

Zum Umgang mit grenzverletzendem Verhalten von Kindern und Jugendlichen aus traumapädagogischer Perspektive.

Ein empirischer Vergleich von Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Kinder- und Jugendhilfe

Sommersemester
2023

Abgabedatum: 02.06.2023

████████

████████████████████

████████

██

Dozent:innen:

Herr Prof. Dr. Gunter Groen

Frau Astrid Jörns-Presentati

Vorgelegt von

Name:

Anna Rüppel

████████

████████

████████

████████████████████

████████████████

████████

████████████████████████████████

Abstract

In der vorliegenden Arbeit wird der Umgang mit grenzverletzendem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendhilfe, sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie untersucht. Es findet ein empirischer Vergleich zwischen den beiden Settings aus traumapädagogischer Perspektive statt.

Nach einem Überblick des aktuellen wissenschaftlichen Diskurses zu den Themen der sogenannten „Systemsprenger:innen“, den stationären Einrichtungen, Krise und Umgang mit grenzverletzendem Verhalten, widmet sich die Arbeit der Perspektive der Traumapädagogik. Im Anschluss erfolgt eine detaillierte Beschreibung des gewählten Forschungsdesigns. Im Fokus der vier Interviews, ausgewertet nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, steht das Thema grenzverletzendes Verhalten. Im Rahmen der sekundären Analyse für die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit steht der Umgang mit grenzverletzenden Verhalten aus traumapädagogischer Perspektive im Zentrum.

Nach der Darstellung der Untersuchungsergebnisse werden diese im Kontext des aktuellen wissenschaftlichen Diskurses diskutiert und Empfehlungen für den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten herausgearbeitet, um den Bedürfnissen der „Systemsprenger:innen“ zu begegnen.

English

In this thesis it is examined, how border-violating is handled in inpatient child and youth welfare as well as in child and youth psychiatry. Therefore an empirical comparison from a trauma-educational perspective will be made between the two settings.

First there will be an overview of the current scientific discourse on the topics of the so-called "system crashers", the inpatient facilities, crisis and dealing with behavior that violates boundaries. The work is dedicated to the perspective of trauma pedagogy. This is followed by a detailed description of the chosen research design. The four interviews, evaluated according to Mayring's qualitative content analysis, focus on the topic of border-violating behavior. The focus of the secondary analysis for the research question of the present work, is the dealing with border-violating behavior from a trauma-pedagogical perspective.

After presenting the results of the study, those results will be discussed in the context of the current scientific discourse. Recommendations for dealing with those behaviors will be worked out in order to meet the needs of the "system crashers".

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
2. GRENZVERLETZENDES VERHALTEN	4
2.1 „SYSTEMSPRENGER:INNEN“	4
2.2 KRISENBEGRIFF	7
2.3 STATIONÄRE EINRICHTUNGEN.....	10
2.4 UMGANG MIT GRENZVERLETZENDEM VERHALTEN	13
3. TRAUMA(-PÄDAGOGIK)	18
3.1 TRAUMA.....	18
3.2 TRAUMAPÄDAGOGIK	20
3.2.1 Grundhaltung	20
3.2.2 Förderung	23
3.2.3 Beziehung(-sangebot).....	24
3.2.4 Strukturen und Sicherheit.....	25
3.2.5 „Geschützte Handlungsräume“ für die Fachkräfte	26
3.2.6 Rahmenbedingungen für den „sicheren Ort“	27
4. AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND	28
5. EMPIRIE UND METHODIK	33
5.1 AUSGANGSLAGE.....	33
5.2 ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN	34
5.3 DATENERHEBUNG	35
5.4 AUFBEREITUNG DER DATEN.....	37
5.5 AUSWERTUNG DES DATENMATERIALS	38
6. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....	44
6.1 BESCHREIBUNG SOZIODEMOGRAFISCHER DATEN DER TEILNEHMER:INNEN	44
6.2 GRUNDHALTUNG.....	46
6.2.1 Transparenz.....	47
6.2.2 Partizipation.....	48
6.2.3 Wertschätzung	49
6.2.4 Annahme des guten Grundes.....	50
6.3 FÖRDERUNG	52
6.3.1 Widerspiegeln.....	52
6.3.2 Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung	52
6.4 BEZIEHUNG(-SANGEBOT).....	53
6.4.1 Bindung („emotionaler Dialog“).....	53
6.4.2 Rolle der Fachkräfte.....	55

6.5	STRUKTUR UND SICHERHEIT („SICHERER ORT“)	57
6.5.1	<i>Strukturen</i>	57
6.5.2	<i>Regeln und Grenzen</i>	58
6.5.3	<i>Gruppensetting: Schutz für alle?</i>	59
6.6	„GESCHÜTZTER HANDLUNGSRAUM“ FÜR DIE FACHKRÄFTE	61
6.6.1	<i>Aus- und Fortbildungen</i>	61
6.6.2	<i>Unterstützung von Kolleg:innen und Leitung</i>	62
6.6.3	<i>Nachsorge und Reflektionsmöglichkeiten</i>	63
6.7	RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DEN „SICHEREN ORT“	64
6.7.1	<i>Bauliche Rahmenbedingungen</i>	64
6.7.2	<i>Strukturelle Rahmenbedingungen</i>	66
7.	DISKUSSION	69
8.	FAZIT	80
8.1	<i>ZUSAMMENFASSUNG</i>	80
8.2	<i>GRENZEN DES FORSCHUNGSDESIGNS</i>	83
8.3	<i>AUSBLICK (FÜR „SYSTEMSPRENGER:INNEN“)</i>	85
LITERATURVERZEICHNIS		I
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG		VIII
ANHANG		IX
I.	PROJEKTPLAKAT SAFE4CHILD	IX
II.	INFORMATIONSSCHREIBEN SAFE4CHILD	X
III.	INTERVIEWLEITFADEN	XIV
IV.	TRANSKRIPT KJP1	XVIII
V.	TRANSKRIPT KJP2	LXVI
VI.	TRANSKRIPT KJH1	XCIII
VII.	TRANSKRIPT KJH2	CXIII
VIII.	SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN DER TEILNEHMER:INNEN	CXXXIX
IX.	KODIERLEITFADEN	CXLIII

Abkürzungsverzeichnis

DSM	Diagnostisch und Statistisches Manual Psychischer Störungen
ICD	International Classification of Diseases
KDM	Konflikt- und Deeskalationsmanagement
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
PART	Professional Assault Response Training (Professionell handeln in Gewaltsituationen)
ProDeMA	Professionelles Deeskalationsmanagement
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Ahtes Buch- Kinder- und Jugendhilfe
TWG	Therapeutische Wohngruppe

1. Einleitung

Die gesellschaftliche Entwicklung der letzten Jahre, und ebenso die der Forschung, rückt Kinder und Jugendliche mit grenzverletzendem Verhalten immer mehr in den Fokus. 2019 erschien der Film „Systemsprenger“ von Nora Fingscheidt in den deutschen Kinos und thematisierte den Hilfeverlauf eines jungen Menschen, der in keinem System anzukommen schien. Der Spielfilm greift eine in der Realität zu beobachtende Problematik bei vielen Kindern auf: Komplexe Bedarfe, multiple Problemlagen und grenzverletzendes Verhalten (vgl. Cinkl 2021, 109). Es ist zu beobachten, dass sich der „Bedarf an stationärer oder teilstationärer Unterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe sowie in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in den letzten Jahren dramatisch erhöht hat“ (Gahleitner 2013, 47). Neben wachsendem Bedarf für junge Menschen im stationärem Bereich ist insgesamt der Bedarf an Psychotherapie angestiegen. Zwischen 2010 und 2019 ist „der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die eine Therapie erhalten haben, um 46 Prozent auf insgesamt rund 382.000 gewachsen“ (Grobe und Szecsenyi 2021, 6).

Außerdem zeichnen sich für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe (KJH¹) im Hinblick auf psychische Probleme alarmierende Zahlen ab. „Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen weisen Untersuchungen zufolge so viele kinder- und jugendpsychiatrische Störungen und Problemlagen auf wie nur zwei Prozent der Kinder aus der Allgemeinbevölkerung“ (Gahleitner, 2013, 47). Der Bereich der Traumatisierungen umfasst den größten Anteil und so geben etwa 80% der jungen Menschen an, mindestens einer traumatischen Erfahrung wie Gewalt, Vernachlässigung oder Missbrauch ausgesetzt gewesen zu sein, oftmals ausgehend von dem direkten häuslichen Umfeld und ihren Bezugspersonen (vgl. ebd., 47).

Diese (hoch-) belasteten jungen Menschen, sogenannte „Systemsprenger:innen“, stehen im Fokus des vorliegenden Vorhabens. In der Arbeit mit diesen jungen Menschen ist „es als Realität anzuerkennen, dass im Zusammenleben hoch belasteter Kinder und Jugendlicher Aggressionen auftreten und ausagiert werden“ (Lang 2013, 323). Dementsprechend sind Mitarbeiter:innen mit Gewaltausübung konfrontiert und müssen sich selbst, die anderen und den ausübenden jungen Menschen in den Einrichtungen schützen. Es gilt dabei die Bedarfe aller nicht aus dem Blick zu verlieren.

Angesprochen durch eine Ausschreibung für Abschlussarbeiten im Rahmen des Projekts Safe4Child begann ein Prozess der Interessenvertiefung und thematischer Auseinandersetzung

¹ In der vorliegenden Ausarbeitung ist im Rahmen der Abkürzung „KJH“ stets die Rede von stationären Einrichtungen, sofern nicht explizit auf andere Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe hingewiesen wird.

mit implizierten Themen wie Grenzverletzung, Trauma, stationären Einrichtungen, Maßnahmen zum Umgang mit Grenzverletzung und Unterstützung der Mitarbeiter:innen in stationären Einrichtungen. Durch die eigene berufliche Tätigkeit der Autorin in der KJH in einer heilpädagogischen Wohngruppe und der damit einhergehenden täglichen Konfrontation mit grenzverletzendem Verhalten durch die hochbelasteten Kinder und Jugendlichen, fokussierte sich das Erkenntnisinteresse auf diesen Bereich. Die Idee einer vergleichenden Analyse der verschiedenen Einrichtungen entwickelte sich, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Umgang mit grenzverletzendem Verhalten herauszuarbeiten. Das Ziel ist, eine (zunehmende) Sensibilisierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) und der KJH für die Bedeutung der Traumapädagogik in Bezug auf die Bedarfserfassung der jungen Menschen zu erzeugen. Traumapädagogik stellt einen vielversprechenden Ansatz dar, um den besonderen Bedarfen dieser jungen Menschen zu begegnen. Sie ist „als eine pädagogische Antwort auf psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und Jugendhilfe entstanden“ (Schmid, Purtscher-Penz und Stellermann-Strehlow 2017, 174).

Die vulnerable Gruppe der jungen Menschen, welche fremduntergebracht in der Kinder- und Jugendhilfe erwachsen werden und/oder mit psychischen Problemen und Störungen konfrontiert sind, gilt es zu stärken und in ihrer Entwicklung zu stabilisieren, sowie zu fördern. Die Erkenntnisse der vorliegenden Masterthesis sollen hierzu einen Beitrag leisten.

Zur Umsetzung dieses Vorhabens entstand der Titel

„Zum Umgang mit grenzverletzendem Verhalten von Kindern und Jugendlichen aus traumapädagogischer Perspektive. Ein empirischer Vergleich von Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Kinder- und Jugendhilfe.“

Die leitende Forschungsfrage lautet demnach:

„Wie wird Traumapädagogik zum Umgang mit grenzverletzendem Verhalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie stationärer Kinder- und Jugendhilfe angewandt?“

Diese soll im Rahmen einer vergleichenden empirischen Analyse von vier verschiedenen Fokusgruppeninterviews mit Fachkräften der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP²) und KJH beantwortet werden.

² In der vorliegenden Ausarbeitung ist im Rahmen der Abkürzung „KJP“ stets die Rede von stationären Einrichtungen, sofern nicht explizit auf andere Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie hingewiesen wird

Hierfür wird zunächst in Kapitel 2 ein theoretischer Kontext erarbeitet. Dem entsprechend wird der Begriff „Systemsprenger:innen“ definiert und (kritisch) hinterfragt (Kapitel 2.1). Es folgt die Erarbeitung eines Verständnisses für die (verschiedenen Arten von) Krise in Kapitel 2.2. Im Anschluss werden die relevanten stationären Einrichtungen, die KJP und die KJH dargestellt und im Hinblick auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede beleuchtet (Kapitel 2.3). In Kapitel 2.4 wird auf den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten in der KJP und KJH eingegangen. Das Kapitel 3 erarbeitet weiteren theoretischen Kontext, bei dem der Ansatz der Traumapädagogik im Fokus steht. Zunächst wird das für die vorliegende Ausarbeitung zugrundeliegende Verständnis von Trauma und mögliche Traumafolgen beschrieben (Kapitel 3.1). Das Kapitel 3.2 stellt Traumapädagogik und ihre Leitlinien in entsprechenden Unterkapiteln vor. Das Kapitel 4 stellt den aktuellen Forschungsstand rund um „Systemsprenger:innen“, Traumapädagogik und grenzverletzendem Verhalten dar und dient der besseren Einordnung der qualitativen Inhaltsanalyse in dieser Ausarbeitung.

Im Kapitel 5 wird auf die empirischen Hintergründe der Masterarbeit hingewiesen. Zunächst wird die Ausgangslage erläutert (Kapitel 5.1) und ethische Überlegungen werden herangezogen (Kapitel 5.2), sowie die Erhebung der Daten wird präsentiert (Kapitel 5.3). Die letzten beiden Unterkapitel widmen sich der Aufbereitung der Daten (Kapitel 5.4) und der gewählten Methode zur Auswertung der erhobenen Daten, eine qualitative, strukturierte Inhaltsanalyse nach Mayring (Kapitel 5.6).

Im Kapitel 6 erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Analyse entlang der festgelegten, theoriegeleiteten Kategorien. Diese basieren auf den Leitlinien der Traumapädagogik und sind in Kategorien (Kapitel) mit Unterkategorien (Unterkapitel) aufgeteilt.

Im Anschluss werden die dargestellten Ergebnisse vor dem Hintergrund der Forschungsfrage diskutiert und unter Berücksichtigung der theoretischen Kapitel 2 und 3 reflektiert (Kapitel 7). Das Kapitel 8 umfasst das Fazit (8.1) der vorliegenden Ausarbeitung unter Rückschluss auf die vorangegangenen Kapitel und beantwortet zusammenfassend die Forschungsfrage. Zudem werden an dieser Stelle die Grenzen der Forschung (Kapitel 8.2) und ein Ausblick (für Systemsprenger:innen) in Kapitel 8.3 dargestellt.

2. Grenzverletzendes Verhalten

Einleitend wird ausgehend von der Forschungsfrage zu der theoretische Kontext (2.Kapitel und 3. Kapitel) aufgezeigt, sowie erläutert. Hierfür wird ein Verständnis für den Begriff der sogenannten „Systemsprenger:innen“ in Kapitel 2.1 erarbeitet. Im Anschluss rückt jenes grenzverletzende Verhalten in den Fokus. Zu diesem Zweck wird in Kapitel 2.2 der Begriff der Krise erläutert, zwei Krisenarten und ein Eskalationsmodell vorgestellt. Die zwei verschiedenen stationären Einrichtungen, die KJP und die KJH, werden in Kapitel 2.3 präsentiert. Im Rahmen dessen werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet. Anschließend wird in Kapitel 2.4 auf den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten im Setting der KJP und KJH eingegangen. Dieser erste theoretische Einblick führt zu der Theoriebrille der Ausarbeitung: Traumapädagogik. Diese rückt in Kapitel 3 in den Mittelpunkt.

2.1 „Systemsprenger:innen“

Zuerst ist es für die Arbeit wichtig zu erläutern, welche Charakteristika das Klientel mit sich bringen, um die tägliche Arbeit mit den jungen Menschen in stationären Einrichtungen nachvollziehen zu können. Mit dem Begriff „Systemsprenger:in“ werden Kinder- und Jugendliche beschrieben, „die aufgrund ihrer herausfordernden Verhaltensweisen scheinbar alle Hilfesysteme ‚sprengen‘“ (Giertz, Große und Gahleitner 2020, 7). Es sind junge Menschen, die sich durch besondere Bedarfe oder Versorgungslagen auszeichnen und oftmals nur mit großen Schwierigkeiten in die bestehenden Versorgungssysteme integriert werden können (vgl. Graßhoff 2020, 138). Die Bezeichnung „Systemsprenger:innen“ ist stark umstritten. Alternative Bezeichnungen, die aktuell im Diskurs zu finden sind, sind beispielsweise Grenzgänger:innen, Hard- to- reach-Klient:innen oder Hoch-Risiko-Jugendliche (vgl. Groen, Jörns-Presentati und Weber 2020, 82).

Da der Begriff „Systemsprenger:innen“ spätestens seit dem Spielfilm von Nora Fingscheidt aus dem Jahr 2019, weit verbreitet ist und sich keine allgemein akzeptierte wertfreie(-re) Bezeichnung etabliert hat (vgl. Baumann 2019, 6; vgl. Kieslinger, Dressel und Haar 2021, 17), wird in dieser Ausarbeitung der umstrittene Begriff dennoch Verwendung finden. Ein besonders großer Kritikpunkt ist, dass der Begriff „Systemsprenger:in“ impliziert, dass der junge Mensch aktiv das System sprengt und allein verantwortlich ist für die eigene Situation (vgl. Gebrande, Traumapädagogik für Kinder, die das System sonst sprengt 2021, 159). Um zu verdeutlichen, dass dem in dieser Ausarbeitung nicht zugestimmt und sich deutlich davon distanziert wird, erscheint der Begriff stets in Anführungszeichen.

Menno Baumann begann sich im Jahr 2005 mit der Thematik und später mit der als „Systemsprenger:innen“ benannten Zielgruppe zu befassen. Er definiert jene jungen Menschen entsprechend den bereits beschriebenen Hintergründen folgendermaßen:

„Hoch-Risiko-Klientel, welches sich in einer durch Brüche geprägten negativen Interaktionsspirale mit dem Hilfesystem, den Bildungsinstitutionen und der Gesellschaft befindet und diese durch als schwierig wahrgenommene Verhaltensweisen aktiv mitgestaltet“ (vgl. Baumann 2019, 7).

Deutlich wird bei dieser Definition, dass es sich laut Baumann, um ein Zusammenspiel von der Hoch-Risiko-Klientel und dessen Umwelt handelt. Die Verhaltensweisen, welche als schwierig wahrgenommen werden, sowie die bestehenden Systeme stören oder gar sprengen, können die jungen Menschen nur durch den vorgegebenen Kontext tun, in dem sie sich befinden. Sie werden bspw. im Bereich Schule und im Bereich der Hilfen zur Erziehung als „enormer Belastungsfaktor empfunden“ (ebd., 16). Die jungen Menschen sind oftmals ausgehend von ihrer Biografie mit vielen Risikofaktoren konfrontiert, was ihnen wiederum selbst ein großes Risikopotential zuschreibt. Unterdessen stellen sie für die Menschen in ihrem Umfeld und für sich selbst durch ihre auffälligen, oft in die Extremen gehenden Verhaltensweisen, ein Risiko dar (vgl. ebd., 10).

