigkeit mit kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärztinnen/-ärzten zusammenarbeiten – auch, damit die Finanzierung der Behandlung über die Krankenkassen möglich wird.

Das spezifische Know-how hinsichtlich der besonderen Bedingungen und Behandlungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung ist beim KJPD und bei den niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten noch eher beschränkt. Es bestehen Defizite bei der Ausstattung mit spezifischen diagnostischen Instrumenten und beim Wissen über deren Anwendung, im psychopharmakologischen Wissen sowie bei den Erfahrungen mit der besonderen Patientengruppe. Diese Defizite wirken sich vor allem bei Abklärungen und Behandlungen von Kindern und Jugendlichen mit mittelschweren und schweren geistigen Behinderungen aus, da diese in besonderem Masse abweichende Behandlungsbedürfnisse haben und meist auch die Behandlungsbedingungen vom Regelfall abweichen.

Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater, die sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung spezialisiert oder zumindest Weiterbildungen in diesem Bereich absolviert haben, gibt es im Kanton Zürich bisher kaum. 2010 wurde im Kanton Zürich ein Arbeitskreis von interessierten Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater gegründet. Auch der KJPD ist daran beteiligt. Bei diesem

Arbeitskreis handelt es sich bisher aber lediglich um eine Interessensgemeinschaft von etwa fünf Personen zum Erfahrungsaustausch; finanzielle und zeitliche Ressourcen, die eine Intensivierung der Vernetzungsarbeit oder der Weiterbildung erlauben würden, fehlen.

Die Zusammenarbeit zwischen den sonderpädagogischen Einrichtungen und den KJPD-Ambulatorien ist im Kanton Zürich regional unterschiedlich ausgeprägt. Einige sonderpädagogische Einrichtungen haben eine besondere Zusammenarbeit mit bestimmten Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiatern oder Psychologinnen/Psychologen etabliert. Diese Zusammenarbeit schliesst konsiliarische und teilweise auch therapeutische Tätigkeiten im Auftrag der Einrichtung ein. Sie wird durch die Krankenkassen teilfinanziert, zusätzlich werden Leistungen aber auch durch die Einrichtungen finanziell abgegolten. Solche Zusammenarbeiten mit oder Anstellungen von psychiatrischen Fachpersonen in sonderpädagogischen Einrichtungen gibt es im Kanton Zürich jedoch nicht flächendeckend.

Für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung, die andersschulisch unterrichtet werden, aber zu Hause wohnen, gibt es bisher keine spezialisierten aufsuchenden psychiatrisch-pflegerischen Angebote.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass es im Kanton Zürich grundsätzlich möglich ist, psychisch auffällige Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung zu ambulanten Abklärungen und Behandlungen anzumelden – unabhängig davon, ob das Kind in seiner Familie lebt oder in einer stationären sonderpädagogischen Einrichtung. Das Angebot spezialisierter Fachpersonen ist allerdings nicht ausreichend, da zusätzlich zur psychiatrischen bzw. psychologischen Fachausbildung besondere Kenntnisse über die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung notwendig sind.

Gäbe es eine zentrale Stelle mit Verdichtung des Know-hows sowie des fachspezialisierten Angebots für diese besondere Patientengruppe, würde dies vor allem die Versorgung jener Regionen verbessern, in denen bisher kein spezialisiertes Angebot besteht – denn dort ist das Verbesserungspotenzial am grössten. Es ist davon auszugehen, dass ein grosser Teil der Beurteilung psychiatrischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung in Schulheimen vor Ort erfolgen würde, da ein Transport nicht immer möglich bzw. zu aufwändig wäre und der Transfer sowie die Abklärung in ungewohnter Umgebung das diagnostische Bild bei hohem Grad der Behinderung stark verfälschte.

2.2 Stufenspezifische Leitgedanken und Leitziele

Auf Behandlungsstufe 1 soll eine ausreichende Zahl vorhandener ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Grundversorgender so spezialisiert werden, dass sie Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung unabhängig vom Schweregrad der Behinderung behandeln können. Dafür müssen sie die notwendigen Kompetenzen entwickeln. Die ambulante Grundversorgung mit Diagnostik und Therapie soll im Rahmen der bestehenden Versorgungsstrukturen aus niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiatern sowie subsidiär Stellen des KJPD regional organisiert werden und allen Betroffenen offen stehen. Daneben sind auch eine kinder- und jugendpsychiatrische Fachberatung für die Zuweisung in die Angebote von Therapeutischen Wohnschulgruppen (Behandlungsstufe 2) und eine fachärztliche Zuweisung in psychiatrische Kliniken (Behandlungsstufe 3) erforderlich. Nur dann kann dem Grundsatz «ambulant vor stationär» Rechnung getragen und eine Überlastung der stationären Angebote vermieden werden. Schulungen sollen künftig die Spezialisierung aufsuchender psychiatrisch-pflegerischer Angebote fördern.

2.3 Bedarf

Psychische Störungen lassen sich im Allgemeinen je besser behandeln, je früher sie erkannt werden – die Prognose verbessert sich durch frühzeitige Interventionen entscheidend. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz ist darauf ausgerichtet, psychische Störungen ambulant frühzeitig zu versorgen, um stationäre Aufenthalte wenn immer möglich zu

vermeiden. Der Grundsatz «ambulant vor teilstationär vor stationär» gilt also für alle Kinder und Jugendlichen – wie auch für alle Erwachsenen – unabhängig von einer allfälligen geistigen Behinderung. Im Sinn der Versorgungsgerechtigkeit ergibt sich daraus der Bedarf nach ambulanten, niederschwellig zugänglichen Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten mit spezialisiertem Fachwissen für die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung.

Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung weisen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen auf.¹ Dies belegt auch eine Umfrage, die 2007 in den heilpädagogischen Schulen des Kantons Zürich durchgeführt wurde. Sie zeigte: Zum Befragungszeitpunkt litten mindestens 10 % der aktuell dort eingeschulten Kinder und Jugendlichen an einer psychischen Störung, die eine psychiatrisch-psychologische oder psychopharmakologische Behandlung nötig machte². Dabei handelt es sich allerdings nur um die psychischen Störungen im engeren Sinn; sie erhalten neben der Diagnose einer psychoorganischen Beeinträchtigung eine psychiatrische Diagnose nach ICD 10. Am häufigsten kommen Verhaltensstörungen und autistische Störungen vor. Sie sind deutlich zahlreicher als bei der Normalbevölkerung³. Daneben gibt es Problemverhalten aufgrund von Entwicklungsaspekten sowie klinische Syndrome mit typischen Merkmalen der Entwicklung oder Prädispositionen für psychische Auffälligkeiten – wie z.B. Trisomie 21.

Die spezifische Psychopathologie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung erlaubt nicht immer, die psychopathologischen Symptome zu den für die Normalbevölkerung geschaffenen Kategorien von psychischen Störungen zuzuordnen. Deshalb sind die Angaben zur Rate der diversen Störungsbilder in der Literatur heterogen. Insgesamt ist die Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung gegenüber der Normalbevölkerung aber deutlich erhöht, wie auch eine gross angelegte Studie von Bhaumik et al belegt (2008): Sie weist die Inanspruchnahme einer psychiatrischen Versorgung bei Menschen mit geistiger Behinderung mit 45 % aus⁴. Es wird heute von einer drei- bis vierfachen Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung ausgegangen, was ungefähr einem Anteil von 30 bis 40 % aller Menschen mit geistiger Behinderung entspräche⁵. In einer Übersicht stellen Whitaker und Read (2006)⁶ die Studien zur Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung zusammen, wobei die Ergebnisse zwischen 33 % und 64 % liegen und die Rate mit dem Schweregrad der Behinderung zunimmt. Nicht alle Betroffenen benötigen zu jedem Zeitpunkt eine psychiatrische Behandlung, in vielen Fällen sind jedoch diagnostische Abklärungen, kürzere Behandlungen und die Beratung des Umfelds unerlässlich. Aufgrund der hohen Komorbiditätsrate von mehreren psychopathologischen Syndromen gleichzeitig weisen mindestens 5 bis 10 % aller Kinder und Jugendlicher mit geistiger Behinderung komplexe Störungsbilder auf; sie benötigen somit länger andauernde Therapien, phasenweise intensive Kriseninterventionen und psychopharmakologische Behandlungen.

¹ Sarimski, K. & Steinhausen, H.C. (2008): Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hogrefe Verlag GmbH + Co.

² Baur, M. (2007): Umfrage zur Anzahl Schülerinnen und Schüler mit psychischen Auffälligkeiten oder Störungen an Heilpädagogischen Schulen im Kanton Zürich. Unveröffentlichte Daten, Sonderschulheim Ilgenhalde, Fehraltorf.

³ Sarimski, K. & Steinhausen, H.C. (2008): Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hogrefe Verlag GmbH + Co.

⁴ Bhaumik, S., Tyrer F.C., Mc Grother, C., Ganghadaram, S. K. (2008). Psychiatric service use and psychiatric disorders in intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*, 2008, 25: 986-95.

⁵ Schanze, Christian (Hrsg.; 2007): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Schattauer: Stuttgart, S. 19.

⁶ Sarimski, K. & Steinhausen, H.C. (2008): Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hogrefe Verlag GmbH + Co.

Für das Schuljahr 2010/11 weist der Kanton Zürich gemäss Volksschulamt, Sektor Sonderpädagogik, 1855 integrierte und separierte Sonderschulplätze für Sonderschülerinnen und -schüler mit geistiger oder mehrfacher Behinderung aus. Es ist davon auszugehen, dass diese Zahl die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung gut spiegelt, weil diese Kinder und Jugendlichen alle einer Sonderschulung zugewiesen sind. Geht man konservativ davon aus, dass mindestens 10 % dieser Kinder und Jugendlichen an einer psychischen Störung leiden, ergibt sich ein Bedarf von mindestens 200 spezialisierten Behandlungen pro Jahr. Dazu kommen diagnostische Abklärungen und Interventionen bei diversen Verhaltensauffälligkeiten. Bei etwa 100 Fällen muss man aufgrund der komplexen Symptomatik mit Intensivbehandlungen rechnen – dies bedeutet Konsultationen in wöchentlichem Abstand sowie intensive Umgebungsarbeit während Monaten bis Jahren. Erfahrungsgemäss benötigen Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und akuter psychischer Störung meist eine intensive diagnostische Phase und unter Umständen psychopharmakologische Behandlung sowie krisentherapeutische Interventionen, die vor allem von kinder- und jugendpsychiatrischen Fachpersonen geleistet werden muss.

Geht man davon aus, dass die besonders dafür spezialisierten Fachärztinnen/-ärzte neben der allgemeinen Klientel je etwa zehn bis 15 Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung pro Jahr behandeln können, ergibt sich also ein Bedarf von 20 spezialisierten und über den ganzen Kanton verteilten kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärztinnen- und -ärzten. Sie sollten in erster Linie unter den bereits vorhandenen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiatern des Kantons rekrutiert werden und subsidiär unter den am KJPD angestellten Fachärztinnen/-ärzten bzw. Psychologinnen /Psychologen.

Die Diagnostik und Therapie der psychischen Störungen sollte möglichst nahe am angestammten Umfeld der Betroffenen stattfinden. Eine Beratung der Bezugspersonen vor Ort ist integraler Bestandteil der Behandlung. Eine konsiliarische Tätigkeit verschiedener Fachärztinnen/-ärzte in den verschiedenen Formen der Sonderschulung und vor allem in den diversen Sonderschuleinrichtungen bietet sich deshalb an.

Ein Netz niedergelassener Fachärztinnen/-ärzte soll aus bereits vorhandenen Praxen und Stellen des KJPD aufgebaut werden. Es handelt sich also um eine Spezialisierung und Vernetzung bestehender fachärztlicher Ressourcen. Einige Fälle benötigen eine intensive, länger andauernde psychotherapeutische Behandlung; diese können auch ausgebildete und spezialisierte Psychologinnen/Psychologen leisten. Die Fachpersonen benötigen ausreichende Weiterbildungen im Bereich der Diagnostik und der Behandlung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Sie sollten ohne grössere Wartezeiten Abklärungen und Behandlungen anbieten können. Jede sonderpädagogische Einrichtung benötigt eine etablierte Zusammenarbeit mit einer ambulanten Stelle des KJPD bzw. mit einer Kinder- und Jugendpsychiaterin / einem Kinder- und Jugendpsychiater für konsiliarische Beurteilungen und Behandlungsüberweisungen.

2.4 Angebot

2.4.1 Voraussetzungen

Es gibt eine ausreichende Zahl von ca. 20 der bereits niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiatern, die untereinander vernetzt sind und die sich im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung weiterbilden.

Die Finanzierung der Behandlungen erfolgt über eine Verrechnung der psychiatrischen Leistungen durch die Fachärzte nach Tarmed.

Die Notfallversorgung bei Abwesenheit der spezialisierten zuständigen Fachperson erfolgt über den regulären Notfalldienst des KJPD.

2.4.2 Zuweisung

Die Zuweisung in die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung und Behandlung erfolgt immer über die Sorgeberechtigten oder mit deren schriftlichem Einverständnis durch Betreuende. Eine Anmeldung durch Betreuende ohne Information und Einverständnis der Sorgeberechtigten ist nicht möglich. Falls eine Behandlungsbedürftigkeit vorliegt und kein Einverständnis erwirkt werden kann, wird die Vormundschaftsbehörde zugezogen. Sollte das Einverständnis der Sorgeberechtigten nicht vorliegen, kann bei einem Notfall eine psychiatrische Beurteilung und Behandlung durchgeführt werden; die Sorgeberechtigten müssen dann aber so schnell wie möglich einbezogen werden.

2.4.3 Behandlungsort

Die ambulanten Behandlungstermine erfolgen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Institution/Praxis oder vor Ort in der sonderpädagogischen Einrichtung. Das Kind wohnt weiterhin in seinem angestammten Umfeld.

2.4.4 Sicherstellung der Versorgung: Ziele

- Es wird eine Adressliste von Fachpersonen und der internen Ansprechpersonen der KJPD-Stellen erarbeitet. Sie wird den sonderpädagogischen Einrichtungen, den Schulgemeinden, der Elternvereinigung insieme, der Pro Infirmis sowie den Früherziehungsstellen zugänglich gemacht.
- Für jede sonderpädagogische Einrichtung (Schulheime und Sonderschulen) ist mindestens eine kinder- und jugendpsychiatrische Fachperson (vom KJPD oder Niedergelassene) als Ansprechperson für kinder- und jugendpsychiatrische Fragestellungen benannt. Ist die Fachperson abwesend, übernimmt eine Vertretung ihre Aufgaben. Die Zuständigkeiten werden aufgelistet.
- Es gibt eine ausreichende Zahl von Abklärungsplätzen und etwa 100 bis 150 Therapieplätzen für behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischer Störung.
- Bei Bedarf kann eine ambulante aufsuchende Versorgung (psychiatrische Spitex, sozialpädagogische Familienbegleitung) sowie eine psychologisch-psychiatrisch fundierte Elternarbeit ärztlich verordnet bzw. eingerichtet werden. Dazu bedarf es einer ausreichenden Spezialisierung der entsprechenden Angebote.

2.4.5 Weiterweisung

Sollte die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nicht ausreichen, erfolgt eine Beurteilung der Situation durch eine spezialisierte Fachärztin / einen spezialisierten Facharzt. Das weitere Vorgehen wird mit den Sorgeberechtigten und Betreuenden geplant. Ist das Kind im angestammten Umfeld nicht mehr tragbar oder zu stark beeinträchtigt, erfolgt eine Überweisung in eine intensivere Behandlungsform. Möglich sind:

- Eine Einweisung in eine Therapeutische Wohnschulgruppe (TWG) mit verstärkter sozialpädagogischer und kinderpsychiatrischer Begleitung innerhalb einer sonderpädagogischen Einrichtung (siehe Behandlungsstufe 2);
- bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung die Einweisung in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik bzw. bei dort fehlendem Platz in die Erwachsenenpsychiatrie (siehe Behandlungsstufe 3).

Die Einweisung in eine psychiatrische Klinik erweist sich in Notfällen unter Umständen als unumgänglich, weist aber grosse Nachteile für die Betroffenen auf: Das Setting ist für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung besonders ungünstig, unter anderem wegen der Überforderung, der Reizüberflutung und dem Mangel an Betreuungsstrukturen. Daher sollten solche Einweisungen mit den neuen Versorgungsstrukturen möglichst vermieden werden.

Zuweisungs- und Aufnahmekriterien für die Behandlungsstufen 2 und 3 sind neben der Schwere der Symptomatik auch die Ressourcen und vor allem die Aussicht auf Behand-

lungserfolg auf der jeweiligen Behandlungsstufe. Hierzu bedarf es einer kinder- und jugendpsychiatrischen Fachexpertise.

Der Zuweisungsprozess in die Angebote auf der Behandlungsstufe 2 wird durch die Schulpsychologischen Dienste gesteuert, welche die kinder- und jugendpsychiatrische Fachperson zur Expertise beiziehen.

2.4.6 Bewilligung, Aufsicht

Es handelt sich um Behandlungen im Rahmen der regulären ärztlichen Tätigkeit von bestehenden ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen bzw. Facharztpraxen. Vorschriften über Bewilligung und Aufsicht entsprechen daher den vorhandenen Regelungen für die allgemeine psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

2.4.7 Qualität

Es gelten die allgemeinen Regeln zur Qualitätssicherung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung durch Ausbildung und gesicherte Weiterbildungsverpflichtung der Fachärztinnen/-ärzte. Zudem gelten für die Tätigkeit des KJPD die Qualitätssicherungsmassstäbe der Institution. Zusätzlich bedarf es eines Qualitätszirkels im Sinn einer Arbeitsgemeinschaft der auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung spezialisierten Fachärztinnen/-ärzte und Psychologinnen/Psychologen.

2.5 Fachstelle

Um die Qualität des ambulanten Angebots zu gewährleisten und die Qualitätsentwicklung der Angebote auf der Behandlungsstufe 2 sowie die Zuweisungsprozesse zwischen den Behandlungsstufen zu unterstützen, soll eine kantonale Fachstelle aufgebaut werden.

Sie hat die Aufgabe, die bereits bestehenden Ressourcen von Fachärztinnen/-ärzten und Psychologinnen/Psychologen im Kanton zu optimieren und zu koordinieren. Sie vermittelt deshalb Weiterbildungsangebote sowie Know-how über das diagnostische Instrumentarium und therapeutische Methoden, die bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung eingesetzt werden. Zudem ist sie supervisorisch bei Fachfragen tätig.

In zweiter Linie ist die Fachstelle bei auftretenden Versorgungslücken und in speziell schwierigen Fällen direkt für Behandlungen zuständig.

Die Fachstelle unterstützt auch die Zuweisungsprozesse zu den Angeboten auf der Behandlungsstufe 2 und 3 mit fachlichen Expertisen. Eine fachlich unterstützte Zuweisung verhindert eine Überlastung der Angebote durch unnötige Zuweisungen.

Gemäss Verordnung über die sonderpädagogischen Massnahmen (VSM) ist die Schulpflege zuständig für die Zuweisung zur Sonderschulung – Basis bildet eine Empfehlung des verantwortlichen Schulpsychologischen Diensts (SPD). Bei einem Übertritt in die Angebote auf der Behandlungsstufe 2 ist eine solche Zuweisung in aller Regel bereits erfolgt, da eine Sonderschulung bereits vorher bestand. Es handelt sich also um einen Wechsel der sonderpädagogischen Einrichtung bei weiter bestehender Sonderschulindikation aufgrund von psychischen Auffälligkeiten, die einen engeren Betreuungsrahmen notwendig machen. Eine kinder- und jugendpsychiatrische Beurteilung soll den SPD bei der indizierten Empfehlung für Angebote der Behandlungsstufe 2 unterstützen (siehe auch: Behandlungsstufe 2, 3.4.3).

Da es im Moment noch keine spezialisierten Behandlungsangebote mit stationären Plätzen für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und schweren psychischen Störungen gibt, sind die Zuweisungsprozesse in die Behandlungsstufe 3 sehr aufwändig. Die Fachstelle unterstützt die jeweils Behandelnden im Einzelfall bei der Suche nach einem geeigneten

Platz oder erarbeitet alternative Vorschläge. Sie führt eine Liste geeigneter inner- und ausserkantonaler Institutionen und hält mit diesen Kontakt.

Zusammenfassend hat die Fachstelle also folgende Aufgaben:

Informationsbeschaffung und -verteilung:

- Erstellen eines minimalen diagnostischen Inventars für diese besondere Klientel mit Empfehlungen zur Anschaffung für die involvierten Stellen des KJPD sowie der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater.
- Aufbau eines webbasierten Informationsangebots für alle involvierten Fachpersonen zum Thema.
- Erstellen von Empfehlungen anhand der aktuellen Literatur zur besonderen Psychopharmakologie der Klientel.
- Erarbeiten der aktuellen Empfehlungen aus der Literatur zur therapeutischen Behandlung – daraus ergeben sich Empfehlungen für die erforderlichen Weiterbildungen der involvierten Stellen des KJPD sowie der Fachärztinnen/-ärzte.

Weiterbildung:

- Bekanntgabe bestehender Weiterbildungsangebote sowie Organisation von Weiterbildungen (ein- bis zweimal pro Jahr) für Fachärztinnen/-ärzte und Psychologinnen/Psychologen.
- Organisation von Weiterbildungen für die Mitarbeitenden der therapeutischen Wohnschulgruppen auf der Behandlungsstufe 2 (ein- bis zweimal pro Jahr).

Vernetzung:

- Informationsveranstaltung über die Fachstelle auf der Behandlungsstufe 1 und die therapeutischen Wohnschulgruppen auf der Behandlungsstufe 2 im Rahmen der Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie ZGKJP – das verlangt einen einmaligen Initialaufwand, eventuell gibt es Wiederholungen in grösserem Abstand.
- Gründung eines Vernetzungsgremiums interessierter Fachärztinnen/-ärzte und Psychologinnen/Psychologen – eventuell Aufbau auf bereits bestehendem Arbeitskreis –, Förderung dieses Gremiums mittels Informationen und Know-how, Anwerben weiterer Interessierter; angestrebt wird eine regionale Verteilung der Teilnehmenden über den ganzen Kanton und eine Vernetzung des Gremiums mit den Leitungspersonen der Angebote auf der Behandlungsstufe 2.
- Erstellen und Führen der Liste der für die Schulheime und Sonderschulen zuständigen Fachärztinnen/-ärzte und Stellen des KJPD – die Liste muss als einmaliger Initialaufwand erstellt und laufend aktualisiert werden.
- Kontaktaufnahme und -pflege mit Einrichtungen, die inner- und ausserkantonale Plätze für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischer Störung bieten;
- Fördern des Informationsaustauschs zwischen niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten bzw. Stellen des KJPD und den Behandlungsangeboten auf der Behandlungsstufe 2 – dies kann etwa mit der Organisation von Austausch auf Leitungsebene oder im Rahmen der ZGKJP erreicht werden.
- Bei psychiatrischen Hospitalisationen: Unterstützen der Zusammenarbeit zwischen den Behandlungsteams auf der Behandlungsstufe 3 und den zuständigen Fachpersonen auf der Behandlungsstufen 1 und 2, um die möglichst rasche Reintegration der Kinder und Jugendlichen zu fördern.
- Beraten der Behandlungsteams auf der Behandlungsstufe 3 über Möglichkeiten eines geeigneten Settings nach dem Austritt und der weiteren Platzierung nach Beendigung der Hospitalisation; gegebenenfalls Vermittlung geeigneter Einrichtungen.

Fachexpertisen mit Patientenkontakt:

- Fachliche Unterstützung von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiatern im Einzelfall, dadurch Förderung der Bereitschaft zur Fallübernahme und Verbesserung der fachlichen Qualität.
- Fachliche Unterstützung im Einzelfall bei schwierigen Fällen des KJPD.
- Fachliche Beratung der Schulpsychologischen Dienste für die Empfehlung einer Zuweisung in die Behandlungsstufe 2 – Grundlage sind ein Patientenkontakt sowie eine Befragung der Bezugspersonen mit anschliessendem Erstellen einer Fachexpertise.
- Fachliche Unterstützung der kinder- und jugendpsychiatrischen Zuweisung in die Behandlungsstufe 3 (Beratung der involvierten Fachärztinnen/-ärzte) sowie direkte Zuweisungen in die Behandlungsstufe 3 bei schwierigen Einzelfällen.
- Übernahme besonders komplexer Fälle oder bei Versorgungsengpässen für kürzere Behandlungen.

Supervision:

- Supervisionen für die Mitarbeitenden der therapeutischen Wohnschulgruppen auf der Behandlungsstufe 2 (kontinuierlich).
- Supervisionen für Fachärztinnen/-ärzte und Psychologinnen/Psychologen nach Bedarf.

Die Fachstelle wird mit einem Stellenpensum von 80 % dotiert. Die Stelle wird mit einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie besetzt. Die Fachstelle wird dem KJPD Zürich angegliedert.

2.5.1 Evaluation der Fachstelle

Da es sich um ein neues Angebot handelt, erhält die Fachstelle den Auftrag, ihre Tätigkeiten und Leistungen fortlaufend und umfassend zu dokumentieren. Aufgebaute Angebote hinsichtlich Information und Weiterbildung werden gemäss ihrer Menge, Nutzung sowie der Zufriedenheit der Adressatinnen und Adressaten evaluiert. Die Anzahl erstellter Fachexpertisen, abgegebener Zweitmeinungen und fachlicher Supervisionen wird dokumentiert, die Zufriedenheit mit der Leistung wird systematisch erfasst. Der finanzielle Aufwand und der Ertrag der Fachstelle werden vom KJPD laufend erfasst und ausgewertet. Eine Evaluation der Tätigkeiten und Leistungen des Angebots sowie der Kostendeckung erfolgt nach zwei Jahren Tätigkeit (siehe auch: Vorläufiger Umsetzungsplan). Anhand der Evaluation wird die weitere Dotierung der Fachstelle nach Ablauf der zweijährigen Aufbauphase festgelegt.

3. Behandlungsstufe 2: Stationäre sonderpädagogische und ambulant psychiatrische Behandlung in Therapeutischen Wohnschulgruppen

3.1 Ausgangslage

Bei allen Kindern und Jugendlichen gilt bei psychischen Störungen der Grundsatz: ambulant vor stationär. Bei Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung gilt dieser Grundsatz sogar verstärkt. Ihre Entwicklung weist charakteristischerweise Verzögerungen auf, die in den einzelnen psychischen Dimensionen und auch innerhalb einer Dimension sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können. Kognitive Fähigkeiten wie Wahrnehmung, Denken und Sprache, die Spielentwicklung und die sozial-emotionale Entwicklung sind dabei stärker betroffen. Plakativ ausgedrückt ist die materielle und soziale Welt für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung – wie für jüngere oder viel jüngere normalbegabte Kinder – oft schwer begreiflich und damit potentiell bedrohlich⁷. Stabile, ihren Möglichkeiten und Bedürfnissen angepasste Lebensräume mit emotional verfügbaren, konstanten Bezugspersonen sind daher eminent wichtig – erst recht bei einer zusätzlichen psychischen Störung.

Allerdings hat eine ambulante psychiatrische Versorgung auch bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung Grenzen. Unter Umständen lassen sich diese Grenzen hinauschieben mit Home-Treatment und/oder mit begleitenden Massnahmen – dazu zählen etwa sonderpädagogische, psychologische und/oder psychiatrische Beratung von betroffenen Familien und Fachpersonen, eine auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen spezialisierte sozialpädagogische Familienbegleitung, Entlastungsstunden durch die Psychiatrie-Spitex oder eine temporäre Eins-zu-eins-Betreuung in der Schule. Auch dann kann die psychische Störung aber ein Ausmass erreichen, das die Möglichkeiten, die Tragfähigkeit, das Know-how von Familie und Schule bei aller Unterstützung überfordert und intensivere und umfassendere Angebote verlangt.

Für die Ausgestaltung solcher Angebote gilt zu beachten, dass rein intensivierete psychiatrische und psychotherapeutische Angebote den komplexen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung nicht gerecht werden. Gegen eine reine Intensivierung sprechen unter anderem:

- Probleme in der psychiatrischen Diagnostik⁸ (zum Beispiel wegen der oft eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten der Betroffenen);
- das de facto bestehende Kontinuum zwischen psychischen Störungen am einen Ende und Verhaltensauffälligkeiten als primär sonderpädagogisch relevante „challenging behaviors“ am anderen⁹;
- die weiterhin vorhandenen sonderpädagogischen, pädagogisch- und oft auch medizinisch-therapeutischen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen;
- die für den Heilungsprozess elementare Gestaltung eines Milieus, das bezüglich materieller Umweltbedingungen und gestalteter Interaktionen entwicklungsgerecht den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Betroffenen entspricht¹⁰.