Risikofaktoren sind vielschichtige Belastung wie z.B. familiäre Umstände oder Armut. Diese multiplen Problemlagen sind nicht ungewöhnlich für Kinder und Jugendliche mit schwierigen Hilfeverläufen, ebenso wie ein eigenes Risikoverhalten. Häufig werden die jungen Menschen und ihre Probleme zuerst im Bereich Schule auffällig. Sie zeigen delinquentes Verhalten wie Gewalt, Diebstahl oder ein schwieriges Sozialverhalten. Damit einhergehend entwickeln die jungen Menschen ein Gefühl des Nicht-Passens und Nicht-Gewollt-Seins. Um sie zu unterstützen, werden zunächst niedrigschwellige, offene Angebote und Maßnahmen durch die KJH installiert. Diese werden im Verlauf immer hochschwelliger. Mit der Zeit und Zuspitzung des Verhaltens ist es nicht unüblich, dass die Kinder und Jugendlichen in teilstationäre und stationäre Maßnahmen untergebracht werden. Neben einer Problematik in und mit dem Hilfesystem zeigen die jungen Menschen oftmals Schwierigkeiten, sich in gesellschaftliche Strukturen einzufügen. Sie kommen mit Polizei und Justiz in Konflikt. Sie bedrohen oder greifen Mitarbeiter:innen von Hilfeeinrichtungen an. Oftmals kommt es für die jungen Menschen zu einem Wechsel zwischen KJH, Justiz- Vollzugsanstalt, KJP und einem Leben auf der Straße. Die Kinder und Jugendlichen scheinen aufgrund ihres auffälligen Verhaltens, geprägt von Gewalt und Grenzüberschreitungen, nicht tragbar für Institutionen (vgl. ebd., 8 ff.). Da die involvierten Fachkräfte oftmals mit den Verhaltensweisen der jungen Menschen überfragt bis überfordert sind, ist ein Wechsel zwischen den Systemen nicht unüblich. In vielen Fällen befinden „sie sich letztlich auf dem ‚Verschiebebahnhof‘ zwischen kinder- und

jugendpsychiatrischen Stationen und verschiedenen, häufig wechselnden Heimeinrichtungen“ (Schmid, Purtscher-Penz und Stellermann-Strehlow 2017, 174). Die damit einhergehenden Beziehungsabbrüche und Wechsel in den Bezugspersonen, verstärken, wie Menno Baumann darlegt, die negative Interaktionsspirale mit der Gesellschaft. Diese Faktoren haben zudem einen negativen Einfluss auf die gesellschaftliche Teilhabe, sowie die sozioemotionale Entwicklung der Betroffenen (vgl. ebd., 174). Vielmehr noch herrscht im Fachdiskurs der Konsens, dass die jungen Menschen durch das Erleben der vielen (Ab-)Brüche zu eben diesen „Systemsprenger:innen“ werden und demnach mit jedem erlebten Abbruch das Risiko für zukünftiges Scheitern gesteigert wird (vgl. Graßhoff 2020, 138).

Zu den Merkmalen dieser jungen Menschen zählen „intensive Formen von auffälligem und selbst- und fremdgefährdendem Verhalten“ (Groen, Jörns-Presentati und Weber 2020, 83). Außerdem eine hohe Bereitschaft zu Gewalt, aggressivem Verhalten und anderen Grenzüberschreitungen. Das Verweigern des Schulbesuchs, sozialer Rückzug, Alkohol- und Drogenmissbrauch, selbstverletzendes Verhalten bis hin zur Suizidalität sind oftmals vorzufinden (vgl. ebd., 82 f.). Sie gehören zu der „Gruppe von Kindern und Jugendlichen, die oft in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gesehen werden, häufig aber auch in der Jugendhilfe betreut werden [und] [...] eine Vorgeschichte [haben], in denen sie über längere Zeitintervalle sequenziellen interpersonellen Traumatisierungen ausgesetzt waren“ (Schmid, Fegert und Kölch 2020, 312). So haben mehr als 75 Prozent der jungen Menschen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe traumatische Erlebnisse erfahren (vgl. Schmid 2013, 64). „Systemsprenger:innen“ haben demnach eine außergewöhnlich hohe Anzahl an (psychosozialen) Risikofaktoren. Damit im Zusammenhang stehend, zeigen die jungen Menschen oftmals eine „besonders komplexe und chronifizierte Symptomatik“ (Groen, Jörns-Presentati und Weber 2020, 83). Ebenso sind (Mehrfach-)Diagnosen von psychischen Störungen nicht unüblich (vgl. ebd., 82 f.). Viele leiden unter einer schwerwiegenden psychischen Belastung (vgl. Groen und Jörns-Presentati 2018, 87), befinden sich in „besonderen Versorgungslagen“ (Graßhoff 2020, 144) und sind (hoch-) belastet durch ihre komplexen Problemlagen (vgl. Baer 2019, 146 ff.).

Die dargelegten Merkmale der „Systemsprenger:innen“ verdeutlichen, dass es sich um junge Menschen handelt, die bereits in ihren jungen Jahren viel erlebt und durchlebt haben und mit großen Schwierigkeiten und Herausforderungen in ihrem Alltag zu kämpfen haben. An dieser Stelle kann man vereinfacht sagen: „[J]unge Menschen, die Schwierigkeiten machen, sind junge Menschen in Schwierigkeiten“ (Baumann 2019, 62).

2.2 Krisenbegriff

Wie im vorangegangenen Kapitel deutlich wurde, ist der Alltag von „Systemsprenger:innen“ geprägt von Krisen. Für ein allgemeines Verständnis wird dieser Begriff an dieser Stelle kurz eingeordnet. Die im Folgenden dargestellten Merkmale von Krise, sowie ein modellhafter Ablauf einer Krise, dienen als Verständnisgrundlage für das Kapitel 2.4, welches sich dem Umgang mit extremen und grenzüberschreitenden Verhaltensweisen widmet.

Eine Krise ist eine Phase eines psychischen Ungleichgewichts, welche als Folge eines gefährlichen Ereignisses entsteht. Zentral ist, dass ein gravierendes Problem nicht mit bekannten Bewältigungsstrategien behoben werden kann. Dies kann zu Auswirkungen wie seelische Belastung, beeinträchtigtes Selbstwertgefühl und beeinträchtigte Leistungsfähigkeit und ferner das Unvermögen zwischenmenschliche Kontakte zu genießen, führen. Außerdem können Betroffene ein Gefühl der Zerrüttung, Angst- und Schockzustände oder Hilflosigkeit erleben. Scheitern Versuche, die Situation zu lösen, verstärken sich die negativen Gefühle weiter. All dies führt zum Erleben eines Krisenzustands (vgl. Regehr 2011, 134). Es handelt sich bei Krisen um akute Überforderungssituationen mit schwerwiegenden, subjektiv empfundenen Notlagen. Das Erleben einer Situation als Krise wird von Faktoren, wie verfügbaren Ressourcen im Außen und die eigenen mentalen, sowie sozialen Bewältigungsstrategien bestimmt. Ohne angemessene Unterstützung droht eine Eskalation, an deren Ende ein psychiatrischer Notfall (Selbst- und/ oder Fremdgefährdung) stehen kann (vgl. Stein 2015, 48). Bei Kindern und Jugendlichen betrifft eine Krise „meistens ein System und erfordert daher auch entsprechende Interventionen“ (Ellmer und Thun-Hohenstein 2018, 8). Es bedarf der Unterscheidung zwischen verschiedenen Krisenformen, um geeignete Interventionen einzuleiten. Eine klare Abgrenzung ist in der Praxis nicht immer möglich und Überschneidungen sind ebenfalls möglich (vgl. ebd., 8). Im Allgemeinen gilt:

*„Während bei der psychosozialen/pädagogischen Krise der Situationsbezug nachvollziehbar ist und eine gewisse Steuerbarkeit vorhanden bleibt und die Deeskalation möglichst innerhalb des Systems erfolgen soll, ist bei einer psychiatrischen Krise die Nachvollziehbarkeit häufig nicht mehr gegeben“
(Noske und Thun-Hohenstein 2020, 12).*

Zuordnen lassen sich die zwei verschiedenen Arten von Krisen den unterschiedlichen Settings dieser Ausarbeitung. Während die **psychosoziale Krise** in der KJH zum Alltag gehört, bestimmen **psychiatrische Krisen** vorrangig in der KJP das alltägliche Miteinander.

Psychiatrische Krise

Zu den Charakteristika einer psychiatrischen Krise zählen Zustände der Angst und Erregung. Betroffene zeigen sich massiv unruhig, erregt oder aufgebracht. Sie erleben und leiden unter einem Gefühl von Panik. Auch die Angst zu sterben kann geäußert werden, ebenso wie die

Angst vor dem „verrückt“ werden. Außerdem ist eine (motorische) Unruhe, sowie große Gereiztheit und Aggressivität zu beobachten. Nicht selten agieren die Betroffenen enthemmt. Ebenfalls können Wahnvorstellungen, Verwirrtheit, Orientierungslosigkeit und Halluzinationen auftreten. Möglich ist außerdem, dass sie fremdgefährdend agieren und Personen im Umfeld unkontrolliert angreifen. Selbstgefährdung ist in psychiatrischen Krisen nicht unüblich. Die Spannbreite reicht von schwerwiegenden Selbstverletzungen bis hin zu einem (akuten) Suizidversuch. Sie handeln oftmals aus einer großen Verzweiflung und die Stimmung kann neben Gereiztheit und Wut, traurig bis teilnahmslos erscheinen.

„Eine psychiatrische Krise bei einem Kind/Jugendlichen ist dadurch definiert, dass sein Verhalten und/oder seine Befindlichkeit entsteuert sind und das Verhalten bzw. die Befindlichkeit die jeweils normale Situationsbezogenheit und Nachvollziehbarkeit verliert und/oder selbst- oder fremdgefährdende Aspekte ins Spiel kommen“ (Ellmer und Thun-Hohenstein 2018, 9).

Die Reaktion der Umwelt der Betroffenen ist geprägt von Sorge und Angstgefühlen. Die Kontaktaufnahme zu den Betroffenen wird durch Zustände der Verwirrtheit oder eine mögliche eingeschränkte Psychomotorik erschwert. Entsprechend findet wenig Interaktion statt. In einer psychiatrischen Krise ist das Verhalten nur gering gesteuert und von großer Anspannung geprägt. Ein Zusammenhang zwischen dem Auslöser und der jeweiligen Reaktion ist in der Regel kaum vorhanden und/oder nachvollziehbar (vgl. ebd., 9 f.).

Psychosoziale Krise

Unter die Kategorie der psychosozialen Krise fällt die pädagogische Krise. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass sie von massiven Schwierigkeiten im Rahmen der Erziehung geprägt ist. Im Unterschied zur psychiatrischen Krise findet während einer pädagogischen Krise eine Interaktion statt, wenngleich vor allem negativ. Ein weiterer Unterschied liegt darin, dass ein Zusammenhang in der Regel erkennbar ist. Das Verhalten in der psychosozialen Krise kann als provokativ bis verweigernd beschrieben werden und ist in der Regel zielgerichtet. Die Umwelt der Betroffenen reagiert eher verärgert oder wütend (vgl. ebd., 10 f.).

„Psychosoziale Krisen treten ein, wenn Menschen mit Lebensumständen konfrontiert werden, für die ihre Problemlösungsstrategien im Augenblick nicht ausreichen. Es entsteht ein Gefühl der momentanen Überforderung, was mit dem Verlust des seelischen Gleichgewichts und verschiedenen körperlichen und psychischen Symptomen verbunden sein kann“ (ebd., 8).

Das Verhalten des jungen Menschen ist überwiegend als unkooperativ, regel- oder grenzverletzend zu beschreiben. Der junge Mensch überschreitet von Bezugspersonen veranlasste Grenzen, verhält sich oppositionell oder aggressiv der sozialen Umwelt gegenüber. Die Beziehung zu Bezugspersonen wird nicht vollständig abgebrochen und das Handeln kann prinzipiell nachvollzogen werden. Jedoch greifen etablierte (pädagogische) Interventionen in den Situationen nicht, weil sie von den Kindern und Jugendlichen nicht mehr angenommen

werden. Grundsätzlich ist das Ziel, dass eine psychosoziale Krise mit entsprechenden pädagogischen Mitteln zu regulieren und zu steuern bleibt. Eine Entwicklung zu einer psychiatrischen Krise kann jedoch nicht ausgeschlossen werden (vgl. ebd., 8 f.). In diesen Fällen reicht das pädagogische Setting der KJH nicht aus und „eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung mit entsprechenden Interventionen“ (Noske und Thun-Hohenstein 2020, 12) ist erforderlich.

Um ein besseres Verständnis für den Ablauf einer Krise und demnach dem Verhalten von „Systemsprenger:innen“ zu bekommen, wird das (De-) Eskalationsmodell nach G. Breakwell vorgestellt. Dieses stellt ebenfalls die Grundlagen für das Konflikt- und Deeskalationsmanagement (KDM) dar, welches in Kapitel 2.4 aufgegriffen wird.

Der Ablauf einer Krise lässt sich in verschiedenen Stufen unterteilen, wie etwa im Fünf-Phasen Modell nach G. Breakwell. Eskalationen, welche ausgehend von einer großen Anspannung oftmals in gewalttätigen Krisen münden, haben in der Regel eine starke Abhängigkeit vom jeweiligen Situationskontext (wie etwa das Setting in KJP oder KJH, Alter der eskalierenden Person, Konfliktsprung). Hinter dem extremen Verhalten verbirgt sich in der Regel ein Bedürfnis oder mehrere Bedürfnisse, welche Betroffene versuchen zu befriedigen. Wird dieses Bedürfnis nicht wahr- oder ernstgenommen, ist mit der Entladung als Krise zu rechnen (vgl. Murken 2012, 110 f.).

Entsprechend dem Modell nach Breakwell startet es mit einer sogenannten „Agitationsphase“ (ebd., 110). Diese umfasst eine große Phase, gekennzeichnet durch Menschen, die sich in großer Angespanntheit befinden, unruhig und leicht reizbar sind sowie leichtes bis deutliches Aggressionspotential ausstrahlen. Kommt es zu keiner Beruhigung durch die Befriedigung der Bedürfnisse, geht es über in die Eskalationsphase, in der sich zunehmend das Aggressionspotential der betreffenden Personen steigert. Sie drohen (verbal oder/und physisch) zunehmend und versuchen die zugrunde liegenden Interessen und ihre Dringlichkeit zu betonen. Mit zunehmender Steigerung erreicht die Eskalation in der Krise seinen Höhepunkt und ist von Gewalttätigkeit geprägt. An dieser Stelle richten sich die Aggressionen und die Gewalt an ein oder mehrere Menschen. Ebenfalls können sich diese gegen die eigene Person richten und selbstverletzendes Verhalten hervorrufen. Im Anschluss an die akute Krise folgt die sogenannte Erholungsphase. Es kommt zum Absinken der Anspannung bei der/dem Betroffenen. An dieser Stelle sind jedoch weitere Eskalationen möglich. Es ist nicht unüblich, dass an eine Krise mit hohem Spannungsniveau, den intensiven Emotionen und massiven Auseinandersetzungen, eine Depression anschließt, bevor Betroffene zu ihrem normalen Verhalten zurückkehren können (vgl. ebd., 110 f.).

2.3 Stationäre Einrichtungen

Der Alltag mit „Systemsprenger:innen“ der KJP und KJH ist von Krisen durchzogen. In Wohngruppen und in Kinder- und Jugendpsychiatrien, werden durch den Kontakt zu Gleichaltrigen im Alltag soziale Kompetenzen gefördert, jedoch muss insbesondere auf „Übertragungs- und Gegenübertragungsphänome, „Auslösereize (Trigger)“ und die „Brisanz sexueller Symptomatiken“ (Lang, et al. 2011, 10) geachtet werden (vgl. ebd., 9f.).

In beiden Einrichtungen sind die (hoch-) belasteten jungen Menschen geläufig. Es handelt sich somit um gemeinsame Klientel (vgl. Kölch, Schmid und Bienioschek 2021, 231). Zu weiteren Gemeinsamkeiten der zwei unterschiedlichen Systeme zählen - „neben dem Wohl der ihnen anvertrauten Personen - präventive Ansätze, dezentrale Versorgung, Alltagsorientierung, Integration und Partizipation“ (Noske und Thun-Hohenstein 2020, 15). Sie unterscheiden sich in Hinsicht auf Finanzierung, rechtliche Grundlagen, Auftrag und (Umgang mit) Krisen.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der KJP wird „Normalität als normierter Standard“ (Groen und Jörns-Presentati 2018, 34) angesehen, da klassifizierende Diagnosekataloge klare Überprüfbarkeit vorgeben. Dies geschieht durch das DSM-5 (Diagnostisch und Statistisches Manual Psychischer Störungen) und dem ICD-11 (International Classification of Diseases), den am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Diagnosekatalog der World Health Organization, (WHO). Letzteres löste das ICD-10 ab. Es besteht jedoch eine mehrjährige Übergangsfrist, weswegen eine Nutzung beider aktuell vorherrscht (vgl. Leo und Lindenberg 2021, 6).

Der Fokus in der KJP liegt auf der „Behandlung und Therapie von Patient/innen unter Einbezug der Bezugspersonen, Pflege und Erziehung“ (ebd., 34). Die jeweilige Entwicklungsförderung, sowie die der individuellen Ressourcen der jungen Menschen steht in der KJP, nach der Diagnose von möglichen Krankheiten, an zweiter Stelle. Nach Art. 1 SGB V ist die grundlegende Zielsetzung „die Gesundheit der Versicherten [zu] erhalten, wieder her[zu]stellen oder [zu] verbessern“. Die Unterbringungsmaßnahme in der KJP, also dem stationären Setting, ist demnach vorwiegend kurzfristig angelegt. Die Unterbringung in der KJP ist in der Regel unabhängig von familiären Umständen. Rechtlich verortet ist die stationäre Einrichtung im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), welches die gesetzliche Krankenversicherung regelt. Die Finanzierung läuft entsprechend über das gängige Gesundheitssystem der Krankenkassen. Eine Ausnahme der rechtlichen Grundlage findet sich in §35a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche). Diese ist Grundlage für Maßnahmen in der KJP, sowie in der KJH.

In der KJP finden sich Krankenpfleger:innen, Sozialpädagog:innen bzw. Sozialarbeiter:innen. Psycholog:innen, Pädagog:innen, Fachtherapeut:innen, Fachärzt:innen für die KJP und

Weiterbildungsassistent:innen (vgl. Giesen und Himpel 2012, 38). Die Gewichtung liegt deutlich zu erkennen auf den psychologischen Aspekten der Betreuung von Kindern und Jugendlichen (vgl. Giesen und Himpel 2012, 30 ff.). Es wird im Schichtdienst gearbeitet und dadurch findet ein regelmäßiger Wechsel in den Ansprechpersonen statt. Abschließend und zurückkommend zum zentralen Begriff von Kapitel 2.2, der Krise, wird diese im Rahmen der KJP „als ‚Alltagssituation‘“ (Groen und Jörns-Presentati 2018, 34) betrachtet. Im klinischen Setting der KJP sind psychiatrische Krisen im Alltag sehr präsent. Psychosoziale Krisen sind ebenfalls anzutreffen, stehen jedoch weniger im Fokus aufgrund der vergleichsweise geringeren Ausprägung der Symptome (siehe Kapitel 2.2).

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

Im Gegensatz zu der KJP wird eine Krise in der KJH als eine Ausnahme angesehen (vgl. ebd., 33 ff.). Jedoch muss zwischen psychosozialen und psychiatrischen Krisen unterschieden werden. Während letztere eine Ausnahme im Alltag einer (Regel-) Wohngruppe darstellen, sind erstere weitaus üblicher und alltäglicher (siehe Kapitel 2.2).