⁷ Vgl. zu entwicklungspsychologischen Aspekten: Senckel, Barbara (2003):

Entwicklungspsychologische Aspekte bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Irlich, Dieter; Stahl, Burkhard (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Hogrefe: Göttingen, S. 71-147.

⁸ Vgl. dazu etwa Schmidt, Holger (2007): Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten. In: Schnanze, Christian: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Schattauer: Stuttgart 2007, S. 25-27.

⁹ Vgl. dazu etwa Lingg, Albert; Theunissen, Georg (2008): Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. 5., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Lambertus: Freiburg i.B., Kapitel 1.

¹⁰ Vgl. dazu auch: Došen, Anton (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Hrsg. von Klaus Hennicke und Michael Seidel. Hogrefe: Göttingen, insbesondere Kapitel 7.

Auf allen Behandlungsstufen ist ein multidisziplinärer Ansatz unter Einbezug der Sonderpädagogik angezeigt – so, wie er auch in der Fachliteratur immer wieder gefordert und skizziert wird¹¹. Der multidisziplinäre Ansatz ist besonders wichtig auf der zweiten Behandlungsstufe; die Betroffenen können hier nicht mehr adäquat in ihren bisherigen und offenen familiären und pädagogischen Lebenskontexten unterstützt werden, sie sind mit einem für sie neuen, spezifisch therapeutischen Setting konfrontiert.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass oft noch keine Hospitalisation indiziert ist, wenn die ambulanten Möglichkeiten nicht mehr ausreichen. Es braucht keine ständige psychiatrische Überwachung, und die möglicherweise involvierte Selbst- und/oder Fremdgefährdung kann noch von alltagsnäheren und damit grundsätzlich vertrauteren Systemen aufgefangen werden. Umgekehrt zeigt sich, dass eine direkte Rückkehr in die offenen Herkunftssysteme von Familie und Schule nach einer stationären Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oft noch nicht den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Betroffenen und ihrem Umfeld entspricht; die Rückkehr kommt zu früh, überfordert die Beteiligten und untergräbt damit die erste erreichte Stabilisierung und den Heilungsprozess.

Die klinische Erfahrung und erste empirische Studien zeigen weiter, dass psychische Störungen bei Kindern und Jugendliche mit geistiger Behinderung schon im frühen Kindesalter beginnen und die problematischen Lebens- und Verhaltensformen oft über Jahre andauern¹². Die Psychiatrie ist aber gerade auch für Kinder und Jugendliche kein vertretbares Lebensumfeld, selbst wenn die ambulanten Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Die aktuellen und normalisierenden Bemühungen um eine adäquate psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung dürfen also auf keinen Fall zu einer Welle von Rehospitalisierung führen.

Adäquat wirkt die Angebotsform, die sich im Gefolge der *Enthospitalisierung* erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung und psycho-sozialen Auffälligkeiten und sekundär ab den 1990er-Jahren bei der Suche nach Lösungen für deren psychiatrische Versorgung entwickelte: In der Schweiz und in verschiedenen anderen europäischen Ländern sind neben ambulanten und beratenden Diensten einzelne intensiv betreute und multidisziplinär gestärkte Therapeutische Wohngruppen (TWG) innerhalb von sonderpädagogischen Institutionen entstanden. Exemplarische Darstellungen von TWG für Kinder, Jugendliche oder Erwachsene im In- und im Ausland finden sich im Anhang.

Insgesamt lässt sich zu TWG Folgendes festhalten: Fachliteratur, klinische Erfahrung, erste Evaluationen und fortgesetzte Eröffnungen sprechen klar dafür, dass TWG im Rahmen von sonderpädagogischen Institutionen für viele Menschen mit geistiger Behinderung für eine beschränkte Zeit ein adäquates therapeutisches Setting bzw. einen angepassten Lebensraum unter besonderen Umständen schaffen. Übersteigt die psychische Störung der Betroffenen die Möglichkeiten auf der Behandlungsstufe 1, bieten TWG passende, effektive und – verglichen mit einer psychiatrischen Station – relativ vertraute und alltagsnahe Bedingungen für Heilungs-, Entwicklungs- und Lernprozesse.

¹¹ Siehe zum Beispiel: Došen, Anton (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Hrsg. von Klaus Hennische und Michael Seidel. Hogrefe: Göttingen; Lingg, Albert; Theunissen, Georg (2008): Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. 5., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Lambertus: Freiburg i.B.; Sarimski, Klaus; Steinhausen, Hans-Christoph (2008): Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 11, Hogrefe: Göttingen; Schanze, Christian (2007): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Schattauer: Stuttgart.

¹² Vgl. Sarimski, Klaus; Steinhausen, Hans-Christoph (2008): Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 11, Hogrefe: Göttingen, S. 14f.

Es scheint daher für das vorliegende Konzept fachlich begründet, zwischen der psychiatrisch ambulanten Behandlungsstufe 1 und einer psychiatrisch stationären Behandlungsstufe 3 eine psychiatrisch intensivierete Behandlungsstufe 2 zu schaffen. Sie ist nach wie vor ambulant, sonderpädagogisch hingegen stationär.

Wird nun diese Behandlungsstufe 2 für Schülerinnen und Schüler mit geistiger Behinderung und psychischer Störung im Kanton Zürich weiter präzisiert – im Sinn eines kantonalen Rahmenkonzepts und ohne den Detaillierungsgrad eines spezifischen institutionellen Konzepts –, setzt dies selbstverständlich eine optimale Ausgestaltung einer ambulanten Behandlungsstufe 1 voraus. Weiter wird vorausgesetzt, dass intensiv nach Lösungen für eine Behandlungsstufe 3 gesucht wird. Auch die Situation von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung kann sich so krisenhaft entwickeln, dass eine psychiatrische Hospitalisierung unvermeidlich wird. Auch die Hospitalisierung muss aber den komplexen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung angepasst, spezialisiert und multidisziplinär abgestützt sein.

3.2 Stufenspezifische Leitgedanken und Leitziele

- Spezifische, multidisziplinär integrierte sonderpädagogisch-psychiatrische Betreuungs-, Förderungs- und Therapieangebote für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischer Störung durch TWG ermöglichen in sonderpädagogischen Einrichtungen Heilungs-, Entwicklungs- und Lernprozesse in adäquatem Rahmen.
- TWG sichern einen möglichst langen Verbleib im sonderpädagogischen Umfeld und zielen auf eine Reintegration in die Herkunftssysteme von Familie und Schule oder/und in reguläre sonderpädagogische Angebote – damit wirken sie integrativ.
- TWG basieren auf einem ganzheitlichen Menschenbild, auf einem bio-psycho-sozialen Verständnis von geistiger Behinderung und psychischer Störung und arbeiten nach wissenschaftlich gestützten und praktisch bewährten Methoden.

3.3 Bedarf

Der fachliche Bedarf nach entsprechenden Angeboten ist bereits in der Ausgangslage festgehalten.

Eine numerische Schätzgrösse für kantonale Angebote auf der Behandlungsstufe 2 liefert eine Umfrage, die im Schuljahr 2007/08 bei den Leitenden von Heilpädagogischen Schulen durchgeführt wurde. Es ging damals um den Bedarf in allen drei Konzeptstufen des Pilotkonzepts «Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung», das zum laufenden Nachfolgeprojekt «Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung» geführt hat. Bei der Umfrage wurden die drei Behandlungsstufen kurz skizziert, dann wurde gefragt, wie viele Kinder im Schuljahr 2007/08 von einem stufenspezifischen Angebot profitiert haben bzw. davon hätten profitieren können. Das Resultat: Spezialisierte Angebote im Rahmen von sonderpädagogischen Institutionen gemäss Behandlungsstufe 2 wären in jenem Schuljahr für 38 Kinder und Jugendliche wichtig gewesen¹³.

Das ist keine überraschend hohe Zahl. Eine Fragebogenuntersuchung im Kanton St. Gallen über Kinder und Jugendliche mit leichter Intelligenzminderung und psychischen Störungen vom November 2009 zeigt: Zwischen 2006 und 2008 wäre ein Angebot auf der Behandlungsstufe 2 (wie das einzige derartige Angebot im Kanton St. Gallen, die Buebenegg im Johanneum) durchschnittlich für etwa 18 Kinder pro Kalenderjahr indiziert gewesen¹⁴. Das ist

¹³ Vgl. Barth, Regina; Baur, Mirko (2008): Resultate zur Umfrage „Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung im Kanton Zürich“. Unveröffentlichte Zusammenfassung, Sonderschulheim Ilgenhalde, Fehraltorf.

¹⁴ Vgl. Kooremann Fitze, Annemarie (2009): Was brauchen leicht geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen? Eine qualitative und quantitative Untersuchung über Hilfsangebote im Kanton St. Gallen. Bachelorarbeit an der Zürcher Hochschule für Angewandte

zwar ebenfalls eine Schätzgrösse aufgrund einer direkten Nachfrage bei Feldfachleuten, sie lässt sich aber recht gut mit jener aus der genannten Zürcher Umfrage vergleichen. Für den Vergleich muss man allerdings auf die Sonderschulplatzzahlen zurückgreifen. Wie bereits erwähnt, hat der Kanton Zürich für das Schuljahr 2010/11 gemäss Volksschulamt, Sektor Sonderpädagogik, 1855 integrierte und separierte Sonderschulplätze für Sonderschülerinnen und -schüler mit geistiger oder mehrfacher Behinderung angeboten. Der Kanton St. Gallen zählt in seiner Statistik der Sonderschulung für das Schuljahr 2010/11 870 separierte Sonderschulplätze für Sonderschülerinnen und -schüler mit geistiger oder mehrfacher Behinderung¹⁵. Offiziell als *Sonderschüler/-innen* mit geistiger oder mehrfacher Behinderung integriert wurden in St. Gallen gemäss Telefongespräch vom 23. Mai 2011 mit dem Amt für Volksschule, Abteilung Sonderpädagogik, auch in diesem Schuljahr nur ganz wenige Schülerinnen und Schüler, und dies im Rahmen eines kantonalen Projekts. Aus dem Vergleich mit 1855 bzw. 870 spezifischen Sonderschulplätzen ergibt sich eine grosse Nähe der beiden Schätzgrössen für Versorgungsangebote auf der Behandlungsstufe 2. Und dies, obwohl sich die St. Galler Untersuchung auf den grösseren Anteil von Kindern mit geistiger Behinderung beschränkt – nämlich auf Kinder und Jugendliche mit leichter Intelligenzminderung.

3.4 Angebot

3.4.1 Zielgruppe, Indikation

Angebote auf der Behandlungsstufe 2 richten sich an Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung im sonderpädagogischen Schulalter, deren psychische Störung

- die Möglichkeiten einer ambulanten psychiatrischen Versorgung übersteigt und/oder
- die Möglichkeiten, die Tragfähigkeit und das Know-how der besuchten (Sonder-)Schule bzw. des involvierten Schulheims und der betroffenen Familie bei aller ambulant möglichen Unterstützung übersteigt.

Angebote auf der Behandlungsstufe 2 sind nicht adäquat für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischer Störung, die eine ständige psychiatrische Überwachung brauchen und/oder deren Selbst- und/oder Fremdgefährdung durch Angebote auf der Behandlungsstufe 2 nicht adäquat aufgefangen werden können.

3.4.2 Angebotsdefinition

TWG in sonderpädagogischen Einrichtungen bieten den ihnen anvertrauten Kindern Betreuung inklusiv Pflege¹⁶, Erziehung, Unterricht und Therapie und damit ein klientelgerecht ausgestaltetes stationäres Angebot der Sonderschulung.

Die TWG bestehen im Rahmen feldspezifischer Schulheime und funktionieren als Therapeutische Wohnschulgruppen (TWSG).

Charakteristisch sind für TWSG die fundamentale und flexible Intensivverzahnung von Sozial- und Sonderpädagogik bzw. Wohnen und Schule sowie eine institutionalisierte, kontinuierliche, enge und hochfrequente Zusammenarbeit mit psychiatrischen und unter Umständen auch psychologischen Fachleuten.

Wissenschaften, Angewandte Psychologie, Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie. Mörschwil, S. 53.

¹⁵ Vgl.

http://www.schule.sg.ch/home/volksschule/kinder_mit_behinderung/sonderschulkonzept.Par.0014.DownloadListPar.0014.File.tmp/SSK%20Anhang%203%20-%20Statistik%20Schüler%2010-11.pdf. Stand: 23. Mai 2011.

¹⁶ Pflegeleistungen sind auch rechtlich nicht systemfremd in der Sonderschulung und im Kinderheimwesen. Die intensiven Förder- und Pflegebedürfnisse von Kindern definieren den Typus B von Tagessonderschulen in den Richtlinien zum Pensum für Tagessonderschulen vom 1. Juli 2008. Und in der Verordnung über die Jugendheime vom 4. Oktober 1962 wird den Aufsichtsorganen im § 7 Abs. 2 vorgeschrieben, darauf zu achten, dass Personal für Pflege und Erziehung in genügender Anzahl vorhanden ist (und sich charakterlich und beruflich für seine Aufgabe eignet).

Wohnen und Schule sind als Grundlösung räumlich unmittelbar miteinander verbunden und bilden gemeinsam ein sozialtherapeutisch wirksames, sozial- und sonderpädagogisches Milieu. Dabei werden zur Sicherung einer adäquaten Pflege auch Pflegefachleute mit Schwerpunkt Psychiatrie ins Team eingebunden.

Eine kontinuierliche kinder- und jugendpsychiatrische Begleitung ist gesichert durch eine in eigener Praxis oder im KJPD tätige Fachperson, die in der TWSG regelmässig Konsiliar- und Liaison-Leistungen erbringt.

Für Konsiliar- und Liaison-Leistungen kann zusätzlich auch eine psychologische Fachperson beigezogen werden.

Zusätzlich werden pädagogische und medizinische Therapien nach den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Kinder und Jugendlichen angeboten. Dazu gehören für einzelne Betroffene individuell passende Psychotherapien.

3.4.3 Zuweisung und Wechsel der Behandlungsstufe

Die Zuweisung richtet sich nach dem Merkblatt «Zuweisung zur Sonderschulung» des Volksschulamts, Abteilung Sonderpädagogisches. Die Abklärung des besonderen Förderbedarfs involviert dabei zwingend die spezialisierte Fachstelle für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischer Störung im KJPD. Einbezogen wird sie vom Schulpsychologischen Dienst (SPD).

Die Zuweisung in ein Angebot auf der Behandlungsstufe 2 setzt vor allem Folgendes voraus:

- Eine diagnostisch begründete Versorgungsempfehlung durch die – von den Durchführungsstellen unabhängige – spezialisierte Fachstelle im KJPD zuhanden des betroffenen SPD;
- einen adäquaten Platz in einem Angebot auf der Behandlungsstufe 2 aufgrund einer kooperativen Einschätzung von der im Angebot eingebundenen kinder- und jugendpsychiatrischen ärztlichen Fachperson, der Teamleitung der TWSG und der in der Einrichtung für Aufnahmen zuständigen pädagogischen Leitungsperson;
- wenn immer möglich einen Konsens von Sorgeberechtigten und zuweisender Schulpflege, da eine gelingende Kooperation mit den betroffenen Eltern häufig zentral ist für den nachhaltigen Erfolg bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen¹⁷;
- eine schriftliche Bereitschaftserklärung der bisherigen Schule, das Kind nach seinem Aufenthalt in der TWSG wenn immer möglich und für das Kind und seine Familie passend wieder bei sich aufzunehmen.

Der Wechsel von einem Angebot auf der Behandlungsstufe 2 zu einem auf der Behandlungsstufe 1 erfolgt mit einer entsprechenden Empfehlung durch die im Angebot eingebundene kinder- und jugendpsychiatrische ärztliche Fachperson – und zwar über ein Schulisches Standortgespräch (SSG), bei dem die Sorgeberechtigten, die sonderpädagogische und kinder- und jugendpsychiatrische Nachfolgeinstitution, der zuständige SPD und die betroffene Schulgemeinde einbezogen werden. Fallführend ist die für das Angebot auf der Behandlungsstufe 2 beauftragte sonderpädagogische Einrichtung. Sie ist damit verantwortlich für

- die Suche nach Nachfolgelösungen unter Einbezug der Sorgeberechtigten (mit einer Erstprüfung der Passung und der Möglichkeiten in der bisherigen Sonderschulung),

¹⁷ Vgl. etwa Hollenstein, Selina (2010): Die psychiatrische und sonderpädagogische Betreuung von lern- bis geistig behinderten Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen. Evaluation der Wohnschulgruppe Buebenegg. Bachelorarbeit an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Angewandte Psychologie, Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie. Bern, S. 23.

- die Übertrittsbegleitung,
- das SSG.

Der Wechsel von einem Angebot auf der Behandlungsstufe 2 in ein psychiatrisch stationäres Angebot auf der Behandlungsstufe 3 erfolgt notfalls über die im Angebot eingebundene kinder- und jugendpsychiatrische ärztliche Fachperson oder die zuständige Notfallärztin / den zuständigen Notfallarzt, in der Regel aber über die spezialisierte Fachstelle des KJPD. Die Entscheidung über die fachliche Indikation für die Aufnahme trifft die zuständige Oberärztin / der zuständige Oberarzt des KJPD.

3.4.4 Angebotsausgestaltung

3.4.4.1 Gruppengrösse

Kleine Gruppengrössen und ein hoher Personalschlüssel sind im Wohn- und Schulteil aus mehreren gewichtigen Gründen angezeigt: Wegen

- des in der charakteristischerweise verzögerten Entwicklung verfestigten Erlebens von Mit- und Umwelt als potentielle Bedrohung¹⁸, das durch die psychische Störung akzentuiert wird;
- der im Vergleich mit der kognitiven Entwicklung oft basalen emotionalen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Störungen und Verhaltensproblemen¹⁹;
- der bei Menschen mit geistiger Behinderungen und psychischer Störung meist sehr intensiven Auffälligkeiten psychosozialer Entwicklungsstörungen²⁰ bzw. der oft involvierten Palette an «challenging» bis «severely challenging behaviors»²¹;
- der aufgrund der psychischen Störung und der geistigen Behinderung komplexen Bedürfnisse der Betroffenen²².

Mit Blick auf die bisherigen Erfahrungen in Pilotprojekten in den Kantonen St. Gallen und Zürich bietet eine TWSG Platz für 4 bis 5 Kinder.

3.4.4.2 Öffnungszeiten

TWSG können an 365 Tagen im Jahr genutzt werden. Um ein möglichst konstantes und interdisziplinär eng verschränktes Setting zu schaffen, erfolgt die Sonderschulung ohne fixe Unterbrüche durch die sonst üblichen 13 Wochen Schulferien – trotz gesichertem Ferienanspruch der Lehrpersonen. Wochenend- und Ferienprogramme der Kinder und Jugendlichen werden individuell geplant. Die institutionsspezifischen Betriebskonzepte der TWSG können obligatorische Präsenzzeiten festlegen.

3.4.4.3 Aufenthaltsgestaltung

In der Regel verläuft der Aufenthalt in einer TWSG in drei Phasen. Die *Eintrittsphase* dauert zwei bis drei Monate. In dieser Zeit werden eine integrative, interdisziplinäre und ganzheitliche Diagnostik, eine abschliessende Arbeitshypothese und ein darauf basierender individueller Förderplan sowie ein Förderprogramm unter Einbezug der Sorgeberechtigten und der Kinder und Jugendlichen gemäss deren Möglichkeiten erstellt.

¹⁸ Vgl. Ausgangslage, Fussnote 7.

¹⁹ Vgl. Došen, Anton (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Hrsg. von Klaus Henricke und Michael Seidel. Hogrefe: Göttingen, S. 73.

²⁰ Vgl. zum Beispiel a.a.O., S. 60f.

²¹ Vgl. zum Beispiel Dieckmann, Friedrich; Giovis, Christos (2006): Therapeutische Wohngruppen für geistig behinderte Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten in Baden-Württemberg. Evaluationsstudie im Auftrag des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Münster, S. 28.

²² Vgl. dazu die drei Evaluationsberichte von Dieckmann/Giovis (2006, siehe Fussnote 21), Hollenstein (2010, siehe Fussnote 17) und Kostka/Kammermann, (2010, siehe Fussnote 39 im Anhang).

In der *Therapiephase*, die mindestens sechs Monate dauert, werden Förderplan und -programm umgesetzt, laufend überprüft und angepasst.

In der *Austrittsphase* von drei Monaten wird die Suche nach einer Anschlusslösung zentral – und damit die individuell zugeschnittene Reintegrationsunterstützung. Erste Schritte zu einer neuen Lösung können etwa ein Wechsel in eine Teilinternatslösung in der TWSG oder eine Sonderschulung im Rahmen der üblichen Angebote der beauftragten sonderpädagogischen Einrichtung sein. Kinder und Jugendliche, Familien, sonderpädagogische und psychiatrische Anschluss-Institutionen werden bezüglich des kommenden Austritts bedürfnisgerecht vorbereitet, beraten und unterstützt. Dazu dienen auch der Austrittsbericht und das Austritts- und Übergabegespräch unter Einbezug der Sorgeberechtigten und der Kinder und Jugendlichen gemäss deren Möglichkeiten. Erfolgt kein Austritt auf Ende des ersten Aufenthaltsjahrs, werden ein interdisziplinärer Jahresbericht erstellt und ein Jahresschlussgespräch im Rahmen eines Schulischen Standortgesprächs geführt.

Wie bereits erwähnt, spricht die klinische Erfahrung dafür, dass psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung schon im frühen Kindesalter beginnen und dass problematische Lebens- und Verhaltensformen oft über Jahre andauern²³. Obwohl erste Evaluationen²⁴ klar auf positive Effekte von TWSG hinweisen, ist daher mit längeren Aufhalten zu rechnen. In der Regel ist aber die Aufenthaltszeit in einer TWSG auf maximal zwei Jahre befristet. Eine Verlängerung darüber hinaus ist nur ausnahmsweise möglich und verlangt einen Beschluss der zuständigen Schulpflege, dem eine Versorgungsempfehlung durch die spezialisierte Fachstelle des KJPD zugrunde liegt.

3.4.4.4 Räumliche Ausgestaltung

Räumlich verfügen die rollstuhlgängigen TWSG über:

- Ein Einzelzimmer pro Kind – bei Bedarf kann dieses auch in ein Doppelzimmer umgewandelt werden;
- passende Gruppen-, Freizeit-, Beschäftigungs- und Schulungsräume;
- passende sanitäre Einrichtungen;
- ein strapazierfähiges, möglichst verletzungssicheres, abschliessbares «Rückzugszimmer» für verhaltenstherapeutisches Time-Out, räumlich abgetrenntes Time-In, freiwilliges oder verordnetes «Chill-Out», für reizarme Auszeiten und weitere Interventionen mit möglichst direktem Zugang zum Badezimmer und einem weiteren Eingang;
- ein Büro mit abschliessbarem Medikamentenkasten und Büro-Infrastruktur;
- ein Pikettzimmer.

Sämtliche Türen und Fenster sind abschliessbar, sämtliche Fenster und Spiegel splitter- bzw. bruchsicher. Wenn möglich verfügen die TWSG über einen gesicherten eigenen Aussenraum. Sie nutzen zudem die allgemeinen Sport-, Therapie- und Freizeitanlagen der sonderpädagogischen Einrichtung, der sie angeschlossen sind.

3.4.4.5 Institutionelle Einbindung und personelle Ausgestaltung

TWSG haben sozialpädagogische, psychiatriepflegerische oder sonderpädagogische Teamleitungen, die institutionell unterschiedlich im Organigramm eingebunden sind. Eine Co-Leitung durch eine Fachperson aus dem Wohn- und dem Schulteil wird zur Stärkung der Intensivverzahnung von Wohnen und Schule begrüsst.

²³ Vgl. Sarimski, Klaus; Steinhausen, Hans-Christoph (2008): Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 11, Hogrefe: Göttingen, S. 14f.

²⁴ Vgl. dazu insbesondere: Dieckmann, Friedrich; Giovis, Christos (2006): Therapeutische Wohngruppen für geistig behinderte Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten in Baden-Württemberg. Evaluationsstudie im Auftrag des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Münster.

Die Teams sind multidisziplinär zusammengesetzt. Ein Teil davon ist das **Kernteam**. Ihm gehören an:

- Mindestens eine diplomierte Pflegefachperson mit Schwerpunkt Psychiatrie und wenn möglich mit Erfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie;
- Fachpersonen Betreuung mit Schwerpunkt Behindertenbetreuung;
- Sozialpädagoginnen und -pädagogen;
- schulische und/oder klinische Heilpädagoginnen und -pädagogen.

Ein sozialpädagogischer Ausbildungsplatz im Kernteam ist denkbar, ein Praktikum hingegen nicht.

Die Pensen der Mitarbeitenden sind den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Betroffenen angepasst. Sie erlauben eine sicherheitsstiftende, verlässliche, konstante, personenzentriert gestaltete Beziehungsarbeit. Weiter ermöglichen sie entwicklungs-, aber auch situations- und störungsgerechte, flexible, ausgesprochen individualisierte Betreuungs-, Förderungs- und Therapieprogramme mit möglichen Phasen von Eins-zu-eins-Betreuung und Einzelbeschulung. Die Pensen sind so gewählt, dass sie die zentrale multidisziplinäre Zusammenarbeit und die ebenso wichtige Kooperation mit Beratung, Begleitung und Unterstützung der Herkunfts- und Nachfolgeinstitutionen ermöglichen. Damit eine personelle Konstanz und Stabilität gewährt bleibt, betragen sie mindestens 50 % pro Fachperson,

Mit Blick auf die bisherigen Erfahrungen im Kanton Zürich ist je nach Behinderungs- und Störungsgrad der Kinder und Jugendlichen mit durchschnittlichen Pensen zwischen 180 % und 280 % im Wohnteil und zwischen 30 % und 37.5 % im Schulteil pro Kind oder Jugendlichen zu rechnen.

Neben dem Kernteam gehören folgende Fachleute zum Team:

- Eine in eigener Praxis oder im KJPD tätige **kinder- und jugendpsychiatrische ärztliche Fachperson**. Sie erbringt in der TWSG regelmässig Konsiliar- und Liaison-Leistungen – während mindestens einem halben Tag pro Woche. Sie ist zuständig für die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, für die medikamentöse Unterstützung und für die psychiatrische Fallführung. Sie arbeitet eng mit weiteren Ärzten zusammen, vor allem mit dem für die allgemeinmedizinische Betreuung zuständigen Heim- oder Kinderarzt. Gleichzeitig übernimmt die Fachperson die psychiatrische Beratung des TWSG-Teams, führt in Absprache und zusammen mit den Fachpersonen des Teams Elterngespräche oder familientherapeutische Gespräche und arbeitet bei der konzeptionellen Weiterentwicklung der TWSG mit.
- Eventuell eine für Konsiliar- und Liaison-Leistungen eingebundene **psychologische Fachperson** – je nach Ermessen und den finanziellen Möglichkeiten des beauftragten Schulheims.
- Eventuell **institutionseigene pädagogische und medizinische Therapeutinnen und Therapeuten**. Ihr Einsatz erfolgt kindsgerecht gemäss Rahmenangebot der beauftragten Schulheime. Diese Fachpersonen erbringen ihre Leistungen während der Schulwochen der jeweiligen sonderpädagogischen Einrichtung sowie nach den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Kinder und Jugendlichen – inner- oder ausserhalb der TWSG.
- Eventuell unterschiedliche niedergelassene **Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater** oder delegiert arbeitende **Psychotherapeutinnen/-therapeuten**. Sie führen ihre individuell ausgerichteten Psychotherapien für einzelne Kinder oder Jugendliche je nach deren Möglichkeiten und Bedürfnissen in der eigenen Praxis, in Räumen der sonderpädagogischen Einrichtung oder der TWSG durch.

3.4.4.6 Das sozialtherapeutische Milieu

Das sozialtherapeutische Milieu einer TWSG ist ein Gemeinschaftswerk – eine kooperative Leistung der temporären Arbeits- und teilweise auch Lebensgemeinschaft von unterschiedlichen Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung sowie

unterschiedlichen Fachpersonen unterschiedlicher Professionen. Eine Beschreibung dazu findet sich im Anhang.