Die Rahmenbedingungen der Jugendhilfe werden durch das achte Sozialgesetzbuch (SGB VIII), dem Kinder- und Jugendhilfegesetz, festgelegt. Finanziert werden die Hilfen zur Erziehung durch das Jugendhilfesystem mit den ortsabhängig zuständigen Jugendämtern. Die stationären Maßnahmen (§ 33 bis 35 SGB VIII) beschreiben die Unterbringung außerhalb der Herkunftsfamilie, welche in der Regel nur bei Kindeswohlgefährdenden Umständen erfolgt. Möglich ist die Unterbringung in Pflegefamilien, Verwandtschaftspflege sowie die Heimerziehung. Im Rahmen der vorliegenden Ausarbeitung wird die Heimerziehung bzw. die Unterbringung in Wohngruppen betrachtet (§ 34 SGB VIII Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform). Unterschieden wird zwischen Regelwohngruppen und intensivpädagogische oder therapeutische Wohngruppen (TWG). Bei der Wahl der Unterbringung gilt es bereits abzuwägen „mit welchen Krisen zu rechnen ist und wie diese durch ein ausreichendes Krisenmanagement zu deeskalieren sind“ (Noske und Thun-Hohenstein 2020, 13). In einer Regelwohngruppe findet das „Leben mit anderen Kindern/ Jugendlichen (meist sieben - neun) in einer pädagogisch betreuten Wohngruppe“ (Fegert, Kölch und Grimm 2020, 696) statt. Die Gruppen zeichnen sich durch eine vorgegebene Tagesstruktur, sowie festgelegte Regeln aus. Die Betreuung wird von einem Team geleistet, welches ähnlich wie in der KJP im Schichtdienst arbeitet. In TWGs sind Kinder und Jugendliche untergebracht, deren Bedarf in einer Regelwohngruppe nicht gedeckt werden kann. Die Gruppengröße ist kleiner und umfasst fünf bis sechs Plätze. Die TWG macht einen „insgesamt sehr enge[n] Rahmen“ (ebd., 696). zur Unterstützung aus. Es ist häufig eine Spezialisierung auf z.B. Trauma oder Essstörungen im

Konzept festgehalten. Es finden außerdem Zusatzangebote ausgerichtet an den individuellen Bedarfen der Kinder und Jugendlichen statt (vgl. Fegert, Kölch und Grimm 2020, 696)

Die personelle Aufstellung macht einen großen Unterschied zur KJP deutlich. Die Mitarbeiter:innen der KJH umfassen hauptsächlich Erzieher:innen, Sozialpädagog:innen, Erziehungswissenschaftler:innen, Heilerziehungspfleger:innen, sowie Psycholog:innen und Therapeut:innen (vgl. Giesen und Himpel 2012, 38). Der Fokus liegt im Gegensatz zur KJP nicht auf Behandlung von psychischen Problemen, sondern auf Aspekten der Beratung, Begleitung, Erziehung und Unterstützung der jungen Menschen. Ein zentrales Thema der Maßnahme ist die berufliche Ausbildung des jungen Menschen. Es handelt sich bei stationären Hilfen in der Regel um langfristig angelegte Maßnahmen und eine „entwicklungsbegleitende Unterbringung“ (Noske und Thun-Hohenstein 2020, 13). Abhängig von den individuellen Umständen der Familie mit dem Ziel der Rückführung in die Herkunftsfamilie oder mit dem Ziel der selbstständigen Lebensführung (vgl. ebd. 2020, 13). Die KJH ist „mit der Erweiterung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes um den § 35a umfassend für alle von ‚seelischer Behinderung‘ bedrohten Kinder- und Jugendlichen zuständig und häufig mit einer ähnlichen Klientel und ähnlichen Fragestellungen befasst wie die Kliniken“ (Gahleitner 2021, 24 f.). Normalität wird in der KJH „als ein ausbalanciertes Verhältnis zwischen Eigensinn des Individuums und gesellschaftlicher Anpassung“ (Groen und Jörns-Presentati 2018, 34) verstanden.

Zum Überblick der Kriterien der beiden Einrichtungen, lässt sich folgende Tabelle erstellen:

	Kinder- und Jugendhilfe	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Rechtliche Grundlage	SGV VIII § 35a SGB VIII	SGB V § 35a SGB VIII
Fachkräfte	Erzieher:innen, Sozialpädagog:innen/ Sozialarbeiter:innen, Erziehungswissenschaftler:innen, Psycholog:innen, Therapeut:innen	Fachärzt:innen, Psycholog:innen, Sozialpädagog:innen/ Sozialarbeiter:innen, Pflegepersonal Fachtherapeut:innen
Krise?	Psychosoziale Krise Alltag Psychiatrische Krise Ausnahme	Psychiatrische Krise Alltag
Normalität?	Ausgeglichenheit zwischen gesellschaftlicher Anpassung und Bedürfnissen des Individuums	ein normierter Standard, z.B. überprüfbar durch ICD-11
Ausrichtung	sozialpädagogisch/sozialarbeiterisch	vorrangig medizinisch orientiert
Auftrag	Förderung Rückführung in Herkunftsfamilie oder Verselbstständigung	Heilung von Störungen und den Symptomen Stabilisierung in akuten Krisen
Zeitliche Auslegung	Langfristig	Kurzfristig

Die Tabelle zeigt deutlich Kernunterschiede, wie die Ausrichtung, zeitliche Auslegung und rechtliche Grundlage, zwischen KJP und KJH auf. Es wird sichtbar, wie massiv sich die Settings unterscheiden, aber ebenso wie wertvoll diese Unterschiede sind. Dennoch haben sie gemeinsam, dass sie beide im Fokus das Wohl des Kindes haben und sich bemühen „zu einer Verbesserung der Lebenssituation von benachteiligten und/oder psychische kranken Kindern und Jugendlichen beizutragen“ (Noske und Thun-Hohenstein 2020, 10). Besonders da beide Systeme durch § 35a SGB VIII eine rechtliche Grundlage haben, um gemeinsame Klientel, wie „Systemsprenger:innen“, in ihrer Entwicklung zu begleiten und zu unterstützen. Aus diesen Gründen verspricht ein Vergleich interessante Ergebnisse, wie den Kindern und Jugendlichen in ihren Bedarfen (besser) begegnet werden kann. Dies hat eine hohe Bedeutung, da „Kinder in der Heimerziehung und im Pflegekinderwesen als die am meisten vulnerable Population in der westlichen Gesellschaft beschrieben wird“ (Vasileva, Petermann und Fegert 2015, 34).

2.4 Umgang mit grenzverletzendem Verhalten

Das folgende Kapitel beleuchtet den Umgang mit dem Verhalten von „Systemsprenger:innen“, welches insbesondere bei einer Krise, oftmals ins Extreme geht und geprägt ist von Grenzverletzungen. Diese richten sich nach Personen im Außen, aber ebenfalls gegen sich selbst. Für die vorliegende Ausarbeitung wird grenzverletzendes Verhalten folgendermaßen definiert: Verhalten, welches festgelegte Grenzen, persönliche Grenzen anderer junger Menschen, sowie der betreuenden Personen überschreitet und somit verletzt. Das Verhalten ist geprägt von Aggressionen und Gewalt, sowohl verbal als auch nonverbal. Die jungen Menschen agieren je nach Situationskontext in Krisen oder eskalativen Situationen unterschiedlich, jedoch stets intensiv und mit Verhalten, was unmittelbare Reaktionen aus ihrem Umfeld bewirkt und erwartet. Das (grenzverletzende) Verhalten geht von den Kindern oder Jugendlichen aus und richtet sich gegen andere junge Menschen, gegen Fachkräfte, gegen ihr räumliches Umfeld, oder gegen sich selbst (Selbstverletzendes Verhalten).

Umgang mit grenzverletzendem Verhalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

„Mit Gewalt von Kindern und Jugendlichen werden die Stationen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zunehmend konfrontiert“ (Meier 2012, 267). Grundsätzlich gilt in der KJP zum Umgang mit grenzverletzendem Verhalten, Krisen und Eskalation, welche im Rahmen dieser Ausarbeitung als gleichbedeutend gewertet werden, dass das „Treffen fester, verlässlicher **Absprachen** für ein gemeinsames Krisenmanagement“ (Schmid, Fegert und Kölch 2020, 323) notwendig ist. Zudem ist in der KJP ein **Notfallplan** mit mehreren Stufen bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung üblich. Dieser wird mit den Patient:innen und sorgeberechtigten Personen besprochen und oftmals mit Unterschrift festgehalten. In den

Stufen wird zum einen aufgezeigt, welche Maßnahmen die Kinder und Jugendlichen zur Unterstützung erhalten. Zum anderen wird außerdem deutlich, dass wenn sie für sich selbst oder andere eine große Gefahr darstellen, es zum Schutz in der letzten Stufe zu Zwangsmaßnahmen kommen kann und wird (vgl. Kölch, Allroggen und Fegert 2020, 654).

Da „Aggressionen und Gewalt zum Menschen und zu den Herausforderungen des akut-psychiatrischen Alltags gehören, ist es unabdingbar, Konzepte zum Deeskalationsmanagement zu kennen“ (BundesArbeitsGemeinschaft 2012, 20). Zu solchen Schulungsprogrammen und Trainings in KJP zählen: KDM, Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa), Professional Assault Response Training (PART) und eigene Konzepte von Kliniken. Die verschiedenen Konzepte ausführlich vorzustellen, übersteigt den Rahmen dieser Ausarbeitung, daher wird sich im nächsten Abschnitt lediglich auf das KDM bezogen. Im Allgemeinen beabsichtigen alle Trainings, den Mitarbeiter:innen Ansätze und somit Sicherheit für den Umgang mit krisenhaften, gewalttätigen Situationen zu vermitteln. Hilfreich ist die Schaffung von Bedingungen, die aggressives Verhalten verringern können. Hierzu zählen:

- „-Frühzeitiges Erkennen von sich anbahnenden Konfliktsituationen
 - Besseres Eingehen auf den Patienten, z.B. durch Gesprächsangebote
 - Patienten frühzeitig das Setting wechseln lassen und Alternativen anbieten“
- (Rabeneck, *Deeskalationstraining, Gewaltmanagement und Prävention* 2012, 75).

Ferner können Konfliktlösungsstrategien auf Kommunikationsebene dazu beitragen, dass sich Situationen bereits vor der Krise entspannen. Zu dergleichen **Gesprächsführungstechniken** zählen Aktives Zuhören und den/die Gesprächspartner:in möglichst wertfrei aussprechen zu lassen (vgl. ebd., 75). Ebenso ist die **Rolle der Mitarbeiter:innen** selbst von Bedeutung zur Deeskalation von schwierigen Situationen. „Geschulte Mitarbeiter fühlen sich in krisenhaften eskalierenden Situationen sicherer, haben weniger Ängste und handeln zielgerichtet“ (Rabeneck, *Professioneller Umgang mit Aggression und Gewalt* 2012, 59). Außerdem kommt es zu „weniger Gewalt auf Station durch sicheres Auftreten der Person, sicherer, ruhiger Ablauf bei Eskalation“ (ebd., 59)

Das im vorherigen Absatz erwähnte **KDM** beinhaltet eine Fortbildung über „fünf Tage, mit acht Stunden pro Tag“ (Murken 2012, 117). Es hat grundsätzlich die Absicht, sich anbahnenden Eskalationen durch die Umsetzung drei zentraler Schlagwörter abzuwenden. Diese umfassen Verständnis, Vermittlung und Verhandlung. Ein zentraler Aspekt sei außerdem Klarheit und Sicherheit. Diese nehmen Unsicherheiten, was wiederum Ängste kleiner werden lässt. Angst lässt sich oftmals als „der Motor aggressiven Verhaltens“ (ebd., 109) feststellen. Klare Ansprachen, sowie eine Klarheit im Handeln können Unsicherheiten verringern und somit begünstigende Faktoren für Aggressionen vermeiden (vgl. ebd., 109). Außerdem wird im Rahmen des Konzepts festgehalten: „Je früher eine angemessene Intervention einsetzt, desto

besser“ (Murken 2012, 111). Je nach Zuspitzung der Situation bedarf es unterschiedlicher Interventionen. Dementsprechend wird das Eskalationsmodell nach G. Breakwell aufgegriffen (siehe Kapitel 2.2). So geht es beispielsweise zu Beginn, bei hoher Anspannung und Reizbarkeit, vorrangig um „Zuwendung, Spannung reduzieren, Kompromisse finden, Raum geben, Verhandeln“ (ebd., 113) - stets lösungsorientiert mit Klarheit und Sicherheit zum Deeskalieren. Gelingt dies nicht und es kommt zu einer Eskalationsphase, rückt in den Fokus „klar Grenzen zu setzen, Distanz zu halten, Fehlverhalten offen anzusprechen“ (ebd., 113). Im Fall einer Krise steht im Vordergrund, Gewalt zu vermeiden und zu verhindern. An dieser Stelle sind logisches Argumentieren und Diskutieren zu unterlassen und es geht um effektiven Umgang mit der zugespitzten Situation. (Spätestens) an dieser Stelle gilt es, Hilfe zu holen, gegebenenfalls die Polizei zu informieren (vgl. ebd. 113) und den Betroffenen bzw. „Aggressor aus der Situation zu entfernen“ (ebd., 113).

Des Weiteren kann die Anwendung von **Zwangmaßnahmen** in der Krise notwendig werden. Jedoch stets vor dem Hintergrund, dass „kurzfristige Zwangsbehandlungen bei akuten Krisen oder Dekompensation [...] finden im Grenzbereich zu genehmigungspflichtigen Behandlungen statt[finden]“ (Kölch, Allroggen und Fegert 2020, 653). Die rechtliche Grundlage für Zwangsmaßnahmen kann bei Aufenthalt in der KJP gegeben sein. Die vorgenannte Absprache des Notfalls bzw. Krisenplans mit den jungen Menschen und ihren Erziehungsberechtigten kann Konflikten rund um Zwangsmaßnahmen und freiheitsentziehende Maßnahmen vorbeugen und für alle Beteiligten notwendige Klarheit schaffen (vgl. ebd., 654). Die Mitarbeiter:innen der KJP sind häufig auf Zwangs- und freiheitsentziehende Maßnahmen geschult. Eine thematische Vertiefung sowie eine kritische Hinterfragung solcher Maßnahmen kann an dieser Stelle der Ausarbeitung nicht vorgenommen werden.

Ein weiterer hilfreicher Ansatz für den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten, sind **räumliche Bedingungen** wie sogenannte Time-Out Räume, die eine Entschärfung von Krisensituationen unterstützen können. Ein solcher Raum „dient der Beruhigung von Patienten bei gewalttätigem und autoaggressivem Verhalten“ (Meier 2012, 280). Der Raum sollte durch Reizarmut und Farben mit beruhigender Wirkung charakterisiert sein. Für die Gestaltung der Wände und des Bodens bieten sich weiche Materialien an, die die Gefahr der Verletzung vermindern. Ein Time-Out Raum kann einerseits präventiv wirken, Patient:innen können sich körperlich verausgaben und so ihre innere Anspannung reduzieren. Auch kann der Raum einen Ort zum Rückzug darstellen, für beispielsweise Entspannung. Auf der anderen Seite kann ein Time-Out Raum in Krisensituationen eine Ressource darstellen, jedoch oftmals im Rahmen einer Zwangsmaßnahme. Der/die betroffene Patient:in wird zu einem Aufenthalt in dem reizarmen Raum aufgefordert, aufgrund großer Anspannung oder in Folge einer gewalttätigen

Auseinandersetzung. In der Regel befinden sich die jungen Menschen alleine und ohne Personal in dem Raum. Gefährliche Gegenstände werden abgenommen, eine Videoüberwachung ist notwendig und eine Möblierung ist nicht sinnvoll, um das Wohl der betroffenen Person zu sichern (vgl. ebd., 280f.).

Umgang mit grenzverletzendem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendhilfe

Zur Begegnung von grenzverletzendem Verhalten in der KJH gilt, dass vorrangig „die Festlegung der **Kommunikationsregeln** in der Krisensituation [...] Sicherheit“ (Baumann 2019, 116) schaffen kann. Außerdem sind bereits das **Wahrnehmen** und ein entsprechendes Reagieren, während eines Anstiegs von Erregung oder Anspannung bei dem Kind oder dem Jugendlichen, der Beginn einer Deeskalation (vgl. Baer 2019, 120). Dies findet sich ebenso bei Thomas Lang in seinem Beitrag zur körperlichen Gewalt in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. So heißt es: „Grundsätzlich gilt es, so früh wie möglich zu deeskalieren“ (T. Lang 2013, 324).

Obwohl Aggressionen und Gewalt im Alltag mit hochbelasteten Jugendlichen, wie bereits in der Einleitung erwähnt, bei einem Zusammenleben auftreten, gibt es Ansätze, die die Wohngruppe dennoch zu sicheren Plätzen werden lassen. Hierzu zählen, dass

„bei verbalen und nonverbalen Bedrohungen früh interveniert wird, Erwachsene Schutzfunktionen übernehmen, Gewalt nicht tabuisiert wird, es Handlungsmöglichkeiten in und nach der Eskalation gibt [und] es emotionale Versorgungsmöglichkeiten für alle an der Krise beteiligten Personen gibt“ (ebd., 324).

Handlungsmöglichkeiten umfassen beispielsweise die **Selbstregulation** der Fachkräfte. Außerdem kann es hilfreich sein während des Konflikts in **Kontakt** zu bleiben, ohne eine Bedrohung auszustrahlen und Botschaften, die Sicherheit geben können, zu übermitteln. Außerdem ist für die Kommunikation hilfreich kurze, klare Ansagen zu nutzen (vgl. ebd., 326). Trotz früher Wahrnehmung und Reaktion auf die Anspannung des Kindes können Situationen zunehmend eskalieren und es kann zu Situationen kommen, „bei denen **Festhalten** als weitere Interventionsmöglichkeit notwendig und erst dadurch eine Eigen- und Fremdgefährdung begrenzt werden kann“ (ebd., 326). Es muss jedoch ein Bewusstsein über die zu Recht bestehenden rechtlichen und pädagogischen Diskussionen vorhanden sein, denn das Festhalten eines Kindes oder eines Jugendlichen nimmt den jungen Menschen die Kontrolle über die Situation. Besonders bei hochbelasteten, oftmals traumatisierten jungen Menschen kann diese Einschränkung der Freiheit Retraumatisierungen auslösen. Damit dies nicht geschieht, muss die Möglichkeit des Festhaltens im besten Fall vorbesprochen, aber in jedem Fall nachbesprochen werden. Die betreuenden Personen benötigen Fähigkeiten, die es ihnen möglich machen, in Krisen bei sich und in sich stabil zu bleiben. Doch darüber hinaus benötigt es **Vorkehrungen**, die den zu betreuenden jungen Menschen sowie den betreuenden Personen Sicherheit für

Krisensituationen geben können. Insbesondere für die anderen Bewohner:innen der Wohngruppe kann es sich ebenfalls bedrohlich anfühlen und sein, wenn ein Kind oder ein Jugendlicher in eine Krise gerät. Für diese indirekt oder direkt betroffenen jungen Menschen gilt es eine Sicherheit für ihr eigenes Handeln in solchen Situationen zu erlangen und Absprachen zu treffen, was geschieht, wenn eine/einer in eine Krise gerät und wo ggf. Sicherheit zu finden ist (vgl. Lang 2013, 326 f.). Denn obgleich die Kinder mit ihren Gefühlen und Empfindungen viel Verständnis von ihren Bezugspersonen benötigen - „die Gewalt braucht Grenzen“ (ebd., 330).