3.4.4.7 Diagnostik, Förderung und Betreuung

TWSG arbeiten mit:

- Einem integrativen, multidisziplinären und ganzheitlichen Assessment in der gemeinsamen Haltung einer verstehenden Diagnostik²⁵;
- einer darauf basierenden, kontinuierlich weiter entwickelten Förderplanung unter Einbezug der Sorgeberechtigten und der Kinder und Jugendlichen gemäss deren Möglichkeiten;
- darauf fundierten, multidisziplinär integrierten, individuell auf die Kinder und Jugendlichen zugeschnittenen Betreuungs-, Förderungs- und Therapieprogrammen.

Integrativ meint dabei in der Diagnostik den Einbezug folgender vielfältiger Informationen in einer individuell nach Störung und Situation gewichteten Akzentuierung:

- Zur Lebens- und Entwicklungsgeschichte der Kinder und Jugendlichen in ihren bisherigen Kontexten;
- zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand und eventuell zu besonderen medizinischen Aspekten, etwa neurologischen oder genetischen;
- zu ihrem klinisch-psychiatrischen Bild (wenn möglich nach ICD-10);
- zu ihrem Fähigkeiten-, Stärken-, Interessen- und Entwicklungsprofil;
- zu ihrem Beziehungssystem, den entsprechenden Ressourcen und der Passung der bisherigen materiellen und Beziehungs-Angebote;
- zum psychosozial auffälligen Verhalten im Sinn einer Funktionalen Verhaltensanalyse²⁶.

Je nach resultierender Arbeitshypothese und Förderplan besteht das stets vorläufige Interventionsprogramm aus einer mehr oder weniger umfassenden, individuellen Mischung von:

- Anpassung der Anforderungen, der Beziehungs- und Umfeldgestaltung an die Interessen, Möglichkeiten, Bedürfnisse und an das – vermutlich heterogene – Entwicklungsprofil der Kinder und Jugendlichen²⁷;
- systemischen Interventionen, Ermächtigungen und Angeboten;
- medizinischen und/oder medizinisch-therapeutischen Massnahmen;
- Psychopharmaka-Therapie;
- einem den individuellen Möglichkeiten, Bedürfnissen und der psychischen Störung entsprechenden psychotherapeutischen Angebot;
- Unterstützungsprogrammen der Positiven Verhaltensunterstützung²⁸, gerade auch bezüglich Kommunikation²⁹;
- einer gewissermassen sonderpädagogisch üblichen gezielten, individualisierten, ressourcenorientierten, systemisch-lösungsorientierten, stärkenden, angemessen partizipativen bzw. pädagogisch-kooperativen, hochgradig und klar strukturierten, sorgfältig rhythmisierten pädagogischen und pädagogisch-therapeutischen Betreuung und Förderung auf der Grundlage von klientelgerecht gestalteten professionellen

²⁵ Siehe zum Beispiel: Lingg, Albert; Theunissen, Georg (2008): Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. 5., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Lambertus: Freiburg i.B., S. 27-29.

²⁶ Vgl. dazu etwa Theunissen, Georg (2008): Positive Verhaltensunterstützung. Eine Arbeitshilfe für den pädagogischen Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Lernschwierigkeiten, geistiger Behinderung und autistischen Störungen. Unter Mitarbeit von Michael Schubert. Lebenshilfe-Verlag: Marburg.

²⁷ Vgl. dazu Došen, Anton (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Hrsg. von Klaus Henricke und Michael Seidel. Hogrefe: Göttingen

²⁸ Vgl. Fussnote 26.

²⁹ Vgl. Carr, Edward G. et al. (2006): Communication-Based Intervention for Problem Behavior. A User's Guide for Producing Positive Change. Eighth printing, Baltimore.

Beziehungen zu den Kindern und Jugendlichen. In die Betreuung und Förderung können je nach Kind und Jugendlichen, Situation und Gruppe unterschiedliche Konzepte und Ansätze einfließen, etwa aus der Erlebnispädagogik, der kognitiven Verhaltenstherapie, der Unterstützten Kommunikation, des TEACCH-Ansatzes oder der pädagogischen Biographie-Arbeit.

Die individualisierte Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen und deren relevanten Kontexten verläuft nicht isoliert oder klinisch, sondern im gemeinschaftlichen, relativ vertrauten, alltagsnahen Kontext der TWSG. Sie ist dank ihrer multidisziplinär integrierten Ressourcen und der milieutherapeutischen Nutzung des Gruppenlebens der zentrale Ort für Entwicklungs- und Lernprozesse.

3.4.5 Kernleistungen zusammengefasst

Insgesamt erbringen die TWSG folgende Kernleistungen:

- Ein flexibles Vollinternatsangebot über 365 Tage mit einer individuell zugeschnittenen sozialpädagogischen und psychiatriepflegerischen Betreuung und Förderung. Die Nutzung dieses Angebots ist den individuellen Möglichkeiten und Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Aufenthaltsphasen angepasst.
- Eine mit dem Internatsangebot eng verzahnte Sonderschulung. Diese findet einzeln oder in Kleinstgruppen in Schulräumen der TWSG statt. Die sonderpädagogische Förderung ist individuell zugeschnitten, erfolgt in einem individuell adäquaten, zur Aufenthaltsphase passenden Pensum und ohne fixe Unterbrüche durch Schulferien.
- Ambulante, aber kontinuierliche psychiatrische Leistungen durch eine für Konsiliar- und Liaison-Leistungen fest eingebundene kinder- und jugendpsychiatrische ärztliche Fachperson.
- Individuell zugeschnittene Therapieprogramme mit psychotherapeutischen, medizinisch- und/oder pädagogisch-therapeutischen Angeboten.
- Eine individuell zugeschnittene psychiatrische, therapeutische, sozial- und/oder sonderpädagogische Reintegrationsunterstützung von Kindern und Jugendlichen, Familien, sonderpädagogischen und psychiatrischen Nachfolgesystemen auf dem Weg von Angeboten auf der Behandlungsstufe 2 zu Angeboten auf der Behandlungsstufe 1. Dazu gehören erste reintegrative Schritte unter Nutzung der regulären Angebote von Wohnen, Schule und Freizeit der beauftragten sonderpädagogischen Institutionen.
- Eine laufende und individuell zugeschnittene Koordination der Leistungen und eine intensive Kooperation aller beteiligten Fachpersonen auf der gemeinsamen Basis eines ganzheitlichen Menschenbilds.
- Eine integrative, multidisziplinäre und hochgradig individualisierte Diagnostik, Förderplanung, Betreuung, Förderung und Therapie.
- Ein sozialtherapeutisches Milieu.
- Eine individuell zugeschnittene Kooperation mit Beratung und Unterstützung der betroffenen Sorgeberechtigten, Familien, Herkunfts- und Nachfolgeinstitutionen auf der Grundlage einer humanistischen, personenzentrierten, systemisch-lösungsorientierten und kooperativen Haltung³⁰.

3.4.6 Angebotsplanung

Werden Angebote auf der Behandlungsstufe 2 aufgebaut, besteht die Gefahr, dass die Behandlungsstufe 1, die einen Verbleib der Betroffenen in ihren bisherigen familiären und sonderpädagogischen Kontexten ermöglicht, zu schnell verlassen wird. Wie unter Punkt 4.3. und in Kapitel 1 dargestellt, braucht es deshalb für die Behandlungsstufe 2 eine fachlich

³⁰ Für passende Beratungskonzepte vgl. etwa: Bamberger, Günter G. (2005): Lösungsorientierte Beratung. 3. Auflage. Beltz: Weinheim und Basel. // Mutzeck, Wolfgang (2002): Kooperative Beratung. Grundlagen und Methoden der Beratung und Supervision im Berufsalltag. Überarbeitete und erweiterte Neuauflage der 3. Auflage 1999. Beltz: Weinheim und Basel. // Spiess, Walter (Hrsg., 2000): Die Logik des Gelingens. Lösungs- und entwicklungsorientierte Beratung im Kontext von Pädagogik. 2. Auflage, Borgmann: Dortmund.

indizierte Zuweisung, die durch die Fachstelle des KJPD unterstützt wird. Zusätzlich sind gegenüber der numerischen Einschätzung des Bedarfs auch mittelfristig nur reduzierte Platzzahlen vorgesehen.

Diese werden bedürfnisorientiert spezialisiert geplant – aufgrund der in der Fachliteratur besprochenen unterschiedlichen Störungsspektren sowie der diagnostischen Möglichkeiten und Behandlungsmöglichkeiten von Menschen mit leichteren bzw. schwereren Behinderungsformen und psychischen Störungen³¹.

Dabei scheint es sinnvoll und auch hinsichtlich einer regional adäquaten Versorgung günstig, auf den beiden Pionierangeboten im Kanton Zürich aufzubauen: auf die Pilotprojekte in der Stiftung Bühl und der Ilgenhalde.

Kurzfristig kann es dabei nur um diese bestehenden neun Plätze gehen. Ein weiterer Ausbau ist mit dem laufenden Sanierungsprogramm des Kantons nicht finanzierbar und vor der kommenden Versorgungsplanung zum sonderschulischen Angebot im Kanton Zürich auch nicht sinnvoll.

Ab Januar 2012 sollen daher die bestehenden fünf Plätze für Kinder und Jugendliche mit leichter bis mittlerer geistiger Behinderung und psychischer Störung in der Stiftung Bühl und die bestehenden vier Plätze für Kinder und Jugendliche mit mittlerer bis schwerster geistiger Behinderung und psychischer Störung in der Stiftung Ilgenhalde zur Verfügung stehen.

Mittelfristig sind weitere 9 Plätze in weiteren zwei TWSG vorgesehen. Vorausgesetzt für diesen Ausbau werden eine entsprechende Versorgungsplanung zur Sonderschulung und die Erarbeitung eines Konzepts für die stationäre psychiatrische Behandlungsstufe 3. Konkret geht es beim Ausbau um weitere fünf Plätze in einer zweiten TWSG für Kinder und Jugendliche mit leichter bis mittlerer geistiger Behinderung und psychischer Störung in der Stiftung Bühl und um weitere vier Plätze in einer zweiten TWSG für Kinder und Jugendliche mit mittlerer bis schwerster geistiger Behinderung und psychischer Störung in der Stiftung Ilgenhalde.

Bei anhaltendem Bedarf sind langfristig weitere ein bis zwei TWSG für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischer Störung in der Stiftung Vivendra in Dielsdorf vorgesehen.

3.4.7 Bewilligung und Aufsicht

TWSG schaffen ein klientelgerecht ausgestaltetes stationäres Angebot der Sonderschulung. Sie werden darum vom Volksschulamt, Abteilung Sonderpädagogisches, bewilligt und beaufsichtigt. Grundlage für die Betriebsbewilligung ist eine entsprechende Änderung des Rahmenkonzepts der beauftragten Schulheime.

3.4.8 Qualität

Grundsätzlich richtet sich die Qualitätsüberprüfung, -sicherung und -entwicklung von Angeboten auf der Behandlungsstufe 2 nach den QM-Lösungen der beauftragten Schulheime gemäss deren Rahmenkonzepten.

³¹ Vgl. zum Beispiel: Sarimski, Klaus; Steinhausen, Hans-Christoph (2008): Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 11, Hogrefe: Göttingen. Oder: Došen, Anton (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Hrsg. und bearbeitet von Klaus Henniscke und Michael Seidel. Hogrefe: Göttingen.

Darüber hinaus sind die beauftragten Schulheime verpflichtet, ein Konzept zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen zu führen, die betroffenen Kernteams in Aggressionsmanagement sowie in den Grundlagen zur alltäglichen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung zu schulen und nach Bedarf weitere kollektive Formen von Weiterbildung wie Supervision, Intervention und Fachberatung zu ermöglichen. Ein wichtiges Angebot dazu stellt die Fachstelle im KJPD zur Verfügung.

Empfohlen werden überdies jährlich ein bis zwei Treffen zumindest der Teamleitungen von TWSG in der Deutschschweiz.

4. Behandlungsstufe 3: Stationäre psychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung

4.1 Ausgangslage

Im Kanton Zürich gibt es 21 kinder- und jugendpsychiatrische stationäre Behandlungsplätze für Kinder bis 13 Jahren und 30 akute kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsplätze für Jugendliche ab 13 Jahren – 18 im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Zürich und 12 auf der Adoleszentenstation der ipw Winterthur. Diese Plätze stehen grundsätzlich allen Kindern und Jugendlichen mit akuter psychischer Erkrankung offen, unabhängig von einer allfälligen geistigen Behinderung. Es werden immer wieder Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung aufgenommen, wobei deren Anzahl je nach Dringlichkeit der Anmeldungen schwankt.

Der KJPD ist verpflichtet, Kinder vor deren 14. Geburtstag im Notfall bei Selbst- oder Fremdgefährdung aufzunehmen. Der Bedarf übersteigt die Anzahl Behandlungsplätze, deshalb müssen im Kanton Zürich jedes Jahr über 100 Jugendliche ab 14 Jahren mit akuten psychischen Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie hospitalisiert werden. Diese Unterversorgung beim KJPD betrifft gleichermassen Jugendliche mit oder ohne geistige Behinderung. Der KJPD ist bestrebt, die Unterversorgung im stationären Bereich durch Erweiterung der Kapazitäten abzubauen.

Die Hospitalisation von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung auf regulären kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen birgt einige Schwierigkeiten. Es besteht dort kein spezialisiertes Behandlungsangebot für diese Klientel, von allem nicht für Kinder und Jugendliche mit mittelschwerer bis schwerer geistiger Behinderung. Es mangelt an spezialisiert ausgebildeten Psychiatriepflegefachleuten, Sozialpädagoginnen/-pädagogen und schulischen Heilpädagoginnen/-pädagogen für die Betreuung geistig Behinderter. Zur Integration von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung in eine Gruppe von psychisch kranken und zum Teil sozial schwer auffälligen Kindern und Jugendlichen fehlen Know-how und Ressourcen.

Die Umgebungsgestaltung ist auf kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen nicht speziell den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung angepasst. Durch fehlende räumliche Abschirmung in Kombination mit unruhiger Atmosphäre und Interaktionen mit anderen Patientinnen und Patienten kann es zu einer Verschlechterung der psychischen Situation der Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung kommen. Zudem gibt es immer wieder geistig behinderte Jugendliche, die in akut psychisch erregtem Zustand sowie bei grösserer Diskrepanz zwischen ihrem beträchtlichen kognitiven Entwicklungsrückstand und ihrer kräftigen Körperstatur auf regulären kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen eine Gefährdung für die anderen Kinder und Jugendlichen darstellen. Die Personalressourcen zur intensiven Einzelbetreuung sowie die baulichen Voraussetzungen für eine adäquate Abschirmung sind oft nicht vorhanden. Hier gibt es Situationen, in denen eine Hospitalisation auf einer Kinder- oder Jugendabteilung ein zu grosses Risiko darstellt, weshalb eine Einweisung in die Erwachsenenpsychiatrie erfolgt. Solche Situationen gibt es auch bei Jugendlichen ohne geistige Behinderung, die durch ein zu hohes Aggressivitätsniveau und mangelnde Impulskontrolle andere Jugendliche der Abteilung gefährden.

4.2 Perspektiven

Die Erhebung des Bedarfs und Ausarbeitung eines adäquaten Behandlungsangebots für stationäre psychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung sprengt den Rahmen der Konzeptarbeit der bestehenden Arbeitsgruppe.

Perspektivisch ergeben sich vorläufig zwei Szenarien:

- Aufbau einer spezialisierten Behandlungseinheit im Kanton Zürich mit wenigen Behandlungsplätzen. Sie würde zusätzlich zum vorhandenen Angebot geschaffen und vom KJPD geleitet und wäre einer vorhandenen Behandlungseinheit angeschlossen. Der Aufbau dieser neuen Behandlungseinheit erscheint nur sinnvoll, wenn die Einheit eine kritische Grösse nicht unterschreitet.
- Aufbau einer spezialisierten Behandlungseinheit für die Deutschschweiz mit einer grösseren Anzahl von Behandlungsplätzen. Sie würde zusätzlich zum vorhandenen Angebot geschaffen. In diesem Falle bedarf es der Kooperation mit den KJPD anderer Kantone.

4.3 Weiteres Vorgehen

Soll eine spezialisierte Behandlungseinheit in Kooperation mit mehreren Kantonen aufgebaut werden, muss eine Arbeitsgruppe mit interkantonaalem Auftrag der Gesundheitsdirektionen gebildet werden und ein entsprechendes Konzept erarbeiten.

5. Finanzierung

5.1 Behandlungsstufe 1

Die ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen von niedergelassenen Ärzten und Psychologen werden ausschliesslich über die Krankenkassen finanziert. Werden solche in Ambulatorien des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) erbracht, trägt die Gesundheitsdirektion einen Anteil der Kosten (§ 11 Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz).

5.2 Behandlungsstufe 2

Angebote auf der Behandlungsstufe 2 werden über Beiträge der betroffenen Schulgemeinden und der Bildungsdirektion an die beauftragten Schulheime finanziert.

Die Kostenaufteilung entspricht der Aufteilung der Gesamtkosten für die Sonderschulung zwischen Kanton und Gemeinden: 60 % übernimmt die Bildungsdirektion, 40 % übernehmen die betroffenen Gemeinden.

In der nächsten Überarbeitung der Verfügung zu den Versorgertaxen in beitragsberechtigten Tagessonderschulen, Schulheimen und Jugendheimen wird daher eine Versorgertaxe für Therapeutische Wohnschulgruppen (TWSG) eingeführt.

Die Bildungsdirektion schafft für das Angebot TWSG eine besondere Kategorie im Datenblatt der beauftragten Schulheime.

Die Konsiliar- und Liaisonleistungen der einbezogenen kinder- und jugendpsychiatrischen ärztlichen, eventuell auch der psychologischen Fachpersonen werden *für Leistungen am Kind* über die jeweilige Krankenkasse oder über die IV, *für Leistungen zugunsten des Angebots auf der Behandlungsstufe 2* durch das entsprechende Schulheim als Leistungen Dritter finanziert.

Die beauftragten Schulheime sind verpflichtet, Medikamente, medizinische Massnahmen, ärztliche bzw. ärztlich delegierte Psychotherapien, Pflegeleistungen, Ergo- und Physiotherapien so weit wie möglich über die betroffenen Krankenkassen bzw. die IV³² abzurechnen.

Zur Abrechnung von Pflegeleistungen³³ über die involvierten Krankenkassen beantragen die beauftragten Schulheime bei der Gesundheitsdirektion eine Bewilligung für eine In-House-Spitex gemäss «Merkblatt für die Erteilung einer Betriebsbewilligung für eine Spitex-Institution». Um Unverhältnismässigkeiten auszuschliessen, erfolgt dieser Schritt erst nach einer Überprüfung mit dem Volksschulamt, Abteilung Sonderpädagogisches.

Bei einer In-House-Spitex übernimmt eine im Kernteam eingebundene Pflegefachperson die Fachleitung des Pflegebereichs. Sie bleibt der TWSG-Teamleitung unterstellt.

³² Die IV übernimmt die zur Behandlung von *anerkannten Geburtsgebrechen* notwendigen medizinischen Massnahmen ohne Selbstbehalte oder Franchisen. Die medizinischen Massnahmen der IV umfassen dabei gemäss Art. 14 Abs.1 Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG) und Rz. 1200 vom Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) mit Geltung ab 1. Januar 2010 Folgendes: die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Spital- oder Hauspflege vorgenommen wird (mit Ausnahme von Logopädie und Psychomotorik) sowie die Abgabe vom Arzt verordneter Arzneien und die Durchführung von Analysen.

³³ Gemäss Art. 7 Abs. 2 Krankenpflege-Leistungsverordnung des Bundes vom 29. September 1995 (KLV)

Mit einer In-House-Spitex sind die in TWSG eingesetzten Pflegeleistungen weitgehend gedeckt. Gemäss § 9 Abs.2 Pflegegesetz des Kantons Zürich vom 27. September 2010 (PG) wird nämlich von Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr keine Beteiligung an den Restkosten von Pflegeleistungen nach den Beiträgen der Versicherer erhoben. Die Restkosten übernimmt gemäss § 9 Abs. 4 und 5 PG die betroffene politische Gemeinde, in der die pflegebedürftige Person – oder bei Kindern die sorgeberechtigte Person – ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Voraussetzung für eine volle Übernahme der Restkosten ist allerdings ein entsprechender Auftrag der betroffenen Gemeinde. Ohne Auftrag übernimmt die Gemeinde einen nach einer Benchmark pauschalierten Beitrag gemäss § 15 PG.

Im Sinn einer Lösungsfindung im Einzelfall wird die Wohnsitzgemeinde der Sorgeberechtigten der betroffenen Schülerin oder des betroffenen Schülers daher in den Zuweisungsprozess gemäss 3.4.3. einbezogen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Eine Betriebsbewilligung für eine In-House-Spitex durch die Gesundheitsdirektion liegt vor.
- Auf deren Grundlage liegt eine Bestätigung des kantonalen Spitex-Verbands für einen grundsätzlich möglichen Eintritt in den Administrativvertrag mit der tarifsuisse ag vor.
- Die SASIS AG hat eine Zulassungsnummer erteilt.

5.3 Behandlungsstufe 3

Die Finanzierung der Behandlungen erfolgt über die Krankenkassen und die öffentliche Hand.

5.4 Fachstelle

Für die Fachstelle bedarf es einer 80-%-Anstellung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Fachperson am KJPD – bzw. zur besseren Abdeckung zwei Personen im Teilzeitpensum. Die Anstellung muss von der Gesundheitsdirektion finanziert werden.

Die Fachstelle wird teilweise rückfinanziert durch Einnahmen bei der Verrechnung von Leistungen an Patienten nach Tarmed.

Sämtliche Arbeiten der Fachstelle, die sie für die Einrichtungen der Bildungsdirektion erbringt – wie z.B. die Fachberatung der Teams –, werden der Fachstelle durch die Institutionen rückvergütet.

6. Anhang

6.1 Beispiele von Therapeutischen Wohngruppen

6.1.1 Sonderpädagogisch-therapeutische Spezialwohngruppen für Erwachsene

Im Saarland in Deutschland besteht seit den 1990er-Jahren ein landesweites, wohnortnahes Netz von sechs Therapeutischen Wohngruppen (TWG) für je sieben erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung sowie schweren Verhaltens- und psychischen Auffälligkeiten. Diese TWG arbeiten ohne Nachtwachen und Fachpersonen in der strukturierten Beschäftigung durch den Tag mit einem Betreuungsschlüssel von annähernd eins zu eins. Sie orientieren sich mit individualisierten Betreuungs-, Förderungs- und Therapieangeboten an sonderpädagogischen und sozialtherapeutischen Grundsätzen, integrieren dazu eine psychologische Fachperson in ihren Teams, bieten eine kontinuierliche psychiatrische Versorgung über niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater und garantieren neben einem langfristigen Zuhause je auch einen Krisenplatz für eine begrenzte Zeit intensiver Betreuung, Förderung und Therapie von Bewohnenden anderer Einrichtungen³⁴.

Auch in Baden-Württemberg sind TWG etabliert – in fünf sonderpädagogischen Einrichtungen für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und schwerwiegend herausforderndem Verhalten. Entstanden ist das Angebot über einen dreijährigen Modellversuch mit 290 Klientinnen und Klienten in zehn Einrichtungen. Der Versuch wurde durch die Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen evaluiert³⁵. Die Längsschnittuntersuchung ohne Kontrollgruppe mit fünf Messzeitpunkten vor und während dem auf maximal drei Jahre befristeten Aufenthalt in einer TWG belegt beeindruckende Erfolge: Vor dem Eintritt in eine TWG wurden die Studienteilnehmenden zu 74 % einmal oder mehrmals in einem psychiatrischen Krankenhaus stationär behandelt, bekamen zu über 90 % Psychopharmaka und wurden mit einer ganzen Palette von herausfordernden und als schwerwiegend herausfordernd taxierten Verhaltensweisen beschrieben, wie etwa Formen von körperlich-aggressivem und/oder selbstverletzendem Verhalten. Am Ende ihres Aufenthalts in einer TWG zeigen sie hingegen im Durchschnitt klar weniger herausfordernde Verhaltensweisen, weniger häufig schwerwiegend herausforderndes Verhalten und ein deutlich tieferes Gefährdungspotential. Gleichzeitig wird einem beträchtlichen Anteil von ihnen eine höhere kommunikative Kompetenz, eine grössere Frustrationstoleranz und eine bessere Lenkbarkeit attestiert. Die Lebenssituation hat sich für eine überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden insgesamt deutlich verbessert. Die Anzahl und die Dauer von psychiatrisch-stationären Aufenthalten etwa haben stark abgenommen, zum Teil kann auf bewegungseinschränkende Massnahmen wie Fixierungen ganz verzichtet werden. 79 % der Teilnehmenden zeigen gemäss Studie am Ende ihres Aufenthalts in einer TWG ein sozialverträglicheres Verhalten, nur 16 % haben diesbezüglich nur geringe oder keine Fortschritte gemacht. 55 % der Teilnehmenden könnten am Ende ihres Aufenthalts gemäss den Einschätzungen der TWG-Teams in eine reguläre sonderpädagogische Wohnform wechseln – tatsächlich möglich wird das aber nur für 32 %, für die anderen findet sich kein Platz.

Die Evaluationsstudie belegt also deutliche rehabilitative Effekte – und zeigt zugleich, wie schwierig es ist, diese in angepasst normalisierte Lebensbedingungen für die betroffenen Menschen münden zu lassen. Die Autoren bemängeln deshalb unter anderem, dass mit den künftigen Kontexten der Teilnehmenden zu wenig und zu spät gearbeitet werde, dass die

³⁴ Vgl. dazu auch Schanze, Christian; Schmitt, Ralf (2007): Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland. In: Schanze, Christian: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Schattauer: Stuttgart 2007, S. 264f.

³⁵ Vgl. Dieckmann, Friedrich; Giovis, Christos (2006): Therapeutische Wohngruppen für geistig behinderte Erwachsene mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten in Baden-Württemberg. Evaluationsstudie im Auftrag des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Münster.

TWG und ihre Kompetenzen zu wenig in regionalen Hilffsystemen verankert seien und dass inhaltlich und finanziell zu wenig Klarheit vorhanden sei bezüglich der Spielräume beim Schaffen und/oder Ausgestalten individuell passender, regulärerer Nachfolgelösungen. Sie verweisen darauf, dass sich besondere Dauerwohngruppen für Menschen mit herausforderndem Verhalten auch in Grossbritannien nicht bewährt hätten und diese Gruppen empirisch auffielen durch einen geringen Anregungsgehalt und ein geringes Aktivitätsniveau. Die Autoren können belegen, dass bis zum Abschluss des Modellversuchs eine (Re-)Integration in die regulären Arbeits- und Beschäftigungsangebote der sonderagogischen Institutionen für 85 % der Teilnehmenden noch während ihrer TWG-Zeit möglich sei – dank einer individuellen Anpassung der Arbeitszeit, der Arbeitsinhalte und der betrieblichen Regelungen und dank ergänzender individualisierter Betreuung, Förderung und Therapie in der übrigen Zeit auf der jeweiligen TWG.

Diese Erkenntnis sollte bei der Konzipierung von TWG zumindest zur Prävention von *deprivierenden* Daueraufenthalten genutzt werden. Die Verantwortlichen von Mariaberg, der historisch ersten Komplex-Einrichtung der Behindertenhilfe in Deutschland, beklagen in den politischen Wirren um eine Institutionalisierung der TWG nach Abschluss des Modellversuchs, dass ohne eine gesicherte Finanzierung der Spezialwohngruppen nichts anderes übrig bleibe, als Menschen mit geistiger Behinderung, psychischen Störungen und herausfordernden Verhaltensweisen, die eine Teilhabe am Leben in einer allgemeinen Wohngruppe fast unmöglich mache, immer wieder in die geschlossene Psychiatrie einzuweisen³⁶.