Es ist wichtig, nicht spontan, sondern systematisch durch fest etablierten Krisenpläne im Konzept der Wohngruppe, sowie frühzeitige Absprachen auf Krisen zu reagieren (vgl. Groen und Jörns-Presentati 2018, 74). Wohngruppen bedarf es an „Krisenverfahrenspläne, die zuerst in einem internen Krisenablauf begleitende und unterstützende Maßnahmen beschreiben, darüber hinaus Schritte für eine externe Kooperation in der Krise mit Kinder- und Bereitschaftsärzten, Kinder- und Jugendpsychiatrien und der Polizei“ (T. Lang 2013, 327) bieten. Denn wie bereits in Kapitel 2.3 aufgegriffen, kann der pädagogische Rahmen zur Krisenstabilisierung nicht ausreichend sein. „Bei akuten Gefährdungsmomenten und einem Zusammenbruch des haltenden sozialen Systems wird eine kurzfristige stationäre Krisenintervention notwendig“ (Noske und Thun-Hohenstein 2020, 12). Durch erlebte Traumatisierungen reagieren die Kinder in ihrem Erleben und Verhalten scheinbar extrem und „[s]o geraten kleinere Konflikte schnell zu einem existenziellen Kampf. Es ist für das Kind ein Kampf auf Leben und Tod mit der Absicht, zu überleben“ (T. Lang 2013, 317).

Im Hinblick auf die stationäre Unterbringung muss für „Systemsprenger:innen“ die Frage im Rahmen des Hilfesystems gestellt werden, wie „eine Hilfe gestaltet sein [muss], damit der junge Mensch diese annehmen oder zumindest aushalten kann und nicht gegen sie kämpfen muss?“ (Baumann 2019, 27). Diesbezüglich wurde über die dargestellten Möglichkeiten und Ansätze zu der Begegnung von grenzverletzendem Verhalten hinaus, deutlich, dass „die aktuellen Erkenntnisse der Traumaforschung auch in pädagogischen Ansätzen zu berücksichtigen [sind], um die betroffenen Mädchen und Jungen ihrem Bedarf entsprechend gerecht unterstützen zu können“ (BAG Traumapädagogik 2013, 86). **Traumapädagogik** scheint für KJP und KJH ein vielversprechender Ansatz zu sein, um jungen Menschen mit grenzverletzendem Verhalten adäquat zu begegnen. Denn die Verhaltensweisen traumatisierter (junger) Menschen, wie „Impulsivität, Aggressionen und grenzüberschreitende Verhaltensweisen [...] sind häufig als Flucht und Kampfreaktion eines übererregten Nervensystems zu verstehen“ (T. Lang 2013, 316).

3. Trauma(-pädagogik)

Für die vergleichende Betrachtung zwischen KJP und KJH bezüglich des Umgangs mit grenzverletzendem Verhalten bietet sich der Ansatz der Traumapädagogik in dieser Ausarbeitung an. Traumapädagogik ist „letztlich als eine pädagogische Antwort auf psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und Jugendhilfe entstanden“ (Schmid, Purtscher-Penz und Stellermann-Strehlow 2017, 174).

Das Kapitel 3 bietet zunächst einen Überblick zu dem Begriff Trauma und möglichen Traumafolgen. Anschließend werden die Leitlinien der Traumapädagogik als theoretischen Rahmen, stets vor dem Hintergrund des Umgangs mit den extremen Verhaltensweisen der „Systemsprenger:innen“, dargestellt.

3.1 Trauma

Bevor die Leitlinien der Traumapädagogik dargelegt werden, gilt es zunächst ein Grundverständnis des Begriffs „Trauma“ zu erarbeiten, sowie (mögliche) Folgen aufzuzeigen. „Das Wort Trauma stammt aus dem Altgriechischen und bedeutet ‚Wunde‘. Die Bezeichnung ‚Trauma‘ wird in der Medizin für bestimmte körperliche Wunden benutzt, in Psychologie, Psychotherapie und Sozialpädagogik für bestimmte seelische Verletzungen“ (Baer 2019, 147). Hierbei kann es durch einzelne oder aber anhaltende Belastungen, die die eigenen Möglichkeiten der Bewältigung überlasten, über kurz oder lang zu einer Traumatisierung bzw. Verletzung im seelischen System kommen (vgl. Fischer und Riedesser 2020, 24). Es handelt sich um ein Ereignis, welches über kritische Lebensereignisse hinaus geht und als erschütterndes Lebensereignis beschrieben werden kann. Es wird von Gefühlen wie „Kontrollverlust, Entsetzen und (Todes-) Angst begleitet“ (Gahleitner 2021, 39). Jegliche traumatische Erfahrung wird subjektiv, je nach Person und Situation, unterschiedlich erlebt (vgl. Baer 2019, 147).

Darüber hinaus handelt es sich um ein...

„...vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer und Riedesser 2020, 87).

Laut dem ICD-11, wird ein Trauma als „sehr bedrohliches oder schreckliches Ereignis oder eine Serie von Ereignissen“ (Eilers und Rosner 2021, 146) beschrieben. Gemeinsam haben alle, „dass ein inneres Notfallprogramm ausgelöst wird, das das Überleben in der Situation sichert“ (Gebrande 2021, 33). In solchen extremen Situationen stellt sich schnell die Wahrnehmung der eigenen Wirkungs- und Hilfslosigkeit ein. Damit einher geht das Gefühl bei Bedrohung äußeren Umständen hilflos ausgesetzt zu sein. Hinzukommt, dass umso bedrohlicher die Faktoren der

traumatischen Situation sind, die Wahrscheinlichkeit umso geringer ist, dass Betroffene über ausreichend Ressourcen für eine erfolgreiche Bewältigung der Erfahrung verfügen (vgl. Fischer und Riedesser 2020, 92 f.). Doch eben diese Ressourcen sind unter anderem entscheidend für die Folgen eines erschütternden Lebensereignisses. Weitere Faktoren, die Einfluss nehmen, sind die jeweiligen, individuellen Umstände, die Dauer des traumatischen Erlebnisses bzw. die Dauer der traumatischen Erlebnisse, die Art sowie der jeweilige Entwicklungsstand der Betroffenen. Besondere Bedeutung haben vorhandene bzw. fehlende Schutzfaktoren im Zeitraum vor, während oder im Anschluss an die Traumatisierung (vgl. Gahleitner 2021, 39). In Bezug auf die Unterbringung in der KJH, sei für die vorliegende Ausarbeitung an dieser Stelle anzumerken, dass eine „Fremdunterbringung als ein potenziell kritisches Lebensereignis angesehen“ (Noske und Thun-Hohenstein 2020, 10) werden kann, obwohl im Sinne des Kindeswohls gehandelt wird. Ebenso zählen zu potenziell traumatisierenden Erlebnissen „immer wiederkehrende Trennungs- und Diskontinuitätserfahrungen, wie sie in den Biografien der jungen Menschen, die mit dem Hilfesystem in massive Konflikte geraten, flächendeckend zu finden sind“ (Baumann 2019, 66).

Durch fortsetzende Traumaerfahrungen im jungen Alter, kommt es häufig zur „Ausbildung desorganisierter Bindungsstrukturen“ (Gahleitner 2021, 39). Diese Bindungsstrukturen finden sich insbesondere in stationären Settings der KJH, in denen „Untersuchungen zufolge so viele kinder- und jugendpsychiatrische Störungen und Problemlagen wie nur zwei Prozent der Kinder aus der Allgemeinbevölkerung“ (Gahleitner 2013, 47) aufzeigen. Die Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen, sowie der sogenannten „Systemsprenger:innen“ in der KJH und in KJP sind neu zu hinterfragen. Die extremen Verhaltensweisen sind oft eine Folge von Traumatisierungen und stellen „eine Anpassungsleistung an unvorstellbare Lebensbedingungen“ (Schmid 2013, 57) dar.

Es wird im Allgemeinen zwischen zwei Typen von Traumata unterschieden. Das Typ I-Trauma ist ein unvorhersehbares und einmalig auftretendes einschneidendes Erlebnis, wie ein Autounfall oder eine Naturkatastrophe. In der Regel entstehen diese Traumata ohne den direkten Einfluss von Menschen. Außerdem gibt es das Typ II-Trauma, welches hingegen anhaltend und über eine längere Zeit aufrechterhaltene Umstände und Gegebenheiten, in dem es immer wieder, wenn gleich nicht durchgehend, zu einschneidenden und bedrohlichen Situationen kommt, die Überforderung und Erschütterung mit sich bringen. Unter Typ- II - Traumata fallen wiederholt auftretende Traumata wie z.B. jahrelanger sexueller Missbrauch, Vernachlässigung oder körperliche Misshandlung, in welchen oftmals die Bezugspersonen der jungen Menschen eine aktive Rolle einnehmen (vgl. Schmid, Fegert und Kölch 2020, 312 f.).

Wenn erschütternde Erlebnisse „kurz- oder langfristige psychische Reaktionsmuster“ (Gebrande 2021, 33 f.) hervorrufen, spricht man von Trauma. „Schwere Belastungen bzw. Traumata [...] führen bei nahezu allen Menschen kurzfristig zu Belastungsreaktionen, die sich in ihrem Erscheinungsbild oft deutlich unterscheiden“ (Kirsch und Rassenhofer 2020, 288). Zeigen die Betroffenen längerfristige Reaktionen können Störungsbilder entsprechend von Klassifikationssystemen entstehen. Oftmals greift bei erlebten Traumatisierungen die Diagnose des ICD-11 „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS). Mit der Einführung des ICD-11 ist die „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ in den Diagnosekatalog aufgenommen worden. Mit beiden Varianten einhergehend kommt es oft zu komorbiden Störungen, wie Depressionen oder einer Generalisierte Angststörung (vgl. Eilers und Rosner 2021, 149).

3.2 Traumapädagogik

Im folgenden Unterkapitel (3.2) wird das traumapädagogische Verständnis erläutert, in dem Grundzüge und Prinzipien der Traumapädagogik vorgestellt werden.

Traumapädagogik und die damit verbundenen Ansätze können hilfreiche Unterstützung darstellen, um (hoch-) belastete Kinder und Jugendliche mit multiplen Problemlagen aufzufangen, sie in ihrer (gesunden) Entwicklung zu stabilisieren und zu fördern. Denn, wenn man die entsprechenden Zahlen betrachtet, wird deutlich, wie viele Kinder und Jugendliche Traumatisierungen im Rahmen der KJH mit sich bringen. Entsprechend sind diese gemeinsame Klientel von KJP und KJH.

Die folgenden Leitlinien der Traumapädagogik scheinen geeignet, um präventiv auf Krisen einzuwirken und grenzverletzendem Verhalten zu begegnen. Zwischen den Leitlinien besteht (unmittelbarer) Zusammenhang und sie bedingen sich gegenseitig.

3.2.1 Grundhaltung

Ein wesentlicher Bestandteil der Traumapädagogik ist eine entsprechende Grundhaltung. Zu den wesentlichen Eigenschaften dieser Haltung zählen:

„[D]ie unbedingte Wertschätzung des Kindes, die Partizipation des jungen Menschen an seiner Lebenssituation und die Transparenz hierüber sowie über die pädagogischen Maßnahmen/Hilfeplanung. Und weil viel Freude viel Belastung trägt, setzt Spaß und Freude im pädagogischen Alltag ein Gegengewicht zu dem (Er-)Tragen und Aus-Halten von traumatischen Belastungen“ (Hair, et al. 2022, 14).

Demnach ist eine traumapädagogische Grundhaltung der Mitarbeiter:innen von (a) Transparenz, (b) Partizipation, (c) Wertschätzung und dem (d) Konzept des guten Grundes geprägt. Außerdem beinhaltet diese, Kenntnisse über Auswirkungen und Folgen von Traumatisierungen, sowie dem Tragen von biografischen Belastungen. Ein Schwerpunkt der

Traumapädagogik wird auf die vorhandenen Ressourcen und die Resilienz der jungen Menschen gelegt (vgl. BAG Traumapädagogik 2013, 86 f.).

(a) Transparenz

Einen Kernaspekt betrifft die Transparenz mit und gegenüber den Kindern und Jugendlichen. Übergeordnet besteht Bedarf für eine „verlässliche und transparente Hilfeplanung“ (Schmid, Purtscher-Penz und Stellermann-Strehlow 2017, 189). Zum anderen müssen die Betroffenen „einen transparenten verantwortungsvollen Umgang mit Hierarchien, Strukturen und Machtverhältnissen erleben“ (BAG Traumapädagogik 2013, 89), um die zuvor gemachten Erfahrungen eines unverantwortlichen, willkürlichen Umganges mit Strukturen zu korrigieren. Diesbezüglich ist es wichtig, dass die Kinder und Jugendlichen stets das Gefühl haben, dass sie alles nachfragen dürfen und ihnen grundsätzlich erklärt wird, wann etwas wo passiert und ebenso die Beweggründe für dieses verdeutlicht werden (vgl. ebd., 89). Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben häufig Unberechenbarkeit erlebt, der mit Transparenz des (pädagogischen) Handelns in den stationären Einrichtungen entgegengewirkt werden muss.

(b) Partizipation

Um den ihnen gebotenen Rahmen als sicher empfinden zu können, müssen die jungen Menschen, diesen einerseits so gut wie möglich verstehen und andererseits Möglichkeiten haben, diesen entsprechend ihrem Entwicklungsstand mitzugestalten. Es sollte ein Zusammenwirken von festgelegten Regeln und individuellen, gemeinsam getroffenen Absprachen gelten. Die Rahmenbedingungen, die den jungen Menschen Sicherheit geben, gilt es in regelmäßigen Abständen zu hinterfragen und zu überprüfen. Bei Bedarf müssen neue Regelungen geschaffen werden, stets möglichst transparent für die jungen Menschen und unter möglichst großer Partizipation von ihnen (vgl. Baierl 2017, 74 ff.). Da die jungen Menschen ihre eigene Lebenswelt am besten kennen, sollten sie als erste Ansprechperson betrachtet werden, wenn es um die Gestaltung der Lebenswelt und die Entwicklung von Angeboten geht, „die tatsächlich ihren ganz individuellen Bedürfnissen entsprechen. Positive Lebensbedingungen für Kinder/Jugendliche können aus einer traumapädagogischen Grundhaltung heraus nur mit deren Beteiligung realisiert werden“ (Hair, et al. 2022, 15). Wichtig sei das Erleben von Zugehörigkeit, Kompetenz und Autonomie. Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben aufgrund des erlebten Kontrollverlusts im Rahmen der Traumatisierung auf diesen drei Ebenen wenige bis keine Erfahrungen sammeln können und es gilt Strukturen zu erschaffen, die eine möglichst hohe Teilhabe gemessen am individuellen Entwicklungsstand, fördern und sichern. Es ist stets zu beachten, dass die jungen Menschen wahrnehmen, dass ihnen etwas zugetraut wird und gleichzeitig kein Raum für Überforderung gelassen wird (vgl. BAG Traumapädagogik 2013, 88).

Traumapädagogische Konzepte sensibilisieren dafür, dass die Betroffenen im Rahmen der Möglichkeiten bei jeglichen Entscheidungen, die sie selbst betreffen, aktiv zu beteiligen und zu involvieren sind (vgl. Schmid, Purtscher-Penz und Stellermann-Strehlow 2017, 178). Ziel ist das Erleben von Selbstwirksamkeit, indem sie auf ihre Umwelt Einfluss nehmen können und diese aktiv gestalten können (vgl. Weiß 2013, 146 f.).

(c) Wertschätzung

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Traumapädagogik ist die Wertschätzung der jeweiligen Person, so dass die jungen Menschen die Möglichkeit haben, sich selbst „mehr und mehr wieder als wertvoll zu erleben“ (BAG Traumapädagogik 2013, 88). In dem man dort ansetzt, wo bereits Stärken bestehen oder bei Dingen, die Spaß bereiten und gerne gemacht werden, können die Kinder und Jugendlichen sich und die eigenen Fähigkeiten (neu) kennenlernen und eine Wertschätzung zu sich selbst aufbauen. Für die Entwicklung eines positiven Selbstbildes und um sowohl Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein wachsen zu lassen, bildet die Traumapädagogik einen Rahmen, der sich als sicher auszeichnet (vgl. BAG Traumapädagogik 2013, 88). Ebenso bedarf es den (störenden) Verhaltensweisen der jungen Menschen mit Akzeptanz und soweit möglich mit Wertschätzung zu begegnen. Dies geschieht, indem man die Überlebensstrategien der Kinder als solche, sowie „subjektive Bewältigungsstrategie“ (Baumann, Bolz und Albers 2021, 11) und als „normale“ Verhaltensweise für nicht normale Lebensumstände anerkennt. Insbesondere brauchen die jungen Menschen das Gefühl, dass ihr Verbleib in den Einrichtungen nicht in Frage gestellt wird.

Im Kontext der Traumapädagogik bedeutet die Wertschätzung darüber hinaus „die Korrektur der Erfahrung von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Erleben von Selbstwertverlust und Unwirksamkeitserfahrung“ (Weiß und Schirmer 2013, 113). Dieses wird ebenfalls durch die Aspekte der Transparenz, Partizipation und Selbstwirksamkeit gefördert.

(d) Annahme des guten Grundes

Außerdem wird von der Tatsache ausgegangen, dass sich hinter jedem Verhalten und Handeln der Kinder und Jugendlichen ein „guter Grund“ verbirgt (vgl. Hair, et al. 2022, 14). „Die Annahme eines guten Grundes bildet die Grundlage eines verstehenden Zugangs, der alle Verhaltensweisen in einem ersten Schritt als Überlebensstrategie wertschätzt und würdigt“ (Gebrande 2021, 138). Demnach sind Verhaltensweisen der jungen Menschen, welche ihr Umfeld massiv herausfordern (siehe Kapitel 2.1), und Symptome „nicht nur als Konsequenz traumatischer Ereignisse zu verstehen, sondern vor allem als Versuche, das traumatische Ereignis im Rahmen der individuellen Möglichkeiten zu bewältigen“ (Gahleitner 2021, 42). Es handelt sich um „eine ursprüngliche Überlebensstrategie, die sich fortsetzt, obwohl sie inzwischen ihre Funktion verloren hat“ (ebd., 39).

3.2.2 Förderung

Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben, neben altersentsprechenden körperlichen und emotionalen Bedürfnissen, außerdem spezifische Bedarfe, was ihre Förderung betrifft

Insgesamt gilt:

„Traumatisch belastete Kinder und Jugendliche haben auf Grund unterschiedlicher Entwicklungseinschränkungen häufig einen hohen Förderbedarf zum Beispiel bei der Sinnes- und Körperwahrnehmung, der Emotionsregulation, der Resilienz oder auch beim schulischen und sozialen Lernen“ (Baierl, Götz-Kühne, et al. 2017, 68).

Zwei wichtige Aspekte im Rahmen der Traumapädagogik, die Förderung benötigen, sind (a) Spiegelung und (b) Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung.

(a) Widerspiegeln

Ebenfalls muss die emotionale Stabilität der Kinder und Jugendlichen gefördert werden. „Viele Kinder und Jugendlichen können zum Beispiel ihre Bedürftigkeit nicht zeigen, weil diese nie gesehen und ernstgenommen wurde“ (Baer 2019, 82). Dementsprechend brauchen sie „zunächst Unterstützung darin Gefühle wahrzunehmen, erkennen, benennen, zulassen und aushalten können“ (Baierl 2017, 81). Die (hoch-) belasteten jungen Menschen haben oftmals zu wenig Spiegelung durch ihre Bezugspersonen erfahren. Es bedarf an Rückmeldung in Form von Aufzeigen oder Mitteilungen vom sozialen Umfeld, wie sie gesehen und wahrgenommen werden. Da vor allem Kinder mit Hochbelastungen sehr ambivalent sind und sich entsprechend verhalten, benötigen sie Spiegelungen, die die Widersprüchlichkeit verdeutlichen. Ein Schwerpunkt ist auf die Spiegelung von Gefühlen zu setzen, da Spiegelungen der Gefühlswelt über eine lange Zeit zu wenig bis keinen Raum bekommen haben (vgl. Baer 2019, 80 f.).