Vergleichbar bietet in der Schweiz zum Beispiel die Stiftung Wagerenhof auf ihrem Gelände in Uster ein Auffangnetz von so genannt «kleinen Wohnformen» oder auch «Strukturgruppen» an. Dieses Auffangnetz ist gedacht für Menschen mit geistiger Behinderung und «challenging behaviors», die für sie selbst und ihr Umfeld zu einer Belastung geworden sind, die für sie selbst oder für andere verletzend und/oder gar lebensbedrohlich sind und die daher üblichere Wohnformen wie etwa auf einer «Normwohngruppe» im Wagerenhof gemäss Konzept nahezu unmöglich machen. Die psychosozialen Auffälligkeiten der Betroffenen scheinen mit Formen auffälliger Stereotypen, zwanghafter Rituale, ausgeprägt aggressiven Verhaltens, von Angstzuständen, depressivem, wahnhaftem und autistischem Verhalten die Kriterien von Lingg und Theunissen zu erfüllen, um als Ausdruck einer psychischen Störung zu gelten: Sie scheinen aufzutreten in einer «(...) *bestimmten Schwere, Dichte, Häufigkeit, Verbindung und Dauer (...), den Menschen leiden [zu] machen und (oder) seine Lebensführung [zu] behindern*»³⁷. Die Strukturgruppen bieten diesen Betroffenen an 365 Tagen im Jahr ein therapeutisches Milieu für je maximal fünf Bewohnende, grundsätzlich ohne Ortswechsel und mit konstanten Bezugspersonen. Auch die Ferien können also in den kleinen Wohnformen verbracht werden. Inhalte und Ziele sind individualisiert. Neben sonder- und sozialagogischer Betreuung und Förderung gibt es auch medizinisch-therapeutische Angebote wie etwa Physiotherapie oder Massagen sowie Pflege. Konstant eingebunden sind neben dem Hausarzt auch Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie, Gynäkologie und Zahnmedizin. Ausserdem kann eine seelsorgerische Begleitung und Unterstützung in Anspruch genommen werden.

Die Strukturgruppen werden in der Regel von Sozialpädagoginnen/-pädagogen oder Pflegefachpersonen mit Schwerpunkt Psychiatrie geleitet. Alle Mitarbeitenden der Gruppen haben Erfahrung im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung, durchlaufen eine interne Weiterbildung im agogischen und pflegerisch-medizinischen Bereich und arbeiten zu

³⁶ Vgl.

http://www.mariaberg.de/wir/presse/meldungen_archiv/singevuewarchiv/?tx_ttnews%5BpS%5D=1130799600&tx_ttnews%5BpL%5D=2591999&tx_ttnews%5Barc%5D=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=24&tx_ttnews%5BbackPid%5D=64&cHash=0715555c08
Stand: 26.5.2011.

³⁷ Vgl. Lingg, Albert; Theunissen, Georg (2008): Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Compendium für die Praxis. 5., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Lambertus: Freiburg i.B., S. 24.

mindestens 60 %, damit Konstanz und Stabilität gewährt bleibt. Eine Ein-zu-eins-Betreuung ist jederzeit garantiert. Die Teams kooperieren intensiv über interdisziplinäre Standortgespräche, Teamsitzungen und regelmässige Eltern- und Versorgerabende, funktionieren untereinander als Partnerwohngruppen und profitieren von einer fix eingerichteten Beratung und Begleitung durch den internen Fachdienst Agogik. Für Beratung und Begleitung können sie auch auf den internen Fachdienst Pflege und die interne Physiotherapiestelle zurückgreifen. Ziel der Betreuung, Förderung und Therapie in den kleinen Wohnformen ist die Reintegration in eine «Normwohngruppe». Andererseits sollen die Bewohnenden bei entsprechendem Bedarf auch dauerhaft in einer Strukturgruppe leben können und dabei laut agogischem Konzept zu ihrer «bestmöglichen autonomen Lebensform» finden. Agogisch wird fokussiert auf die Ressourcen der begleiteten Menschen, auf eine personenzentrierte Interaktion, auf die gemeinsame Gestaltung eines individuell sinngebenden Lebensraums und auf die Pflege und Erweiterung des bestehenden sozialen Netzes. Methodisch stehen Strukturierung und Rhythmisierung der Angebote und verhaltenstherapeutische Strategien im Vordergrund. Unter anderem wird mit systematischer Verhaltensbeobachtung gearbeitet. Auch Time-out-Prozeduren kommen zum Einsatz, die dann speziell dokumentiert und überprüft werden. Die Arbeit wird durch angepasste Räumlichkeiten erleichtert: Alle Bewohnenden haben ihr eigenes Zimmer und finden auch in den Gemeinschaftsräumen Rückzugsmöglichkeiten. Auch für die Eins-zu-eins-Betreuung stehen Räume zur Verfügung. Einrichtung und Gestaltung der Räume sind stets individuell und an die jeweilige Gruppe angepasst und fallen nach Bedarf reizarm aus.

6.1.2 Sonderpädagogisch-therapeutische Spezialwohngruppen für Kinder und Jugendliche

Auch für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischer Störung gibt es erste vergleichbare Angebote. Eines findet man in Baden-Württemberg. Es gehört zur St. Lukas-Klinik der Stiftung Liebenau, die als Fachkrankenhaus auf körperliche und/oder psychische Erkrankungen von Menschen aller Altersstufen mit geistiger und mehrfacher Behinderung oder schweren Kommunikationsstörungen spezialisiert ist. Für Menschen mit geistigen Behinderungen und schwerwiegenden Problemen, die sich in einer konventionellen Wohngruppe oder in der Familie nicht mehr bewältigen lassen, gibt es ein sozialtherapeutisches Heim. Die Therapeutische Wohngruppe LEO 21 konzentriert sich dabei auf Jugendliche zwischen 12 und 21 Jahren mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen. Die Wohngruppe ist für die Jugendlichen der zentrale Ort ihrer Lebensführung und -gestaltung. Hier üben und erlernen sie soziale Kompetenzen, relative Selbstständigkeit und lebenspraktische Fertigkeiten. Sie entwickeln auch Alternativen zum problematischen Verhalten und Strategien zur Vermeidung von massiven Komplikationen oder krisenhaften Zuspitzungen. Dazu wird ihnen auf der Grundlage von kontinuierlichen Beziehungen zu den Bezugspersonen ein individuelles, entwicklungsadäquates und interdisziplinär verschränktes pädagogisch-psychologisch-psychiatrisches Betreuungs-, Förderungs- und Therapieprogramm angeboten – in einem sonderpädagogischen Rahmen mit klaren Strukturen, Regelungen, festen Absprachen und damit grosser Verlässlichkeit.

Das Team aus Erzieherinnen und Erziehern, Heilerziehungs- und Krankenpflegerinnen/-pflegern wird unterstützt von einem fest eingebundenen Psychologen, der die primär milieutherapeutisch ausgerichteten Angebote koordiniert. Ausserdem begleiten Ärztinnen und Ärzte, Psychiaterinnen und Psychiater die Wohngruppe kontinuierlich. Über die St. Lukas-Klinik können auch Psychotherapien bezogen werden. Ebenfalls im Haus angeboten wird die Sonderschulung in der Spital-Dependance einer grösseren heilpädagogischen Schule, die sich auch um die schulischen Bedürfnisse der Kinder in der hauseigenen kinder- und jugendpsychiatrischen Station kümmert. Die Klassen zählen im Durchschnitt fünf Schülerinnen und Schüler. Die Schulprogramme sind nicht nur inhaltlich, sondern auch zeitlich individuell den momentanen Möglichkeiten und Bedürfnissen der Kinder angepasst. Es gibt daher zum Beispiel LEO-Kinder, die während einer gewissen Zeit nur einzelne Lektionen besuchen oder in Krisen gar nicht zur Schule gehen. Die Wohngruppe selber ist

ausgelegt auf 17 Kinder und Jugendliche, wofür zehn Vollzeitstellen zur Verfügung stehen. Eine Eins-zu-eins-Betreuung ist nur temporär möglich.

Der therapeutische Aufenthalt in der LEO 21 ist individuell befristet und dauert maximal drei Jahre. Übergeordnetes Ziel ist die Reintegration in eine langfristige Wohn- und Schulform. Dazu führt die LEO 21 auch einen offeneren Übergangsbereich für jeweils fünf der 17 Kinder und Jugendlichen in der letzten Phase ihres Aufenthalts in der sozialtherapeutischen Wohngruppe. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Kooperation mit den Herkunftsinstitutionen sind nicht erst dann sehr wichtig. Die Angehörigen werden zum Beispiel in fortlaufenden Gesprächen intensiv mit einbezogen und auch über die Störungsbilder informiert. Die Nachfrage nach LEO 21 ist rege. Gemäss Telefongespräch mit dem Verantwortlichen am 27. Mai 2011 müsste das Angebot sofort verdreifacht werden, damit es mit ihr Schritt halten könnte. Diesbezüglich bestünde eine riesige Lücke.

In der Schweiz ist die 2006 eröffnete Wohnschulgruppe Buebenegg im Johanneum in Neu-St. Johann inzwischen gut eingespielt. Sie ist offiziell ein mit dem Erziehungsdepartement des Kantons St. Gallen vereinbartes und finanziell entsprechend ausgestattetes Pilotprojekt. 2010 wurde die Wohnschulgruppe Buebenegg im Rahmen einer qualitativ ausgerichteten Bachelor-Arbeit an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften evaluiert. Dabei wurde folgendes Fazit gezogen: *«Aufgrund der Fragestellung kann die Hypothese formuliert werden, dass die Buebenegg den Jugendlichen ein entwicklungsfreundliches, stabiles und kontinuierliches Milieu bietet, in welchem sie sich entwickeln können und so eine Chance erhalten, ihr Leben in Zukunft im Rahmen ihrer Möglichkeiten weitgehend selbstverantwortlich, selbstständig und selbstbestimmt zu führen.»*³⁸

Die Buebenegg bietet Platz für fünf Jugendliche mit Lern- oder leichteren Formen von geistiger Behinderung, die aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen nicht adäquat in einer regulären Wohngruppe des Johanneum betreut werden können. Sie benötigen kurz- bis mittelfristig ein engmaschiges interdisziplinäres System aus sonder- und sozialpädagogischer Betreuung und Förderung, psychiatrisch-psychologischer Unterstützung und Therapie. Schule und Wohngruppe bilden ein integriertes therapeutisches Milieu. Das Betreuungsteam besteht aus Fachpersonen aus der Sonder- und Sozialpädagogik und der Psychiatriepflege, aber auch aus (noch) nicht ausgebildeten Betreuungspersonen; es sind aber jederzeit ausgebildete Personen präsent. Geleitet wird die Wohnschulgruppe kooperativ von einer Pflegefachfrau mit Schwerpunkt Psychiatrie und einem Sozialpädagogen, wobei de facto auf gleicher Stufe auch der Lehrer einbezogen wird. Für Konsiliar- und Liaison-Leistungen fest eingebunden ist ausserdem eine Kinder- und Jugendpsychiaterin. Sie ist zuständig für die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, für die medikamentöse Unterstützung und für die psychiatrische Fallführung. Gleichzeitig übernimmt sie die psychiatrische Beratung des Wohnschulgruppen-Teams, führt Elterngespräche und familientherapeutische Gespräche zusammen mit den Fachpersonen des Teams und arbeitet bei der konzeptionellen Weiterentwicklung der Wohnschulgruppe mit. Psychotherapien werden nicht von ihr, sondern ausserhalb der Wohnschulgruppe und nicht allen Jugendlichen angeboten. Dafür führt die Kinder- und Jugendpsychiaterin regelmässig Gespräche mit jeder und jedem einzelnen Jugendlichen, einmal in der Woche an ihrem Präsenztag in der Buebenegg.

Die Wohnschulgruppe ist als Kriseninterventionsgruppe gedacht, daher ist der Aufenthalt der Betroffenen zeitlich begrenzt – in der Regel auf 15 Monate. Mittlerweile kann aber eine individuelle Verlängerung beantragt werden. Angepasst worden sind auch die Öffnungs-

³⁸ Vgl. Hollenstein, Selina (2010): Die psychiatrische und sonderpädagogische Betreuung von lern- bis geistig behinderten Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen. Evaluation der Wohnschulgruppe Buebenegg. Bachelorarbeit an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Angewandte Psychologie, Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie. Bern, S. 59.

zeiten der Buebenegg: Zusätzlich zu den obligatorischen Wochenenden in der Gruppe alle 14 Tage können jetzt bei entsprechendem Bedarf alle Wochenenden abgedeckt werden. Ferienhalber ist die Gruppe nur noch während vier Wochen geschlossen, aber auch in dieser Zeit kann die Betreuung notfalls angeboten werden – eine Ausnahme bilden nur die Festtage über Weihnachten und Neujahr. Für ein Schulheim bietet die Buebenegg damit eine sehr umfassende Abdeckung über das ganze Jahr und dazu auch einen grosszügigen Personalschlüssel, der bei entsprechendem Bedarf über eine beschränkte Zeit am Tag und in der Nacht eine durchgehende Eins-zu-eins-Begleitung erlaubt.

Ein Aufenthalt in der Buebenegg verläuft in drei Phasen: Die *Eintrittsphase* beginnt mit einer zehntägigen Probezeit. Sie wird zusammen mit den Eltern, allfälligen gesetzlichen Vertretungen, der Internatsleitung, der Gruppenleitung, der bisherigen Lehrperson, der bisherigen Gruppenleitung und der in der Buebenegg eingebundenen Kinder- und Jugendpsychiaterin ausgewertet; dann wird über die eigentliche Aufnahme entschieden. Der Auftrag wird geklärt, individualisierte Ziele werden formuliert. Das übergeordnete Ziel ist die Reintegration in die Ursprungssysteme – bzw. das Finden einer passenden Anschlusslösung, falls eine Reintegration nicht möglich ist.

In der *Stabilisierungsphase* stehen die Heilungsprozesse im Vordergrund. Die Betreuungs-, Förderungs- und Therapieprogramme und die eingesetzten Methoden sind individuell den Jugendlichen, deren Bedürfnisse und Möglichkeiten und damit auch deren Entwicklung angepasst. Das gilt teilweise auch für das angebotene therapeutische Setting, gerade bezüglich Schule: Jenseits der Grundlösung mit einer integrierten Sonderschulung in der Buebenegg in individuell unterschiedlichem Umfang kann eine Jugendliche, ein Jugendlicher inzwischen auch eine reguläre Klasse im Johanneum besuchen. Pädagogisch fokussiert die Buebenegg auf der Grundlage von möglichst tragfähigen, verlässlichen, selbstwertstützenden Beziehungen auf die Ressourcen der begleiteten Jugendlichen und auf ein systemisch-lösungsorientiertes Denken und Handeln. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Kooperation mit den Eltern sind daher zentral. Deshalb findet in der Stabilisierungsphase mindestens alle 3 Monate eine Standortbestimmung statt, an der alle teilnehmen, die auch an der Probezeitauswertung mit dabei waren. Mindestens einmal im Monat wird ein Elterngespräch durchgeführt, 14-tägig gibt es ein so genanntes Bezugspersonengespräch von Team und Jugendlichen zu pädagogischen Herausforderungen, Alltagsanforderungen, aktueller Zielerreichung und Wohlbefinden. Wöchentlich überprüft das Team in Fallbesprechungen die Erziehungs- und Förderplanung.