(b) Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung

Erfahrungen der Selbstbemächtigung sowie Selbstwirksamkeit stellen „notwendige Korrekturen zum traumatischen Umfeld“ (Weiß 2013, 145) dar. Die Förderung der Selbstbemächtigung bedeutet, Unterstützung zu erhalten sich aus erlebter Abhängigkeit und Ohnmacht im Rahmen der Traumatisierungen zu befreien und sich erneut als „Subjekt ihres Lebens“ (ebd., 146) wahrzunehmen. Darüber hinaus bedeutet Selbstbemächtigung „zu verstehen, zu akzeptieren, den guten Grund zu sehen, die körperlichen Reaktion[en] zu spüren, die Gefühle zuzulassen [und] die Selbstregulation zu lernen“ (ebd., 148). Demnach kann das Unterstützen der Verstehensprozesse von individuellen und übergeordneten gesellschaftlichen Prozessen Grundlage der Selbstbemächtigung sein (vgl. Weiß 2016, 100).

Die Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit geschieht, wenn die Kinder und Jugendlichen die Erfahrung machen, dass sie sich um sich selbst kümmern können und Einfluss auf ihre Umwelt nehmen (vgl. Weiß 2013, 146 f.). Außerdem können Erfahrungen über gelungene Regulationen ihrer Gefühle und Wahrnehmungen dazu führen, dass die Empfindung von Selbstwirksamkeit

wächst. Grundlegend ist die Regulation von Stress und der Stressreaktionen ihrer Körper zu sehen. Unterstützen können verschiedene Methoden und Notfallstrategien (vgl. ebd., 152 f.).

3.2.3 Beziehung(-sangebot)

Ferner ist ein zentraler Aspekt im Hinblick auf psychische Grundbedürfnisse von Kindern, dass sie in Beziehung treten, (a) Bindungen aufbauen und sich zugehörig fühlen (vgl. Baierl 2017, 78). Hierfür bedarf es stabiler, geschulter Mitarbeiter:innen. Entsprechend ist die (b) Rolle der Fachkräfte entscheidend für die Bindung zwischen „Systemsprenger:in“ und Fachkraft.

(a) Bindung

Doch die „Bindungs- und Beziehungsgestaltung ist in der Zusammenarbeit mit Kindern und Jugendlichen, die offenbar gegen das System zu kämpfen scheinen und massiv störende Verhaltensweisen zeigen, der sensibelste aller Prozesse“ (Baumann 2019, 65). Deswegen müssen besonders die individuellen und persönlichen Grenzen der jungen Menschen gesehen und geachtet werden. Den „Systemsprenger:innen“ muss Nähe und Bindung von betreuenden Personen angeboten werden. Es darf jedoch nicht erwartet oder aktiv eingefordert werden. Das gemeinsame Erleben von positiven Erlebnissen ist ebenso wichtig wie das gemeinsame Durchstehen von Krisen und Problemen. Nur so bekommen die Kinder die Sicherheit, dass die Bezugspersonen bei ihnen bleiben, wenn es schwierig wird. Ebenfalls muss bei der Betrachtung des Beziehungsverhaltens der jungen Menschen beachtet werden, dass diese, wenngleich in unterschiedlichen Ausmaßen, bindungsgestört sind und zudem das Bindungsverhalten im Normalfall von Krisen geprägt ist und oftmals einen schwierigen Verlauf hat (vgl. Baierl 2017, 79).

Demnach bedarf ein sicherer Ort im traumapädagogischen Sinne nicht nur neue, scheinbar sichere Bindungen, sondern außerdem den Ansatz, „dass der junge Mensch das Gefühl hat, die Nähe-Distanz-Regulation mitgestalten zu dürfen, es ihm nicht zum Vorwurf gemacht wird, wenn er nicht in die Beziehung geht“ (Baumann 2019, 65). Die Kinder und Jugendlichen brauchen Möglichkeiten in ihrem sicheren Rahmen, wo sie üben können zwischenmenschliche, soziale Kontakte auf- und auszubauen, zu gestalten und zu lenken. Dazu zählt ebenso Kontakte zu begrenzen oder abzuschließen (vgl. Baierl 2017, 77). Des Weiteren bedarf es einer festen Regelung für Besucher:innen in ihrem Wohnraum und es muss sichergestellt sein, dass die Person, die Traumatisierungen herbeigeführt hat, keine Möglichkeit der Kontaktaufnahme hat (vgl. ebd., 74 ff.).

(b) Rolle der Fachkraft

Insgesamt gilt, dass um den komplexen Bedarfen (siehe Kapitel 2.1) der jungen Menschen angemessen zu begegnen, die mentale und körperliche Gesundheit der betreuenden

Mitarbeiter:innen sicher zu stellen ist. Die Fachkräfte der KJH und der KJP begegnen in ihrem beruflichen Alltag hohen Anforderungen und einer großen Verantwortung. Denn für die Herstellung von äußerer Sicherheit und um den Sicherheitsbedürfnissen eines jungen Menschen begegnen zu können, braucht es neben weiteren Faktoren „genügend und ausreichend geschulte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die fähig und bereit sind, einen sicheren Rahmen aufzubauen, anzubieten und zu halten“ (Baierl 2017, 73). Für die persönliche Wahrnehmung von Handlungsfähigkeit, sowie (emotionaler) Sicherheit ist die individuelle Regulation von Emotionen von entscheidender Bedeutung. Menno Baumann bezieht sich auf die drei Punkte „Sich informieren und Fakten bewerten“, „Die eigene Grenze wahrnehmen“ und „Eigene Gefühle beobachten“ (Baumann 2019, 119 ff.).

Denn die Mitarbeiter:innen setzen das traumapädagogische Konzept nicht nur um, sie sind fester Bestandteil von diesem (vgl. Lang 2013, 122). Ausgehend davon, dass, „jegliche Form und Ausprägung pädagogischen Handelns maßgebliche von der jeweils eigenen Grundhaltung geprägt ist“ (Baumann, Bolz und Albers 2021, 28), ist die traumapädagogische Grundhaltung der Fachkräfte von entscheidender Bedeutung für eine gelingende Bindung mit den „Systemsprenger:innen“ und der Begegnung ihrer Bedarfe. Dementsprechend ist die Rolle der Fachkräfte für das Beziehung(-sangebot) entscheidend.

Um die persönlichen Grenzen der jungen Menschen zu wahren, muss an erster Stelle stehen, dass eine Beständigkeit für die Kinder und Jugendlichen zunächst „über verlässliche Strukturen, Rituale und wiederkehrende Tagespunkte hergestellt werden kann und muss, Beziehungsanteile dagegen erst einmal im Hintergrund stehen“ (ebd., 66).

3.2.4 Strukturen und Sicherheit

Die soeben angedeuteten verlässlichen Strukturen, Rituale und wiederkehrenden Tagespunkte stellen einen weiteren Kernaspekt der Traumapädagogik dar.

Im Fachdiskurs herrscht ein Konsens darüber, dass junge traumatisierte Menschen, an oberster Stelle Sicherheit benötigen (vgl. Baierl 2017, 73). Dieser Bedarf liegt darin begründet, dass hochbelastete junge Menschen „meist den sicheren Rahmen ihres Lebens verloren [haben]. Sie brauchen einen Rahmen, innerhalb dessen sie sich geschützt fühlen und sich entwickeln können“ (Baer 2019, 36). Es ist „ein äußerer Rahmen zu schaffen, der Sicherheit und Geborgenheit vermittelt und der den Aufbau einer inneren Sicherheit ermöglicht“ (Gebrande 2021, 121).

Dementsprechend sind klare und verlässliche Strukturen im Außen ein notwendiger Bestandteil in stationären Einrichtungen. Rituale und wiederkehrende Tagespunkte, somit stets gleichgestaltete Abläufe im Alltag den Betroffenen durch die Vorhersehbarkeit Sicherheit bieten.

*„Durch wiederkehrende Abläufe und Rituale für Alltag, Tages-, Wochen- und Jahresgestaltung wird nicht nur Alltägliches wie Essen, Hausaufgaben oder Hygieneverhalten strukturiert und vorhersehbar, sondern es gibt auch Sicherheit, wie Wochenenden, Jahresfeste, Geburtstage oder Entlassungen begangen werden“
(Baierl 2017, 76).*

Gesunde Ernährung zu festen Tageszeiten, sowie geregelte Tages- und Nachtzeiten, körperliche Betätigung und geklärte Gesundheitsfürsorge bieten Grundlage für eine (körperliche) Stabilität (vgl. Baierl 2017, 81). Eine Klarheit über Dienstpläne kann sowohl den jungen Menschen als auch den Fachkräften Halt geben, da sichtbare Strukturen des stationären Alltags das Miteinander berechenbar machen (vgl. Schmid, Purtscher-Penz und Stellermann-Strehlow 2017, 177).

Insgesamt ist ein hohes Maß an „Vorhersehbarkeit, Berechenbarkeit und Kontrollierbarkeit“ notwendig (Baierl 2017, 74). Hierzu zählen neben klaren Strukturen deutlich erkennbare Grenzen und transparente, verständliche Regeln und Absprachen. Dass das Überschreiten von vorhandenen Grenzen zu den Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen gehört, ist als Prozess notwendig anzuerkennen und zu berücksichtigen (vgl. ebd., 74 f.). Ebenso müssen Prozesse der Gruppendynamik, wie gegenseitiges Triggern, als mögliche Hindernisse für den sicheren Rahmen der Unterbringung betrachtet werden (vgl. Lang, et al. 2011, 9f.).

Für den Aspekt Sicherheit und Struktur lässt sich insbesondere auf das „Konzept des sicheren Ortes“ nach Martin Kühn verweisen. Aus diesem lassen sich Trias ableiten: Trias ‚sichere Mitarbeiter[:innen]‘, ‚sichere Kinder‘ [und] sichere, haltgebende Strukturen“ (Schmid, Purtscher-Penz und Stellermann-Strehlow 2017, 175). Der Ansatz setzt demnach auf mehreren Ebenen an: „‚sicherer Orte‘ für Betroffenen“, „‚emotionaler Dialoge‘ zwischen Kind und Pädagog[:in]“ und „‚geschützter Handlungsräume‘ für die Pädagog[:innen]“ (Kühn 2023, 34). Entsprechend dieser Ebenen sind die folgenden Facetten der Rahmenbedingungen, sowohl die geschützten Handlungsräume für Mitarbeiter:innen sowie bauliche und strukturelle Rahmenbedingungen für den „sicheren Ort“ für die Umsetzung von Traumapädagogik von großer Bedeutung.

3.2.5 „Geschützte Handlungsräume“ für die Fachkräfte

Um dieses sicherzustellen, bedarf es der besonderen Unterstützung und Fürsorge für Mitarbeiter:innen. Hierzu zählen Möglichkeiten der Fortbildung, (Selbst-)Reflektion und Arbeitsbedingungen, die die spezifischen Herausforderungen ihres beruflichen Alltags berücksichtigen (vgl. Groen, Jörns-Presentati und Weber 2020, 90). Es gilt durch äußere Rahmenbedingungen „sicherzustellen, dass Mitarbeiter[:innen] im Kontakt mit grenzverletzend agierenden jungen Menschen schnell direkte Unterstützung bekommen und nicht mehr alleine in der Situation stehen“ (Baumann 2019, 116).

Mitarbeiter:innen verfangen sich außerdem weniger in Krisensituationen oder den extremen Verhaltensweisen der (hoch-) belasteten jungen Menschen. Sie können den Kindern und Jugendlichen durch das Verstehen von traumatypischen Dynamiken ruhiger und professioneller begegnen (vgl. Baierl 2017, 82). Somit lassen sich Abbruchsrisiken senken oder mögliche Folgen eines Abbruches für die Kinder und Jugendlichen verringern (vgl. Baumann 2019, 161). Die Bedeutung der geschützten Handlungsräume liegt darin begründet, dass eine Einrichtung „noch so intelligent und ausgefeilt aufgestellt sein [kann], wenn es die Pädagog[:innen] in permanente Überforderung treibt, wird es nicht greifen können“ (ebd., 27). Dem entspricht die Traumapädagogik. Im Zentrum steht „die Entwicklung der Kinder zu fördern, indem man die Sicherheit und Selbstwirksamkeit der Mitarbeiter stärkt“ (Schmid, Purtscher-Penz und Stellermann-Strehlow 2017, 189).

3.2.6 Rahmenbedingungen für den „sicheren Ort“

Rahmenbedingungen baulicher Natur (a) sowie strukturelle Gegebenheiten (b), haben großen Einfluss auf den Alltag mit „Systemsprenger:innen“. Entsprechend gilt es, diese im Rahmen der vorliegenden Ausarbeitung und zur Beantwortung der Forschungsfrage zu berücksichtigen.

(a) Bauliche Rahmenbedingungen

Die Räumlichkeiten bilden als Rahmenbedingung für die Arbeit mit den jungen Menschen Möglichkeiten zur Deeskalation, jedoch gleichermaßen zur Eskalation. So entsteht ein Großteil an von Gewalt und Aggressivität geprägte Eskalationen, wenn es zu einer räumlichen Enge kommt und es keine Möglichkeit gibt, sich schnell und kurzfristig aus schwierigen Situationen herauszuziehen (vgl. Baierl, Götz-Kühne, et al. 2017, 68 f.). Dementsprechend können bauliche Rahmenbedingungen genutzt werden, um entsprechend der traumapädagogischen Grundhaltung Eskalationen vorzubeugen.

(b) Strukturelle Rahmenbedingungen

Strukturelle Rahmenbedingungen können ebenso Einfluss nehmen auf das Eskalationspotential der einzelnen Kinder und Jugendlichen, sowie auf das Gruppengeschehen. (Strukturelle) Vorgaben, die die jungen Menschen direkt betreffen, wie beispielsweise das Verbot von Mobiltelefonen, können zu Anspannungen und letztlich zu Krisen führen. Zudem können beispielsweise Dienstpläne und der Betreuungsschlüssel Einfluss auf das Geschehen nehmen und Stresssituationen hervorbringen bzw. begünstigen.

4. Aktueller Forschungsstand

Das abschließende Kapitel der Theorie widmet sich dieses dem aktuellen Forschungsstand. Es werden zentrale Studien mit relevanten Erkenntnissen für die Themenbereiche „Systemsprenger:innen“, Kooperation KJP und KJH, Traumatisierungen bei fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen, Versorgung und Therapieangebote für psychisch kranke junge Menschen, sowie Gewalt gegen Mitarbeiter:innen dargestellt. Das Kapitel dient einer besseren Einordnung der Thematik der vorliegenden Ausarbeitung.

„Systemsprenger:innen“

Rund um „Systemsprenger:innen“ finden sich aktuelle empirische Beiträge, wie die EVAS-Studie (Evaluationsstudie Erzieherischer Hilfen). 50 000 evaluierte Hilfen zur Erziehung aus ganz Deutschland dienten als Datensatz. Insgesamt mehr als 8 000 abgeschlossene Hilfen, bei denen mehrere hochschwellige Jugendhilfemaßnahmen durchlaufen wurden, wurden im Hinblick auf „Systemsprenger:innen“ und mögliche Erfolgskriterien der Hilfen untersucht. Besonders viele positive Ergebnisse zeigen sich bei Hilfen nach § 35 SGB VIII, welche individual-pädagogisch ausgerichtet sind. (vgl. Macsenaere und Feist-Ortsmanns 2021, 91). Insgesamt zeigen die Ergebnisse, „dass Jugendhilfe für ‚Systemsprenger[:innen]‘ alles andere als aussichtslos ist: Sämtlichen untersuchten Hilfearten gelingt es, im Durchschnitt positive Effekte zu erreichen“ (ebd., 93). Hauptsächlich die Auswahl einer passenden Maßnahme, durch eine sozialpädagogische und fundierte Diagnostik, und die Strukturqualität der Einrichtungen sind für erreichte Effekte relevant. Hierzu haben sich die „Mitarbeiter-Qualifikationen, externe Vernetzung und Kooperation, Personalkonstanz, Personalschlüssel und ein evidenzbasiertes Monitoring als begünstigend für positive Hilfeverläufe herausgestellt“ (ebd., 95). Für die Arbeit mit (hoch-)belasteten „schwierigen jungen Menschen [kommt] den pädagogischen Wirkfaktoren Partizipation, Beziehungsqualität und daraus resultierend die aktive Kooperation des jungen Menschen im Rahmen der Hilfe zu“ (ebd., 95). Es gibt jedoch Hinweise, dass die Umsetzung der Transparenz sowie Beteiligung der jungen Menschen nicht gelingt, da diese nicht adressatengerecht aufgebaut ist (vgl. ebd., 95). Ebenfalls konnte bei der quantitativen Studie festgestellt werden, dass „[j]e länger die Hilfe geleistet wird, desto höher sind im Durchschnitt die erzielten Effekte“ (ebd., 95).

Eine qualitative Studie in Österreich interviewte 14 Kinder und Jugendliche zu ihren Lebensthemen und erstellte entsprechende sozialpädagogische Diagnosen. Da zwischen dem deutschen und dem österreichischen Jugendhilfesystem viele Ähnlichkeiten bestehen, können die Ergebnisse der Studie als vergleichbar herangezogen werden (vgl. Cinkl 2021, 109). Die Studie gibt Hinweise darauf, dass die „Professionellen sich nicht genügend als alternative Bindungsfiguren präsentieren konnten und mehr Beziehungsarbeit notwendig ist“ (ebd., 104).

In den Interviews zeigt sich zudem deutlich, dass „die stationäre Jugendhilfe [...] insgesamt als ein Regelsystem mit fehlenden partizipativen Elementen erlebt“ (Cinkl 2021, 107) wird. Als Schlussfolgerung wird aufgezeigt, dass „die Vermittlung fundierter Kenntnisse der Bindungstheorie und Selbsterfahrung zur Reflektion der eigenen Beziehungsfähigkeit“ (ebd., 108) als hilfreich betrachtet werden. Außerdem konnten im Hinblick auf Konzepte im Rahmen der KJH entscheidende Hinweise herausgearbeitet werden. So wird empfohlen, sich von der Anpassungsleistung der jungen Menschen hin zu „einer stärkeren Orientierung an den Bedürfnissen und Selbstdeutungen der Kinder“ (ebd., 108) zu bewegen und die Regelpädagogik zu einer Beziehungspädagogik umzugestalten. (vgl. ebd., 107 ff.).

Beide Studien greifen demnach dargestellte Säulen der Traumapädagogik, wie Partizipation und Transparenz (3.2.1), das Beziehung(-sangebot) und die Rolle der Fachkräfte (3.2.3), die Strukturen der Einrichtungen (3.2.6), sowie „geschützten Handlungsräume für die Fachkräfte“ (3.2.5) auf, die Effekte auf den Hilfeverlauf von „Systemsprenger:innen“ haben.

Traumatisierung bei fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen

Eine Studie von Vasileva, Petermann und Fegert aus dem Jahr 2015 untersuchte den Zusammenhang zwischen Trauma und fremduntergebrachten jungen Menschen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Hierfür wurden bereits durchgeführte Studien analysiert. Bei der Analyse von 14 verschiedenen Studien konnte festgestellt werden, dass Kinder und Jugendliche in Fremdunterbringung zwischen 73,0% und 91,6 % mindestens ein Trauma erlebten. Bei zwei und mehr Traumata bewegen sich die Häufigkeiten in einem Bereich von 40,0% und 63,5% (vgl. Vasileva, Petermann und Fegert 2015, 36). Außerdem wurde durch „die systematische Literaturanalyse bestätigt, dass die Heim- und Pflegepopulation häufiger traumatische Ereignisse erlebt und häufiger an PTBS leidet als die Allgemeinbevölkerung“ (ebd., 39). Wiederum konnte in einer anderen Studie festgestellt werden, dass die meisten der Kinder und Jugendlichen angaben, dass sie diese Erfahrungen im direkten (häuslichen) Umfeld in Form von Vernachlässigung, Misshandlung, Gewalt oder Missbrauch gemacht hatten (vgl. Gahleitner 2013, 47).

Therapieangebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche mit Gewalterfahrungen

Die Forschung von 2015 bis 2017 untersuchte aktuelle Therapieangebote für junge Menschen, die von Gewalt betroffen und psychisch traumatisiert sind. Deutlich wurde, dass der Zugang durch hochschwellige Beantragungswege erschwert wird. „Mehrfache Anträge, mehrfache Begutachtungen [und] Wartezeiten durch Zuständigkeitskonflikte bei Leistungsträgern“ (Pawils, et al. 2017, 78) hindern die Kinder und Jugendlichen daran, schnelle und angemessene Unterstützung in ihren komplexen Bedarfslagen zu erhalten. Strukturelle Aspekte stehen

außerdem einer besseren Vernetzung der Hilfesysteme im Weg. Insbesondere ist eine Kooperation und Zusammenarbeit für Betroffene dadurch erschwert, dass es an gemeinsamen Leitlinien und Standards fehlt, welche den Umgang mit traumatisierten Kindern regelt, welche zwischen den Systemen wechseln. Zudem fehlt es an einem bereichsübergreifenden Informationsaustausch über wissenschaftlich erforschte Handhabungen und Vorgehensweisen. Weitere Hindernisse im Rahmen der Therapieangebote sind unzureichende Kenntnisse (bei Kinderärzt:innen) um Traumatisierungen zu erkennen und ein Mangel an Psychotherapeut:innen und dementsprechend lange Wartelisten für Therapieplätze. Die Jugendämter sehen Hürden durch die schwierige Zusammenarbeit mit Sorgeberechtigten und fehlende Kooperation zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen. Die Studie zeigte außerdem auf, dass eine Zusatzqualifikation für den Bereich der Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen für Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen unabdingbar ist. In der Grundausbildung findet diese unzureichend Raum. Darüber hinaus müssen Fortbildungen und Weiterbildungen für relevante Inhalte zertifiziert und mit Kostenübernahmen angeboten werden (vgl. Pawils, et al. 2017, 80 ff.). Eine weitere zentrale Erkenntnis ist: „Die Vermittlung von Traumawissen und Traumasensitivität ist für alle Berufsgruppen, die Umgang mit Kindern und Jugendlichen haben, zwingend erforderlich“ (ebd., 83).

Versorgung psychisch kranker junger Menschen in Deutschland

Im Rahmen des Projekts „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ wurden über eine Vielfalt an methodischen Zugängen „eine Bestandsaufnahme der bestehenden Hilfs- und Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland vorgenommen“ (Fegert, Kölch und Krüger, et al. 2018, 4). Durch die durchgeführte Analyse konnte erwiesen werden, dass in Deutschland für psychisch kranke junge Menschen ein Versorgungssystem etabliert ist. Dieses ist umfassend und differenziert. Es wirken im Sinne von Interdisziplinarität verschiedene Sozialsysteme, unterschiedliche fachärztliche Gruppen zusammen und sowohl der ambulante als auch der stationäre Sektor sind im Rahmen des SGB V an der Versorgung beteiligt. Jedoch konnte ebenso aufgezeigt werden, dass im Bereich der Schnittstellen der verschiedenen, beteiligten Systeme und Leistungserbringern Schwierigkeiten für die betroffenen jungen Menschen und ihre Familien bestehen. Dieses kann den Zugang zu passenden (Behandlungs-)Maßnahmen erschweren. Probleme an den Schnittstellen sowie ein Mangel an Verfügbarkeit von Maßnahmen und Behandlungsangeboten, insbesondere für vulnerable Gruppen, wie zum Beispiel traumatisierten Kindern, wurde deutlich. Weitere zentrale Ergebnisse umfassen ein erhöhtes Risiko für Kinder und Jugendliche mit psychischen

Störungen, Zwangsmaßnahmen zu erfahren und die Rechte von ihnen nicht genügend verankert sind (vgl. Fegert, Kölch und Krüger, et al. 2018, 4 f.). Diese Studie findet erneut Anklang im Kapitel „Ausblick für Systemsprenger:innen“ (Kapitel 10).

Verbale Aggression gegen Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen

Im Rahmen einer qualitativen Forschung mit Expert:inneninterviews mit Fachkräften aus der KJH konnte im Hinblick auf verbale Aggressionen gegen Mitarbeitende Erkenntnisse erzielt werden. Bei dieser Untersuchung bestätigt sich der in internationalen Studien gewonnene Eindruck, dass so gut wie jede Fachkraft im Rahmen ihrer Tätigkeit in der KJH psychische Gewalt erfahren hat. Jede dritte Fachkraft hat außerdem physische Gewalt erlebt. Diese gegen Mitarbeiter:innen gerichtete Gewalt kommt sehr häufig vor (vgl. Lammers 2019, 198 ff.).

Weitere zentrale Erkenntnisse der Studie betreffen die Eigenschaften der Fachkräfte, sowie die Institution. Das Ausmaß der Gewalterfahrung hängt von bestimmten Charaktereigenschaften, Verhaltensweisen und Auftreten der Fachkräfte ab. Faktoren, die der Gewalt entgegenwirken, sind „Deeskalierendes Verhalten“, „Selbstbewusstsein“, „Ausstrahlung von Sicherheit“, und „Durchsetzungsvermögen“ (ebd., 204). Auf der anderen Seite stellen sich Eigenschaften wie „Mangelnde Reflektionsfähigkeit“, „Überforderung (Stress/mangelnde Unterstützung)“, „Fehlende Empathie“ und „Unprofessioneller Umgang mit Gewalt“ (ebd., 204), als begünstigende Aspekte für Gewaltausübungen heraus. Auf der Ebene der Institutionen finden sich ebenfalls eine Vielzahl an begünstigenden Faktoren für Gewaltvorfälle gegenüber den Fachkräften. Hierzu zählen: „fehlende Unterstützung“, „keine Schulungen und Fortbildungen“, „Aufbau der Wohngruppen (Fluchtwege, Platz)“, „Keine Konzepte in Bezug auf Gewalt“ oder „Personalmangel/ Überstunden“ (ebd., 205). Somit finden sich Faktoren, die Gewaltausübung begünstigen auf der Ebene der Mitarbeiter:innen, aber auch strukturelle und bauliche Rahmenbedingungen (vgl. ebd., 205 f.).

Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationäre Kinder- und Jugendhilfe

Für die Kooperation von KJP und KJH im Sinne der gemeinsamen Klientel, den „Systemsprenger:innen“, lassen sich zwei aktuelle Studien aufzeigen. Das EU-Projekt „RESME“ (On the Borders between Residential Child Care and Mental Health Treatment) und das eng an dieses angebundene Projekt „Grenzgänger“.

Im Rahmen des Projekts RESME wurde qualitative Forschung in Form von leitfadengestützten Interviews mit Fachkräften aus KJP und KJH geführt. Geleitet durch die gewonnenen Ergebnisse wurden interprofessionelle Weiterbildungskurse durchgeführt. Der Fokus lag auf dem Austausch zwischen den unterschiedlichen Professionen, um Aufgabenbereichen und die Rahmenbedingungen des jeweils anderen Hilfesystems besser zu verstehen. Außerdem wurde ein Augenmerk auf das Bewusstmachen des Umgangs mit auftretenden, wahrzunehmenden

Irritationen und der Formulierung von greifbaren Schritten zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit gelegt (vgl. Jörns-Presentati und Groen 2019, 14 f.). Als Ergebnis der Evaluation lässt sich festhalten, „dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer besonders das dialogorientierte Lernen über die Professionen, die gemeinsame Fallarbeit und Hospitationen im fachfremden Arbeitsfeld als positiv und zentral für den Abbau von Vorannahmen, stereotypen Denken und Misstrauen empfanden“ (ebd., 15).

Das Praxisforschungsprojekt Grenzgänger hatte zum Ziel „ein innovatives Abstimmungskonzept in der Hilfeplanung zu entwickeln und die Vernetzung der Hilfesysteme in einer Region in Schleswig- Holstein voranzutreiben“ (ebd., 15). Ebenfalls zeigte sich, dass „ein hohes Ausmaß erlebter Traumatisierungen“ (Groen und Jörns-Presentati 2018, 73) bei „Systemsprenger:innen“ vorliegt. Es wurde deutlich, dass sowohl im Bereich der KJP als auch in der KJH ein großer Mangel an geeigneten Einrichtungen besteht. Die vorhandene Qualität einer Kooperation zwischen den Bereichen ist für die Zufriedenheit der Mitarbeiter:innen sowie eine konzentriertere Abstimmung geeigneter Maßnahmen und Unterstützung für die (hoch-) belasteten jungen Menschen ausschlaggebend (vgl. ebd., 15 f.). „Als Stolpersteine in der Kooperation erweisen sich vor allem formale und rechtliche Rahmenbedingungen, fehlende Ressourcen, fachliche Unterschiede und außerdem ein (empfundenes) Machtgefälle zwischen den beteiligten Einrichtungen und professionelle Selbstwertproblematiken“ (ebd., 16). Beide Projekte zeigen somit auf, dass die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen für die Versorgung und Unterstützung von „Systemsprenger:innen“ von großer Bedeutung ist.

Dies wird ebenfalls durch eine weitere, aktuelle Studie begründet. Bei dieser wurde untersucht, wie sich die psychische Gesundheit von fremdplatzierten jungen Menschen über die Jahre entwickelt. Es konnte festgestellt werden, dass die Probleme bis ins Erwachsenenalter abnehmen. Während 62,2% der fremdplatzierten Kinder und Jugendlichen „auffällige Werte für die Gesamtauffälligkeit“ (Seker, et al. 2022, 9) zeigten, lag der Wert bei 35,7 % bei den Erwachsenen. Ein Zusammenhang zwischen den erhöhten Zahlen im Erwachsenenalter und psychischen Problemen in Kindheit und Jugend konnte bestätigt werden. Die Ergebnisse bestätigten somit, die Bedeutung einer frühzeitigen Erkennung und einer Hilfeplanung, die auf die tatsächlichen Bedürfnisse der jungen Menschen zugeschnitten ist. Das Risiko der Chronifizierung von psychischen Problemen betont die Notwendigkeit einer strukturierten und engeren Zusammenarbeit zwischen den Maßnahmen der KJH und Angebote der KJP (vgl. ebd., 18). Indem die vorliegende Ausarbeitung Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen KJP und KJH für den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten aufzeigt, kann dazu beigetragen werden, die engere Zusammenarbeit zu fördern und so ein Handeln in den beiden Settings aufeinander abzustimmen.

5. Empirie und Methodik

Im Folgenden wird die Ausgangslage, wie der Zugang zum Feld, der vorliegenden Ausarbeitung dargestellt. Im zweiten Schritt werden ethische Überlegungen zu der Durchführung der Studie aufgeführt und dargestellt. Im Anschluss werden entscheidende Prozesse der qualitativen Forschung dargelegt. Hierfür wird zunächst die Erhebung der Daten und somit das Vorgehen der qualitativen Befragung von Mitarbeitenden aus der KJP, sowie KJH zu Erfahrungen im Umgang mit grenzverletzendem Verhalten von Kindern und Jugendlichen erläutert (Kapitel 5.3). Anschließend wird in Kapitel 5.4 das Vorgehen zur Aufbereitung der Daten geschildert. Um dem Forschungsinteresse gerecht zu werden, wird abschließend in Kapitel 5.5 die gewählte Methode, die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und das Vorgehen bei der Auswertung dargestellt. In der vorliegenden Arbeit werden, wie von Mayring als abschließenden Schritt eines inhaltsanalytischen Ablaufmodells gefordert (vgl. Mayring 2022, 61), Gütekriterien der Inhaltsanalyse herangezogen. Dieses erfolgt entsprechend des Ablaufmodells in Kapitel 8.2, soll aber an dieser Stelle bereits erwähnt sein.

5.1 Ausgangslage

Die Methodik der vorliegenden Arbeit basierte auf dem Forschungsdesign des 2022 ins Leben gerufenen Projekts „Safe4Child“. Das Projekt, welches ebenfalls in Bulgarien, Irland und Finnland umgesetzt wird, hat sich zum Ziel gemacht, ein Trainingsprogramm zum Umgang mit Konflikten in stationären Einrichtungen der KJP und KJH zu entwickeln. Dies soll insbesondere bei impulsiven und aggressiven Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen ansetzen und auf traumasensiblen Prinzipien beruhen. Alltagsnahe Lernumgebungen sollen mithilfe von Virtual Reality erzeugt und genutzt werden (vgl. Anhang I).

Übergeordnet steht bei Safe4Child das Ziel: Zwangspraktiken, sowie Fixierungs- und Isolierungsmaßnahmen in stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche zu reduzieren. Geforscht wird mittels qualitativer Befragung von Fokusgruppen in zwei verschiedenen stationären Einrichtungssettings von psychosozialen Handlungsfeldern im Raum Hamburg, zum einen die KJP und zum anderen die KJH. Der Zugang zum Feld erfolgte im Rahmen des Projekts. Hauptsächlich wurde dieser von den Projektleiter:innen initiiert, welche eine gute Verbindung zu betreffenden Einrichtungen und Kooperationspartnern pflegen. Die vorliegende Ausarbeitung entsteht ebenfalls als Ergebnis der Ausschreibung für Abschlussarbeiten im Bereich Traumasensibles Deeskalationstraining, die im April 2022 an die Studierenden der HAW Hamburg herangetragen wurde. Demnach handelt es sich um eine Sekundäranalyse qualitativer Daten. „Die Sekundärnutzung qualitativer Daten kann zur Generierung neuer Erkenntnisse und Theorien beitragen, wenn neue theoretische Gesichtspunkte und veränderte

Forschungsperspektiven auf vorhandenes Material angewendet wird“ (Lamnek und Krell 2016, 513). Die Forschungsstrategie bringt Risiken mit sich, wie die Frage nach der Kontextualisierung bzw. Kontextsensitivität. So kann durch die künstliche Trennung der Datenerhebung, der Auswertung und Interpretation bei einer Sekundäranalyse der eindeutige Bezug zum jeweiligen Kontext verloren gehen (vgl. ebd. 512). Eines der Interviews wurden von der Autorin der vorliegenden Ausarbeitung selbst geführt. Demnach kam es zu keiner künstlichen Trennung der Datenerhebung und Auswertung. Da außerdem ein enger Austausch zwischen den durchführenden Dozent:innen des Projekts Safe4Child und der Studierenden bestand, konnte diesem Kritikpunkt entgegengewirkt werden. Der „organisierte Zugang zu den qualitativen Daten“ (ebd., 513) war durch den Austausch ebenfalls sichergestellt. Durch die bestehende „Distanz und Außenperspektive von Sekundärforscher[:innen] [bietet sich] die Möglichkeit, weitergehende Aspekte aufzudecken“ (ebd., 513).

Die Sichtung der bereits durchgeführten Interviews machte deutlich, dass in dem Datenmaterial genug Potential vorhanden ist, um neben dem Forschungsinteresse des Projekts weitere Forschungsfragen zu bedienen (vgl. ebd., 513). Die im Rahmen des Projekts erhobenen Daten wurden mit „der Supra- oder transzendierenden Analyse (supra analysis)“ (vgl. ebd., 513) ausgewertet und demnach unter einer neuen, der vorliegenden Ausarbeitung zu Grunde liegenden Forschungsperspektive ausgewertet.

Da im Projekt Safe4Child, wie in dieser Ausarbeitung, grenzverletzendes Verhalten, traumasensible Herangehensweise und KJP, sowie KJH im Fokus stehen, erscheinen die Daten mit einer guten Passung für die durchgeführte Sekundäranalyse (vgl. ebd., 513).

Die datenschutzrechtlichen und ethischen Prinzipien, welche im Folgenden Unterkapitel dargestellt werden, „gelten gleichermaßen für Primär- wie Sekundäranalysen“ (ebd., 514).

5.2 Ethische Überlegungen

Eine Dimension der Sozialforschung, die in der vorliegenden Arbeit nicht unberührt bleiben darf, sind ethische Überlegungen und die Berücksichtigung verschiedener ethischer Prinzipien. Aufgrund des begrenzten Umfangs der vorliegenden Arbeit ist eine ausführliche Auseinandersetzung mit allen Aspekten nicht möglich. Daher wird auf solche geblickt, die in Literatur gehäuft angeführt werden.

An erster Stelle wird der Grundsatz einer informierten Einwilligung genannt. Diese beschreibt, dass eine Einwilligung von Personen gegeben werden muss, die dafür kompetent sind. Dies erschwert die Durchführung von Studien an sogenannten vulnerablen Gruppen, wie Kindern oder Menschen mit psychischen Störungen. Darüber hinaus muss die Einwilligung freiwillig erfolgen und nach ausführlicher Aufklärung (vgl. Flick 2017, 64). In der vorliegenden Arbeit

ist dieser Aspekt berücksichtigt, indem die Fachkräfte zu jedem Zeitpunkt (zum Beispiel im ersten persönlichen Kontakt per E-Mail oder telefonisch) Informationen zu der Untersuchung und ihrer Rolle darin erhalten haben. Sie wurden vor dem Interview mündlich und schriftlich, über die Aufbereitung der Daten und die Verwendung des transkribierten und anonymisierten Interviews für Forschungszwecke, aufgeklärt (siehe Anhang II). Diese Informationen fanden sich ebenfalls in der Einverständniserklärung, die teilnehmende Personen unterschreiben mussten. Diese informierte die Fachkräfte außerdem darüber, dass sie das Gespräch jederzeit abbrechen können und ihnen zu keinem Zeitpunkt ein Nachteil entsteht.

Den Interviewleitfaden haben die Teilnehmer:innen vor dem Interview zusammen mit den Projektinformationen sowie der Einverständniserklärung erhalten. Dies geschah vor dem Hintergrund des zweiten übergreifenden Prinzips, der Vermeidung von Schädigungen. Damit geht einher, dass die Teilnahme an der Untersuchung freiwillig ist. Teilnehmer:innen dürfen zudem keinen Nachteilen oder Gefahren ausgesetzt werden (vgl. Flick 2017, 65). Aus diesem Grund ist die Studie Safe4Child, in dessen Rahmen die Interviews durchgeführt wurden, durch die zuständige Ethik-Kommission der Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg (HAW Hamburg) beraten worden. Dieser Aspekt wird bei der Datenerhebung berücksichtigt, indem die Teilnahme freiwillig ist und deutlich dargestellt wird, dass die Nicht-Teilnahme zu keinen Nachteilen führt. Um den Fachkräften die Interviewsituation so angenehm wie möglich zu gestalten, dürfen diese über den Ort des Interviews entscheiden.

Abschließend soll der Aspekt des Datenschutzes berücksichtigt werden. Demnach müssen datenschutzrechtliche Richtlinien in jeder Phase der empirischen Untersuchung eingehalten werden (vgl. Flick 2017, 65f.). Durch Anonymisierung entsprechend §3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz und einem sensiblen Umgang mit den vertraulichen sowie persönlichen Daten, die nach der Transkription wieder gelöscht werden, wird in der Arbeit dieser Aspekt Beachtung finden.