Auch psychotherapeutisch geht es letztlich um eine milieutherapeutische Arbeit, wenn eine externe Psychotherapie eingesetzt wird. Methodisch sind in der Buebenegg unter anderem erlebnispädagogische Angebote zum persönlichen Ausloten und Bewältigen von Grenzen und zum eindrücklichen Erleben von Wirksamkeit wichtig, aber auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Zugänge. Zum Beispiel wird mit dem «Stufenplan» gearbeitet, einem generellen Anforderungsprofil, das individuell gewichtet und regelmässig gemeinsam mit den Jugendlichen mit Punkten bewertet wird. Die Punkte wirken sich auf das Ausmass der individuellen Betreuung bzw. auf die Freiräume aus. Weniger verhaltenstherapeutisch als psychiatriepflegerisch wird bei grösserer Selbst- und/oder Fremdgefährdung auf entsprechende ärztliche Verordnung und jeweils kurzzeitig auch ein Isolierzimmer eingesetzt, was speziell dokumentiert werden muss.

Abgeschlossen wird der Aufenthalt in der Buebenegg mit der *Übertrittsphase*, in der die Suche nach einer passenden Anschlusslösung, der kommende Abschied und die Vorbereitung der Nachfolgesinstitutionen bzw. der austretenden Jugendlichen auf den gemeinsamen Neustart im Vordergrund stehen.

Im Vergleich mit der Buebenegg ist die «Passage» der Stiftung Schürmatt in Zetzwil im Kanton Aargau auf ein breiteres Spektrum von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung ausgerichtet – nämlich auch auf solche mit

schwererer geistiger Behinderung. Die Passage hat am 1. November 2011 eröffnet. Sie erfüllt einen Leistungsauftrag des Departements für Bildung, Kultur und Sport und arbeitet eng mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Station für Jugendliche des KJPD in Königsfelden zusammen. Sie ist gedacht für vorerst vier Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren aus dem ganzen Kanton, die nach einer Krisenintervention in Königsfelden noch nicht in ihr gewohntes familiäres und sonderpädagogisches Umfeld zurückkehren können. Angeboten wird ein engmaschiges und integriertes therapeutisches Setting, das ein interdisziplinäres Team aus sonder- und sozialpädagogischen sowie psychiatriepflegerischen Fachpersonen verantwortet. Das Team kann zweimal in der Woche auf Konsiliar- und Liaison-Leistungen einer Fachärztin oder eines Facharztes aus der Jugendstation in Königsfelden zählen. Umgekehrt bietet die Schürmatt bei stationären Psychiatrieaufenthalten von Jugendlichen mit geistiger Behinderung sonderpädagogische Beratung und Begleitung mit ganz unterschiedlichen Ausprägungsformen: von Schulungen der Mitarbeitenden zu den Mitteln der Unterstützten Kommunikation bis hin zur Sonderschulung von Patientinnen und Patienten vor Ort in Königsfelden. Die Betreuungs-, Förderungs- und Therapieprogramme sind auch in der Passage individuell, auch hier ist der Betreuungsschlüssel hoch, und auch hier sind die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Kooperation mit den familiären und schulischen Herkunftsinstitutionen sehr wichtig. Das übergeordnete Ziel einer Reintegration wird schon im Namen der Institution deutlich. Vorgesehen ist ein therapeutischer Aufenthalt von einem Jahr, wobei der Stiftungsverantwortliche in Bezug auf das Alter der Betroffenen und auch hinsichtlich der Aufnahme von Betroffenen ohne vorherigen Klinikaufenthalt für pragmatische, flexible, jugend- und situationsgerechte Lösungen votiert. Das gilt auch für eine mögliche Nutzung der regulären Wohn- und Schulangebote der Schürmatt im Anschluss an die Passage.

Die Stiftung Schürmatt ist aufgrund von langjährigen Erfahrungen mit eigenen Schülerinnen und Schülern mit geistiger Behinderung und psychischer Störung Vorreiterin im Kanton Aargau. Im Kanton Zürich gebührt diese Bezeichnung den Stiftungen Bühl und Ilgenhalde. Zu Beginn des Schuljahrs 2008/09 wurde in der Stiftung Bühl in Wädenswil auf eigene Initiative das «Intensive Förderprogramm für Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen» (IFJ) implementiert. Betreut und gefördert werden fünf Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischer Störung beiderlei Geschlechts im Alter von zehn bis 16 Jahren. Das Angebot wurde 2010 mit sehr guten Resultaten durch die Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik evaluiert. Das Fazit lautet: Das Angebot sei ein *«Beispiel für ein gut durchdachtes, auf die positive Verhaltensunterstützung nach Theunissen (...) ausgerichtetes Konzept, das mit einer durch Achtung, Respekt, Wertschätzung, Empathie, Authentizität und Offenheit geprägten Haltung aller im Programm Tätigen umgesetzt wird»*³⁹. Die grösste Stärke des Programms liege in der multidisziplinären Zusammensetzung der im IFJ Engagierten bzw. in der intensiven interdisziplinären Zusammenarbeit von Fachpersonen der Wohngruppe, der integrierten Sonderschulklasse und der fest eingebundenen psychologisch-psychiatrischen Unterstützung. Wie die zuvor mehr oder weniger detailliert skizzierten Angebote für Kinder mit geistiger Behinderung und psychischer Störung schafft also auch das IFJ ein stationäres sozialtherapeutisches Setting, das auf einer fundamentalen und flexiblen Intensivverzahnung von Sozial- und Sonderpädagogik, Wohnen und Sonderschulung beruht, aber auch auf einer institutionalisierten, kontinuierlichen, engen und hochfrequenten Zusammenarbeit mit psychologischen und psychiatrischen Fachpersonen und damit auf einem differenzierten ganzheitlichen Blick auf das Kind oder den Jugendlichen und seine Lebenskontexte. Die Betreuungs-, Förderungs- und Therapieprogramme fallen interdisziplinär koordiniert und damit ganzheitlich integriert aus. Sie werden entwicklungsgerecht individualisiert und an die sich im Verlauf des befristeten Aufenthalts verändernden Möglichkeiten und Bedürfnisse der Kinder und

³⁹ Vgl. Kostka, Verena; Kammermann, Marliese (2010): Externe Evaluation Intensive Förderprogramm für Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen (IFJ) der Stiftung Bühl, Wädenswil. Unveröffentlichter Schlussbericht. Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik: Zürich, S. 8.

Jugendlichen angepasst. Zugleich nutzen die Programme milieutherapeutisch das Gruppenleben als zentralen Ort von Entwicklung und Lernen auf der Grundlage von verlässlichen, konstanten Beziehungen zu den professionellen Bezugspersonen.

Das alles gilt auch für die «Wohngruppe 4» (WG 4). Sie wurde von der Stiftung Ilgenhalde in Fehrltorf auf eigene Initiative und auf Beginn des Schuljahres 2010/11 für maximal vier eigene Schülerinnen und Schüler – und damit gerade auch für Kinder und Jugendliche mit schwererer geistiger Behinderung – eröffnet. Auch hier wird das übergeordnete Ziel einer individuellen Reintegration der Kinder in regulärere Wohn- und Schulformen verfolgt; auch in der Wohngruppe 4 sind erste Schritte dazu über die weiteren sonderpädagogischen Angebote vor Ort möglich.

6.2 Das sozialtherapeutische Milieu einer Therapeutischen Wohnschulgruppe

Das sozialtherapeutische Milieu einer TWSG ist ein Gemeinschaftswerk. Neben den Kindern und Jugendlichen sind in der täglichen Arbeit vor allem die engeren Teammitglieder prägend: die sozialpädagogischen und psychiatriepflegerischen Mitarbeitenden im Wohn- und die sonderpädagogischen Lehrpersonen im Schulteil. Sie prägen die Gruppe mit ihren Menschenbildern, ihren Haltungen, ihren pädagogisch-pflegerisch-therapeutischen Leitkonzepten, mit den ihnen bekannten Methoden, mit ihren Interaktionen und Auseinandersetzungen untereinander, mit den Kindern und Jugendlichen sowie deren Angehörigen. Sie bringen dabei verschiedene disziplinäre Sichtweisen und Stärken in das gemeinsam gestaltete System: Die *Sozialpädagogik* ist samt sozialpädagogischer Interventionsplanung spezialisiert auf die ausserschulische und ausserfamiliäre Betreuung, Erziehung, Begleitung und Förderung; sie entwickelt spezifisch systemische Angebote und Konzepte wie die sozialpädagogische Familienbegleitung oder das Community Living Management; sie kennt sich bestens aus mit dem Leben in und den Dynamiken von Gruppen und hat grundsätzlich gute Kenntnisse für die sozialpädagogische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung.

Als Pädagogik teilt sie zentrale Leitkonzepte mit der Sonderpädagogik und übernimmt in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung zumindest Anteile von Haltungen, spezifischen Leitkonzepten, Erkenntnissen und Methoden der Geistigbehindertenpädagogik, auf die sich unter anderem die Sonderpädagogik förderdiagnostisch, in der Betreuung, Erziehung und in der Förderung spezialisiert hat. Dabei geht es neben dem Wirkungsfeld Schule und einer angepassten Methodik und Didaktik spätestens mit der klinischen Heilpädagogik auch um ausserschulische und ausserfamiliäre Betreuung, Erziehung, Begleitung und Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung – gerade auch bei schweren und schwersten psychosozialen Auffälligkeiten. Überhaupt ist, zumindest klientenspezifisch, eine Grenze zwischen sonder- und sozialpädagogischen oder pädagogisch-therapeutischen und psychotherapeutischen Ansätzen manchmal nur schwer zu ziehen. So spielen etwa die von Grawe empirisch validierten Wirkfaktoren von Psychotherapien⁴⁰ offensichtlich auf die eine oder andere Art auch eine wichtige Rolle in der Sonder- oder Sozialpädagogik. (Diese Wirkfaktoren sind eine «dialogische» Beziehung zwischen Klient/Klientin und Therapeut/Therapeutin, die Aktivierung der Ressourcen von Klientin/Klient und ihrer/seiner Mikrosysteme, die Aktualisierung von Problemsituationen in Vorstellung und/oder realer Handlung, die Problembewältigung und die Klärung von Erleben und Verhalten im Hinblick auf bewusste oder unbewusste Ziele, Werte und Bedürfnisse.) Auch die Grenzen zwischen pädagogischer, psychologischer und sozialer Beratung bzw. von Beratung und psychotherapeutischen Angeboten⁴¹ sind fließend.

Mit der sonderpädagogischen Förderpflege in der Betreuung und Förderung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger und mehrfacher Behinderung gibt es auch eine Nähe zur medizinischen Krankenpflege. In Bezug auf die stationäre Betreuung und Pflege von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen ist aber in der TWSG klar die *Psychiatriepflege* Spezialistin. Sie bringt dazu allgemeinmedizinisches, psychiatrisches und pflegerisches Denken, Wissen und Können mit – zum Beispiel spezifische pflegeplanerische und Interventions-Konzepte, die gerade im Umgang mit Psychopharmaka und dem psychosozial auffälligen Verhalten von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen wesentlich zum besonderen Know-how von TWSG beitragen.

Stärkend wirkt diesbezüglich auch die für Konsiliar- und Liaison-Leistungen fest eingebundene kinder- und jugendpsychiatrische ärztliche Fachperson. Vor allem aber ist sie die

⁴⁰ Vgl. Grawe, Klaus (2005): Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. In: Report Psychologie 7/8 2005, S. 311ff.

⁴¹ Vgl. dazu auch: Lingg, Albert; Theunissen, Georg (2008): Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Compendium für die Praxis. 5., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Lambertus: Freiburg i.B., S. 271f.

Expertin für die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, für kinder- und jugendpsychiatrische Störungen und entsprechende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungskonzepte. Damit prägt sie über die institutionalisierte Mitarbeit das spezifische therapeutische Milieu der Wohnschulgruppe markant mit.

Erst mit der kontinuierlichen, konzentrierten und konzertierten Durchmischung der Disziplinen, der räumlich und inhaltlich engen Zusammenarbeit – kindspezifisch ergänzt mit weiteren Professionen oder Professionsvertretenden wie externen Psychotherapeutinnen/-therapeuten oder internen Physiotherapeutinnen/-therapeuten – entsteht die besondere therapeutische Qualität von Angeboten auf der Behandlungsstufe 2.

Damit sie lebt und sich entfalten kann, braucht es die gemeinsame Überzeugung, «(...) dass es eine **Zweckmässigkeit und Sinnhaftigkeit** psychischer und sozialer Symptome gibt, die es zu entschlüsseln und zu verstehen gilt»⁴² – und dass erst durch die über die diversen Perspektiven erreichte differenzierte und zugleich ganzheitliche «(...) gemeinsame Problemsicht der Verhaltensauffälligkeiten oder der psychischen Störung eine effektive Behandlung ermöglicht wird»⁴³.

⁴² Vgl. Lingg, Albert; Theunissen, Georg (2008): Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Compendium für die Praxis. 5., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Lambertus: Freiburg i.B., S. 27.

⁴³ Vgl. Hollenstein, Selina (2010): Die psychiatrische und sonderpädagogische Betreuung von lern- bis geistig behinderten Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen. Evaluation der Wohnschulgruppe Buebenegg. Bachelorarbeit an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Angewandte Psychologie, Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie. Bern, S. 14.

6.3 Rechtsgrundlagen

Bildungsdirektion:

- Volksschulgesetz vom 7. Februar 2005
- Verordnung über die sonderpädagogischen Massnahmen (11. Juli 2007)
- Verordnung über die Finanzierung der Sonderschulung (5. Dezember 2007)
- Gesetz über die Jugendheime und die Pflegekinderfürsorge (1. April 1962)
- Verordnung über die Jugendheime und die Pflegekinderfürsorge (4. Oktober 1962)
- Richtlinien zur Finanzierung der beitragsberechtigten Kinder-, Jugend- und Schulheime (25. März 2011)

Gesundheitsdirektion:

- Gesundheitsgesetz (2. April 2007)
- Pflegegesetz (27. September 2010)
- Einführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz (1. Januar 2001)
- Verordnung über Leistungen und Gebühren der kantonalen Spitäler, Taxordnung (20. Oktober 2004)

Weitere:

- Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen, IVSE (1. Januar 2008)