5.3 Datenerhebung

Für die geplante qualitative Inhaltsanalyse bedarf es zuvor einer Datengewinnung. Hierzu gehört die Erhebung der Daten und die Datenerfassung. Die Interviewteilnehmer:innen, die Fachkräfte der KJP und KJH, werden auf die Aufzeichnung des Gesprächs hingewiesen und sie stimmen dieser durch die Einverständniserklärung zu. Die verwendeten Geräte für die akustische Aufzeichnung werden diskret platziert, sodass die Natürlichkeit der Interviewsituation möglichst nicht gestört wird (vgl. Lamnek und Krell 2016, 370).

Die Datenerhebung erfolgte mit der Methode der halbstrukturierten Leitfadeninterviews, welche in Fokusgruppen mit den Mitarbeiter:innen umgesetzt und im Jahr 2022 erhoben wurden. Bei einer halbstrukturierte Interviewsituation sind der Großteil der Fragen

vorformuliert und somit die Thematik in einem gewissen Rahmen klar abgegrenzt. Die Teilnehmer:innen haben die Möglichkeit ihre Antworten offen und mit eigenem Wortlaut zu formulieren, da eine größere Öffnung für das Einbringen von weiteren Themen durch die befragten Personen als bei strukturierten Interviews besteht. Ebenfalls in der Reihenfolge der Fragen und der Ausformulierung der Fragen durch den/die Interviewer:in besteht Flexibilität (vgl. Bohnsack, Geimer und Meuser 2018, 152). Halbstrukturierte Interviews sind bemüht die „Vorteile von strukturierten und unstrukturierten Techniken auf sich zu vereinen“ (Reinders 2016, 83). Zu den Vorteilen dieser Variante zählen „die Eingrenzbarkeit der Themen und das mit den Daten, die Vergleichbarkeit der Antworten unterschiedlicher Personen auf ähnliche Stimuli“ (Reinders 2016, 83).

Außerdem handelt es sich wie eingangs erwähnt um ein leitfadengestütztes Interview, das in der qualitativen Sozialforschung wahrscheinlich „am häufigsten eingesetzte Erhebungsverfahren“ (Bohnsack, Geimer und Meuser 2018, 151). Die Verwendung desselben Leitfadens bei allen Interviews trägt zu einer guten Vergleichbarkeit der erhobenen verbalen Daten bei (vgl. Misoch 2015, 142). Empfohlen für den Aufbau des Leitfadens ist die Anordnung von allgemeinen Fragen hin zu spezifische(n) Fragen bzw. thematischen Frageblöcken. Der Leitfaden soll einen roten Faden für das Gespräch und die Abhandlung aller für das Forschungsinteresse relevanten Themenkomplexe gewährleisten. Anforderungen an einen Leitfaden sind die Priorisierung der Offenheit, eine gute Übersicht bzw. Übersichtlichkeit sowie das Anlehnen an fließende Erzählungen (vgl. Bohnsack, Geimer und Meuser 2018, 152). Ein Leitfadeninterview ist insbesondere dazu geeignet, forschungsrelevante Themen gezielt abzufragen, und ermöglicht zugleich Äußerungen der Befragten zu für sie wesentlichen, mit dem Thema verknüpften Aspekten. Er bewegt sich also zwischen den beiden Extremen der Strukturierung und der Offenheit. Aufgabe der Interviewer:in ist das Gespräch zu moderieren und möglichst alltäglich wirken zu lassen (vgl. Strübing 2018, 102f.).

Der verwendete Leitfaden (siehe Anhang III) wurde für das Projekt Safe4Child entwickelt. Auf dem Dokument des Leitfadens werden zu Beginn die Soziodemografischen Daten wie Gender, Alter, Berufsabschluss, Arbeitsfeld und Rolle sowie Berufserfahrungen in Jahren erfragt. Die Teilnahme und der Umfang von Deeskalationstrainingsprogrammen werden ebenfalls abgefragt. Im Leitfaden finden sich zehn übergeordnete Fragen, wobei einige Fragebereiche noch weitere Möglichkeiten zu detaillierteren Nachfragen vorgeben. Einige Fragen sehr offen gestaltet sind, sodass der Erzählfluss und die Diskussion untereinander gut anlaufen können. Der Leitfaden ist von allgemeineren Fragen hin zu spezifischen, sensibleren Themen wie etwa Zwangsmaßnahmen, aufgebaut. Für die vorliegende Ausarbeitung ist nicht jede der zehn Fragen von Relevanz für die Beantwortung der Ausgangsfragestellung. Aufgrund der offenen

Gestaltung ist jedoch zu erwarten, dass an diesen Stellen Einblicke gegeben werden können, welche in den folgenden Kapiteln herangezogen werden.

Umgesetzt wurden die Interviews mit Fokusgruppen. Am häufigsten wird diese Methode „in der Markt- und Medienforschung eingesetzt“ (Flick 2017, 259). Die Erhebung der Daten findet mit Gruppen aus mehreren Personen statt. Im Unterschied zur Methode der Gruppendiskussion wird auf eine thematische Zentrierung geachtet. Außerdem ist eine Moderation von Nöten, die darauf achtet, dass die Möglichkeit zur Äußerung der eigenen Meinung für alle Beteiligten besteht. Ähnlich wie bei der Gruppendiskussion ist zu beachten, dass jede/r mit jedem kommuniziert und somit soziale Einflussfaktoren, wie die Beziehung der interviewten Personen untereinander oder sozialer Druck sich auf den Interviewverlauf ausüben können (vgl. Bohnsack, Geimer und Meuser 2018, 127 f.). Interviews mit Fokusgruppen lassen sich als Nachstellen von Unterhaltungen sowie Alltagsdiskursen betrachten und sorgen für Sichtbarkeit von Vielfalt und Unterschiedlichkeit innerhalb von Gruppen, wie Mitarbeiter:innen kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen und der KJH. Für die Auswertung von Datenerhebungen von und mit Fokusgruppen werden Inhaltsanalysen als Auswertungsmethode empfohlen (vgl. Flick 2017, 261 f.). Die vier Fokusgruppen der Interviews bestehen jeweils aus Fachkräften der Einrichtungen.

5.4 Aufbereitung der Daten

Zur Auswertung und Interpretation der erhobenen Daten ist ein erforderlicher Zwischenschritt die Verschriftung des akustischen Materials: eine Transkription. Mit dieser liegt eine vollständige Textfassung des verbal erhobenen Gesprächs als Grundlage für eine ausführliche Auswertung vor. Des Weiteren gibt „das Angebot einer Kontrolle der Interpretation durch den im Interview produzierten und transkribierten Text [...] ein erhöhtes Maß an methodischer Sicherheit“ (Lamnek und Krell 2016, 368).

In der vorliegenden Arbeit werden Transkriptionsregeln in Anlehnung an Flick verwendet (2007: 381 ff.). Die Transkription des gesprochenen Materials geschieht computergestützt mit Hilfe der Software f4, wodurch die Interviews Zeilennummern und Zeitmarken erhalten. Die Interviewer:innen werden abgekürzt mit den Anfangsbuchstaben der Vor- und Nachnamen. Ähnliche Abkürzungen finden sich bei den Einrichtungen. Um die Teilnehmer:innen voneinander unterscheiden zu können, wird an die Abkürzung der Einrichtung eine Nummer an jede Person angehängt. Alle Angaben, die Rückschlüsse auf die befragte Fachkraft zulassen, werden anonymisiert. Einwürfe oder Unterbrechungen von anderen Personen werden in Klammern gesetzt und als Unterbrechung gekennzeichnet. Ebenfalls in Klammern werden Lautäußerungen wie lachen oder seufzen notiert. Besonderheiten der Antworten werden in Klammern vermerkt, sollten diese beispielsweise zögernd oder gedehnt erfolgen. Äußerungen

der erzählenden Person wie „Ähm“ oder „Hm“ werden notiert, da diese ein Zeichen für einen Bruch im Redefluss darstellen. Worte und Passagen, die akustisch unverständlich sind, werden ebenfalls gekennzeichnet. Werden von den Teilnehmer:innen Namen genannt, wie die von ihren Klient:innen, werden diese anonymisiert. Kurze Pausen werden gekennzeichnet. Mittlere und lange Pausen werden nicht notiert, da diese für eine Inhaltsanalyse keinen Mehrwert haben (vgl. Flick 2007, 381 ff.).

Für die Analyse werden die Transkripte von vier verschiedenen Interviewsituationen mit Fachkräften herangezogen. Zwei Interviews mit Mitarbeiter:innen aus der KJP und zwei Interviews mit Mitarbeiter:innen aus der KJH.

5.5 Auswertung des Datenmaterials

Das folgende Kapitel legt das Analyse- und Auswertungsverfahren des Interviews dar und thematisiert damit einhergehend die Festlegung der Kategorien. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt anhand der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring. Ausgewertet wird entlang der deduktiv aufgestellten Kategorien.

Grundsätzlich gilt: Qualitative Forschung, wie die Befragung von Fokusgruppen mit leitfadengestützten Interviews, zeichnet sich unter anderem durch eine sehr detaillierte Analyse von wenigen Fällen aus. Dies hat die Beantwortung offener Forschungsfragen und die anschließende Theoriebildung zum Ziel. Dieser Ansatz bietet sich zum Generieren von unerwarteten Befunden, etwa in Bezug auf Rahmenbedingungen, die grenzverletzendes Verhalten möglicherweise beeinflussen, durch das wenig strukturierte Vorgehen besonders an. Je nach Zielsetzung und Fragestellung werden unterschiedliche Auswertungstechniken gewählt (vgl. Döring und Bortz 2016, 184). Ziel einer qualitativen, strukturierenden Inhaltsanalyse ist die systematische Bearbeitung der erhobenen Daten, um Erkenntnisse zu generieren (vgl. Mayring 2017, 468f.). Eine (strukturierende) Inhaltsanalyse bietet sich speziell für die Auswertung von Daten an, die aus Fokusgruppen gewonnen wurden (vgl. Flick 2017, 261).

Gütekriterien

In der vorliegenden Arbeit werden, wie von Mayring als abschließenden Schritt eines inhaltsanalytischen Ablaufmodells gefordert (vgl. Mayring 2022, 61), Gütekriterien der Inhaltsanalyse herangezogen.

Als die klassischen Gütekriterien gelten zum einen die Reliabilität, also eine Zuverlässigkeit und die Validität, eine Gültigkeit (vgl. Mayring 2022, 118). Hierbei ist zu beachten, dass „Reliabilität die Voraussetzung für Validität ist“ (Mayring 2022, 120).

An dieser Stelle darf nicht unbenannt bleiben, dass die klassischen Kriterien im Kontext der qualitativen Inhaltsanalyse oft infrage gestellt werden (vgl. Mayring 2022, 120). Aus dieser

Kritik sind „eigene Konzepte inhaltsanalytischer Gütekriterien entwickelt worden“ (Mayring 2022, 120). Um den Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht zu übersteigen, wird der Fokus dennoch auf allgemein gültige Kriterien gelegt.

Die Auswahl an Gütekriterien kann und muss konkretisiert und modifiziert, je nach Untersuchungsgegenstand und Methode der Forschung, werden. An erster Stelle nennt Steinke die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, welche auf drei Wegen hergestellt werden kann. Sie wird sowohl durch die Dokumentation des Forschungsprozesses und durch die Interpretation in Gruppen gewährleistet oder kann durch die Anwendung kodifizierter Verfahren erfolgen (vgl. Steinke 2017, 324f.). Die vorliegende Arbeit berücksichtigt dieses Prinzip, indem einerseits alle Schritte des Forschungsprozesses dokumentiert werden (zum Beispiel Erhebungsmethoden, Erhebungskontexte, Transkriptionsregeln, und Auswertungsmethoden). Des Weiteren wird sich, wie ausgeführt, kodifizierter Verfahren bedient.

Als eines der Kernkriterien sieht Mayring die Verfahrensdokumentation. Ziel dieser ist es, die gewonnenen Ergebnisse für Unbeteiligte erklärbar und nachvollziehbar werden zu lassen. Im Gegensatz zu der hoch standardisierten quantitativen Forschung kommt diesem Aspekt in qualitativen Untersuchungen eine besondere Bedeutung zu. Ebenfalls ist das Kriterium der Regelgeleitetheit, in Form eines systematischen Vorgehens im Erhebungs- und im Auswertungsprozess zu beachten (vgl. Mayring 2008, 144ff.). In der vorliegenden Arbeit werden diese Kriterien berücksichtigt, indem der gesamte Forschungsprozess dokumentiert wird und das Vorgehen, in der Datenerhebung und in der Auswertung systematisch abläuft. Abweichungen, zum Beispiel im Auswertungsprozess, die aufgrund des Erkenntnisinteresses in dieser Arbeit notwendig sind, werden dargelegt und diskutiert.

Nach Steinke (2017, 326f.) Auffassung gehört die Indikation des Forschungsprozesses, besonders die Indikation der Methodenwahl, von Transkriptionsregeln und des qualitativen Vorgehens zu den Kernkriterien qualitativer Forschung (vgl. Steinke 2017, 326f.). In der vorliegenden Arbeit werden diese durch eine Positionierung zur Wahl des empirischen Vorgehens (Kapitel 5) und Einschätzungen der Angemessenheit einzelner Schritte in den jeweiligen Kapiteln berücksichtigt.

Das Kriterium der Limitation dient dazu, die Grenzen des Geltungsbereichs zu ermitteln und entstandene Theorieansätze auf deren Verallgemeinerung zu überprüfen (vgl. Steinke 2017, 329). Die Ähnlichkeit der personenbezogenen Daten der Interviewteilnehmenden spricht dafür, dass die Ergebnisse der Interviews auf Mitarbeiter:innen in der KJP, sowie KJH zutreffen und somit Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit der Untersuchung zulassen. Inwieweit die generierten Erkenntnisse auf weitere Bereiche der stationären Einrichtungen übertragen werden können, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht werden.

Des Weiteren wird eine empirische Verankerung der Hypothesen und Theoriebildungen gefordert. Diese verlangt, dass theoretische Vorannahmen der Forschenden hinterfragt und modifiziert werden können. Hierzu kann beispielsweise die Methode der kommunikativen Validierung beitragen. Sie beinhaltet eine Überprüfung der Ergebnisse im Gespräch mit den Befragten, wobei die Interpretation der Forschenden überprüft werden kann (vgl. Steinke 2017, 328f.). Aufgrund der begrenzten Zeit und des Umfangs dieser Arbeit kann dieser Aspekt, obwohl er der Untersuchung angemessen erscheint, nicht berücksichtigt werden. Anwendung findet das Kriterium aber demgemäß, dass Textbelege für die entwickelten Annahmen und Ergebnisse dargelegt werden. Widersprüche sind in der Ergebnisdarstellung offengelegt.

Weiterhin findet das Kriterium der Relevanz insofern Anwendung, dass die Fragestellungen, Erkenntnis- und Forschungsinteressen in den zuvor dargelegten wissenschaftlichen Diskurs eingeordnet werden können (vgl. Steinke 2017, 330). Des Weiteren kann die Relevanz darin begründet werden, dass der Vergleich der stationären Einrichtungen im Hinblick auf eine effizientere Kooperation Ergebnisse liefern kann, welche wiederum dem gemeinsamen Klientel, den „Systemsprenger:innen“, zugutekommen kann.

Zusammenfassend wird deutlich, dass während und nach dem Forschungsprozess eine fortlaufende Berücksichtigung der angeführten Kriterien angestrebt wird. Aspekte, wie solche der kommunikativen Validierung, die als sinnvoll erachtet, aber hier nicht umgesetzt werden können, sind dem begrenzten Rahmen der Arbeit und dem Kontext der Untersuchung geschuldet. Weitere Grenzen der Untersuchung und der Umsetzung werden zum Abschluss in Kapitel 8.2 erörtert.

Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring

Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wird das Datenmaterial, in der vorliegenden Arbeit, die vier Interviewtranskripte, unter streng methodischer Kontrolle mit Hilfe von Kategoriensystemen schrittweise analysiert.

Im ersten Schritt findet eine Festlegung des Ausgangsmaterials statt: die vier geführten Interviews und ihre relevanten Abschnitte. Anschließend wird die Fragestellung, unter welcher das vorliegende Material ausgewertet wird, erneut konkret benannt, damit die Richtung der Analyse vorgegeben ist. Die dieser Arbeit zugrundeliegenden Fragestellungen wurden im Zuge von Kapitel 4.2 erläutert. Die theoretische Differenzierung der Fragestellung, welche Mayring ebenfalls fordert, wurde in den Kapiteln 2 und 3 der vorliegenden Arbeit bereits dargelegt (vgl. Mayring).

In dieser Ausarbeitung wird auf die strukturierende Inhaltsanalyse in der Form der inhaltlichen Strukturierung zurückgegriffen. Deren Ziel ist es, „bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern“ (Mayring 2022, 66). Es handelt sich bei Strukturierungen stets um eine

deduktive Kategorienanwendung. Das Kategoriensystem wird vor der Analyse erstellt und orientiert sich eng an der Fragestellung und der zugrunde liegenden Theorie. Die aus der einleitenden Theorie aufgestellten Kategorien, stellen gleichgestellte Kategorien auf. Entsprechend handelt es sich um ein nominales Kategoriensystem (vgl. Mayring 2022, 67).

Die strukturierende Analyse der Interviews bietet sich insbesondere vor dem Hintergrund an, dass der Leitfaden und somit das Gerüst der Gesprächssituation für das Projekt Safe4Child und das darin begründete Forschungsinteresse entwickelt wurde. Die vorliegende Ausarbeitung nutzt die erhobenen Daten als Sekundäranalyse für das eigene Forschungsinteresse. An dieser Stelle ist es sinnvoll nicht die gesamte Masse an Text zu untersuchen, sondern nur Textabschnitte, die zur Beantwortung des Forschungsinteresses relevant sind.

Im Zentrum der Analyse steht ein System von Kategorien, welches konstruiert und anschließend angewendet wird. Demnach stellt dieses System „das zentrale Instrument der Analyse dar“ (Mayring 2022, 50) und sorgt für vergleichbare Ergebnisse, was für die „Abschätzung der Reliabilität der Analyse“ (Mayring 2022, 51) von Bedeutung ist. Die Darlegung der Schritte sowie der Regeln der Analyse systematisieren das Vorgehen bei der Auswertung. Dieses wird somit überprüfbar gemacht (vgl. Mayring 2022, 49). Die Analyserichtung ist als vergleichend zwischen der KJP und KJH zu sehen.

Alle Kategorien werden durch einen Kodierleitfaden mit Definition, Kodierregeln und entsprechenden Ankerbeispielen festgelegt und während des Prozesses ergänzt und angepasst (vgl. Mayring 2022, 58 ff.). Zur Auswahl der Kategorien wurde auf ein Verfahren zurückgegriffen, welches in drei Stufen bzw. Schritten agiert und aus dem Bereich der Allgemeinen Psychologie stammt. Der erste Schritt ist die Aufstellung einer allgemeinen Definition der Kategorien. Im zweiten Schritt werden mit Ankerbeispielen „konkrete Textstellen angeführt, die unter eine Kategorie fallen und als Beispiele für diese Kategorie gelten sollen“ (Mayring 2022, 96). Im dritten und letzten Schritt werden Regeln aufgestellt und formuliert, wie eine klare und eindeutige Zuordnung möglich ist, wenn es zu Problemen bei der Abgrenzung zwischen verschiedenen Kategorien kommt (vgl. Mayring 2022, 96 f.). Im Rahmen dieses Vorgangs kommt es immer wieder zur Überprüfung und Anpassung des Kodierleitfadens, um eine möglichst präzise „Pilotstudie für die endgültige inhaltsanalytische Auswertung“ (Mayring 2022, 98) zu entwickeln. Mit diesem beginnt nun eine Überarbeitungsschleife, welche zur Auswertung führt. Die entsprechende Zuordnung des Textmaterials zu den deduktiv hergeleiteten Kategorien kann bereits das Ergebnis darstellen. Zusätzlich kann eine quantitative Analyse der auftretenden Häufigkeiten bei der Zuordnung der Kategorien erfolgen (vgl. Mayring 2022, 97 ff.). Die Endfassung des Kodierleitfadens befindet sich im Anhang (siehe Anhang IX).

Kategorien(-bildung)

Bei dem deduktiven Vorgehen einer Inhaltsanalyse wird als „Struktur ein Kategoriensystem an das Material herangetragen“ (Mayring 2022, 96). Die gewählten deduktiven Kategorien basieren auf der vorgestellten Theorie und sind ausgehend von der Fragestellung dieser Ausarbeitung gewählt worden. Sie entsprechen der vom Titel ausgehenden traumapädagogischen Perspektive und sind entlang der Theoriekapitel, insbesondere Kapitel 3.2 Traumapädagogik, begründet. Die herausgearbeiteten Aspekte stellen die wichtigsten Ansätze und Leitlinien des pädagogischen Ansatzes dar und bieten sich somit an, aus traumapädagogischer Perspektive den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten von Kindern und Jugendlichen in der KJP, sowie in der KJH zu untersuchen.

Im Rahmen der Sichtung des Materials ergaben sich die letzten beiden Überkategorien, welche als relevant zur Beantwortung der Ausgangsfragestellung erachtet werden: Entsprechend der „Pädagogik des sicheren Ortes“ nach Martin Kühn wurden die Kategorien um den Ansatz, welcher über mehrere Ebenen agiert, erweitert. Der „emotionale Dialog“ zwischen Kind/Jugendlichen und Pädagog:in erweitert die Leitlinien, um den Aspekt vom „Beziehungs(-angebot)“, demnach die Bindung und die Rolle der Fachkraft als Bindungsperson.

Da nicht nur Strukturen, Regeln und Grenzen von Bedeutung sind, sondern ebenso Gruppendynamiken und „Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene“ (Lang, et al. 2011, 10) die (gefühlte) Sicherheit der jungen Menschen beeinflussen, wird außerdem die Unterkategorie „Gruppensetting: Schutz für alle?“ betrachtet. Durch die Konstellation der Gruppen in den stationären Einrichtungen, geprägt von Kindern und Jugendlichen mit grenzverletzenden Verhaltensweisen, ist davon auszugehen, dass diese durch Krisen und Gewaltausbrüche den sicheren Ort für den Rest der Gruppe in Gefahr bringen. Die „geschützten Handlungsräume“ für die Fachkräfte werden ebenfalls hinterfragt (Kapitel 6.5). Hierzu wird auf Aus- und Fortbildungen, Unterstützung von Kolleg:innen und Leitung sowie Maßnahmen der Nachsorge und Reflektionsmöglichkeiten eingegangen. Da Facetten der baulichen und strukturellen Rahmenbedingungen für den „sicheren Ort“ und dementsprechend für die Umsetzung von Traumapädagogik von großer Bedeutung sind, stellen diese die abschließende Kategorie dar (Kapitel 6.6) (vgl. Kühn 2023, 34).

Die theoriegeleiteten Kategorien umfassen demnach die Folgenden:

1) Grundhaltung

- Wertschätzung
- Partizipation
- Transparenz
- Pädagogik des „guten Grundes“

2) Förderung

- Spiegelung
- Selbstwirksamkeit

3) Beziehung(-sangebot)

- Bindung
- Rolle der Fachkraft

4) Struktur und Sicherheit („sicherer Ort“)

- Strukturen
- Regeln und Grenzen
- Gruppensetting: Schutz für alle?

5) „Geschützter Handlungsraum“ für die Fachkräfte

- Aus- und Fortbildung
- Unterstützung von Kolleg:innen und Leitung
- Nachsorge und Reflektionsmöglichkeiten

6) Rahmenbedingungen für den „sicheren Ort“

- Bauliche Rahmenbedingungen
- Strukturelle Rahmenbedingungen

Ausgehend von diesen Aspekten werden jegliche „Textbestandteile, die durch die Kategorien angesprochen werden [...] aus dem Material systematisch extrahiert“ (Mayring 2022, 96).

Die Interpretation des Materials im Rahmen einer Analyse, wie die im folgenden Kapitel 6, sei stets als „prinzipiell unabgeschlossen [zu betrachten]. Sie birgt immer die Möglichkeit der Re-Interpretation“ (Mayring 2022, 36).

6. Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der jeweiligen Auswertung in Kategorien dargestellt. Für eine verständliche und nachvollziehbare Darstellung wurde folgender Aufbau gewählt: Für jede Kategorie werden zunächst die Ergebnisse der KJP zusammengefasst und im Anschluss die der KJH, sodass die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den jeweiligen Kategorien deutlich werden. Die Seiten und Zeilenangaben in Klammern stellen den Verweis auf die Textstelle des etwaigen Transkripts dar, welche sich im Anhang befinden.

Zunächst ein Hinweis für die folgenden Darstellungen der Gegenüberstellung der Einrichtungen. Es handelt sich bei der vorliegenden Ausarbeitung um eine deskriptive Arbeit und nicht um eine Überprüfung, wie Traumapädagogik in den befragten Einrichtungen umgesetzt wird. Es handelt sich außerdem um eine Momentaufnahme. Aufgrund der Ausgangssituation einer Sekundäranalyse ist damit zu rechnen, dass nicht das gesamte traumapädagogische Spektrum in den zwei KJPs und zwei KJHs erfasst werden kann und dieses weitaus umfassender ist als die im Folgenden dargestellten Ergebnisse.

6.1 Beschreibung soziodemografischer Daten der Teilnehmer:innen

Zum Einstieg wird in Kapitel 6.1 auf die soziodemografischen Daten der Interviewpartner:innen (siehe Tabelle Anhang VIII) eingegangen, welche bereits erste Eindrücke zu der Kategorie „geschützter Handlungsraum“ für die Fachkräfte und Hinweise zu Kapitel 6.3.2, die Rolle der Fachkräfte, liefern.

Die vier Einrichtungen wurden im Rahmen des Projekts Safe4Child zur Befragung aktiviert und stellten Mitarbeiter:innen zur Verfügung. Ausgewählt wurden die Interviewtranskripte für die vorliegende Ausarbeitung nach dem Aspekt des Vergleichs der zwei unterschiedlichen Systeme. Alle per Fokusgruppeninterviews befragten Einrichtungen befinden sich im Bundesland Hamburg. Die zwei KJPs zeichnen sich durch ein großes Spektrum an Behandlungsmethoden, verschiedenen Stationen und weiteren Besonderheiten aus. Bei der KJH1 handelt es sich um eine für Traumata abgestimmte Wohngruppe, welche hauptsächlich junge Kinder aufnimmt und über bis zu sechs Plätze verfügt. In der KJH2 bestehen acht Plätze für Jugendliche ab 16 Jahren und junge Volljährige. Es handelt sich um eine therapeutische Wohngruppe (siehe Kapitel 2.3).

Im Weiteren wird Bezug auf die im Anhang VIII beigefügte Tabelle der soziodemografischen Daten der Teilnehmer:innen genommen. Daten, die nicht erhoben wurden und nicht nachgetragen werden konnten, sind mit dem Vermerk „ohne Angabe“ markiert.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die zwei Interviews im Bereich der KJP umfassten unterschiedlich große Fokusgruppen. So waren in der **KJP1** drei männliche Teilnehmer vertreten. Die Altersgruppe in KJP1 bestand aus zwei Teilnehmern im Alter von 30-39 Jahren und einem Teilnehmer, der Leitung, mit 50 – 59 Jahren. In der **KJP2** versammelten sich sieben Teilnehmer:innen für das Interview, wovon fünf sich dem Gender weiblich und zwei männlich zuordneten. Mit vier Teilnehmerinnen ist die Altersgruppe von 40-49 Jahren am meisten vertreten. Außerdem nahmen zwei Personen am Interview teil, die zwischen 30 und 39 Jahren alt sind, sowie ein Erzieher in Ausbildung, welcher die Altersgruppe 18-29 Jahre vertritt. In beiden Einrichtungen zeichnet sich sehr deutlich eine Gruppe an Fachkräften ab, die über ein hohes Maß an Berufserfahrungen verfügen. Bis auf eine Person, dem Auszubildenden (KJP2 7) verfügen alle über mindestens 11-15 Jahre an Berufserfahrungen mit Kindern und Jugendlichen, wenn nicht sogar über die höchstmögliche Angabe 21+ Jahre.

Außerdem haben alle Teilnehmer:innen, unabhängig von der Profession, verschiedene Deeskalationstrainings besucht. In beiden KJPs haben die Fachkräfte die Kurse ProDeMa und Traumasensible Deeskalation absolviert. In der **KJP2** haben zusätzlich alle Teilnehmer:innen und demnach ebenfalls der Erzieher in Ausbildung, an dem Kurs KDM teilgenommen.

Die Wortmeldungen in **KJP1** sind sehr unterschiedlich ausgefallen. So hat der Leiter von dem Pflege- und Erziehungsdienst, sowie Fachbereich Sozialpädagogik mit 119 Wortmeldungen mit Abstand den größten Redeanteil. Die Erzieher, sowohl Akutstation und Station Störungen des Sozialverhaltens, haben jeweils um die 50 Wortmeldungen abgegeben.

In der **KJP2** zeichnet sich ein weniger extremes Bild ab. Neben 40 Wortmeldungen von einer Chefärztin hatten den größten Gesprächsanteil ein Erzieher mit 33 Wortmeldungen. Außerdem hatte eine weitere Chefärztin mit 18 Wortmeldungen einen vergleichsweise hohen Redeanteil. Die übrigen vier Teilnehmer:innen haben im Verlauf des Interviews zwischen zwei und acht Wortmeldungen.

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

Am Interview mit der **KJH1** nahmen vier Fachkräfte teil, jeweils zwei, die sich dem weiblichen Gender zuordnen und zwei Personen, die sich dem männlichen Gender zuordnen. Die Altersgruppe ist breit gefächert. Es befindet sich jeweils eine Fachkraft in der Gruppe der 20-bis 29-Jährigen, 30- bis 39-Jährigen, 40- bis 49-Jährigen und eine Person in der Gruppe der 50-bis 59-Jährigen. Das Interview in der **KJH2** umfasste sieben Teilnehmer:innen. Hiervon zählen sich fünf Fachkräfte dem weiblichen Gender zugehörig und zwei Personen dem männlichen Gender. Mit fünf der sieben Mitarbeiter:innen ordnet sich der größte Teil in die Altersgruppe

der 30- bis 39-Jährigen ein. Lediglich eine Person (KJP2 4) zählt zu der nächsthöheren Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen.

Im Hinblick auf Berufserfahrungen und Deeskalationsfortbildungen zeigt sich im Rahmen der betrachteten Interviews zum Teil im Bereich der KJH ein anderes Bild als in der KJP. Während in der **KJH1** drei der vier Teilnehmer:innen die geringstmögliche Auswahl an Berufserfahrungen (0-5 Jahren) angaben und nur ein Teilnehmer sechs bis zehn Jahren an Berufserfahrungen mit Kindern- und Jugendlichen aufzeigte, war das Bild in der **KJH2** ähnlich dem der KJPs. Hier verfügten vier Fachkräfte über Berufserfahrungen von elf bis 15 Jahren an mit Kindern- und Jugendlichen. Eine Person über sechs bis zehn Jahre und eine weitere Person gab an dieser Stelle null bis fünf Jahre an.

Mit Sicherheit lässt sich bei der **KJH1** nur feststellen, dass ein Mitarbeiter den Kurs PART absolviert hat und selbst Trainer für diesen Kurs ist.

In der **KJH2** zeigt sich eine andere Situation, da alle Fachkräfte Deeskalationstrainings im Umfang von ein bis zwei Tagen absolviert haben. Drei der sieben Fachkräfte absolvierten einen Grundlagenkurs des Trägers als Deeskalationstraining, welcher zwei Tage umfasste.

Im Hinblick auf die Wortmeldungen lässt sich ebenso für den Bereich der KJH im Rahmen der betrachteten Interviews Ähnliches feststellen. Eine Person hat in der Regel mit Abstand die meisten Wortmeldungen. In der **KJH1** ist dies die Person KJH1 A mit 49 Wortmeldungen. Zwei weitere Fachkräfte äußerten sich 23-mal im Rahmen des Interviews und eine Person (KJH1 K) lediglich 14-mal. Letztere hat die Profession der Therapeutin und unterscheidet sich dadurch zu den anderen drei Fachkräften, mit sozialpädagogischem Hintergrund. Ob unter den befragten Personen eine Leitungsposition vertreten ist, ist nicht bekannt.

Bei der **KJH2** findet sich ebenfalls eine Fachkraft, die mit großem Unterschied die meisten Wortmeldungen hat. Hierbei handelt es sich um KJH2 1, die Teamleitung der TWG, mit 59 Äußerungen. Mit einem großen Abstand folgt ihr Person KJH2 3 mit 29 Wortmeldungen. Zwei weitere Fachkräfte äußern sich ungefähr 20-mal im Rahmen des Interviews (KJH2 2 & KJH2 5). Die übrigen drei Teilnehmer:innen äußern sich zwischen zwei und sieben mal. Die zwei Personen mit den geringsten Wortmeldungen identifizieren sich als männlich. Ein Zusammenhang zwischen Gender und Redeanteil kann im Rahmen der geringen Größe der Stichprobe nicht festgehalten werden.

6.2 Grundhaltung

Zu der traumapädagogischen Grundhaltung gehören, wie in Kapitel 3.2.2 dargestellt, verschiedene einzelne Aspekte, die die entsprechende (Grund-) Haltung ausmachen. Die Ergebnisse werden im Folgenden vorgestellt.

6.2.1 Transparenz

Im Hinblick auf (gelebte) Transparenz in der täglichen Arbeit mit (hoch-) belasteten Kinder- und Jugendlichen können im Rahmen der Analyse der vier Interviewtranskripte Ergebnisse erzielt werden.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Aus den Transkripten der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen wird der offene und klare Umgang in Kommunikation und Handeln mit den jungen Menschen betont.

Bei der **KJP1** heißt es im Hinblick auf Aufnahmen bei Krisen „Wir **erklären** vom schwierigen Noch-nicht-Aufnahmegespräch durchgehend, bis die Situation vorüber ist“ (S.40, Z. 29-30). Des Weiteren wird Transparenz als eine zentrale Methode benannt, um eine Situation zu deeskalieren. Hier heißt es: „Dass sie nochmal nachvollziehen konnte/ und das war so ein Anker“ (S.13 Z.10-11). Ebenso gehen die Fachkräfte mit den Jugendlichen in **direkte Gespräche**, um potenzielle Schwierigkeiten abzuklären (vgl. S.8 Z.7-11). Außerdem wird mehrmals betont, dass bevor (Zwangs-)Maßnahmen umgesetzt werden, die Jugendlichen darauf vorbereitet werden. Es wird ihnen vorher **angekündigt** (vgl. S.30 Z.4-5) oder sich vorher auf etwas geeinigt und die **Beweggründe erklärt** (vgl. S.40 Z.24-25). In Situationen mit Patient:innen, die nicht freiwillig in die Klinik aufgenommen werden, gilt es ihre Möglichkeiten im Rahmen des Aufenthalts sowie Alternativen **klar zu benennen** (vgl. S.15 Z.6-9).

Bei der **KJP2** scheint der transparente Umgang mit dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen weniger eindeutig zu sein. In diesem Zusammenhang wurden Formulierungen wie “ich glaube” in Verbindung mit der Verwendung des Konjunktivs gewählt. Dies lässt darauf schließen, dass bei den Befragten im Hinblick auf die Transparenz **Unklarheit** herrscht (vgl. S.19 Z.26-32). Deutlich wird, dass insbesondere bei jungen Patient:innen, die grenzverletzendes Verhalten aufzeigen und somit der Großteil der Patient:innen, im Moment des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen, dieses **nicht transparent** geschieht. Hier heißt es „die wissen nicht, ob es ne Grenze gibt, wo ne Zwangsmaßnahme stattfinden könnte“ (S.19 Z.36-38).

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

In der **KJH1** wird kongruent mit den Ergebnissen der KJP **Ankündigungen** genutzt. So wird in Krisensituationen, wenn es zu Maßnahmen wie körperlichem Begrenzen kommt, dieses vorab angekündigt (vgl. S.4 Z.29-30). Insgesamt wird mit der Ankündigung von Maßnahmen und Handlungsschritten gearbeitet. Dieses geschieht folgendermaßen: „Hier Du hast beleidigt, wenn du damit weitermachst bleibt mir nichts anderes übrig als dich auf das Zimmer zu schicken“ (S.18 Z.28-30). Durch das **Erklären der Handlungsschritte** der Fachkräfte (vgl. S.5 Z.42-43) wird Transparenz geschaffen (vgl. S.6 Z.1). Zudem wird offene, transparente

Kommunikation in Gesprächen über das Verhalten der Kinder und Jugendlichen als deeskalierender Schritt beschrieben (vgl. S.5 Z.22-24).

Im Transkript der **KJH2** finden sich ebenfalls Textstellen, die auf Transparenz im gemeinsamen Alltag mit den (hoch-)belasteten jungen Menschen hinweisen. Es werden klare Worte genutzt: „Das geht hier nicht, das können wir hier nicht halten. Ähm/ Wie können wir das verändern? Weil wenn das so weiter geht/, wenn du das [Verhalten] nochmal zeigst kannst du hier nicht wohnen. Du gefährdest deine Mitbewohner:innen“ (S.9 Z.4-8). Dies verdeutlicht eine **transparente Kommunikation** und entsprechende Haltung gegenüber den Bewohner:innen, in dem Verhaltensweisen und mögliche Folgen offen thematisiert werden. Zudem sind die Mitarbeiter:innen stets bemüht, die jungen Menschen zu **informieren**. Als Ausnahme wird folgendes beschrieben: „Es sei denn natürlich ich habe wirklich Sorge, dass sie vors nächste Auto laufen, dann natürlich nicht aber ich/wir probieren den jungen Menschen immer zu sagen, warum wir handeln und was wir gerade tun“ (S.21 Z.1-6).

Gemeinsam haben somit die betrachteten Einrichtungen der KJP und KJH, dass mit Ankündigungen und Erklärungen, sowie offener und transparenter Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen gearbeitet wird. In der KJP wird jedoch im Hinblick auf Zwangsmaßnahmen deutlich, dass an dieser Stelle Transparenz fehlt.

6.2.2 Partizipation

„Die Teilhabe an der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen zählt zu den wichtigsten Einflussfaktoren, die zur seelischen Gesundheit führen“ (Lang, et al. 2011, 5). Inwiefern dies in KJP und KJH implementiert ist, wird im Folgenden dargelegt.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Transkript der **KJP1** wird deutlich, dass es für einen deeskalierenden Umgang mit Krisen neben konkreten Techniken vor allem darum geht, **gemeinsam** mit den Patient:innen zu einer Deeskalation zu kommen (vgl. S.41 Z.17-19). Des Weiteren wird im Rahmen der Partizipation festgehalten: „Die Jugendlichen dürfen uns auch angemessen, oder selbst ein Kind, **Grenzen setzen**“ (S.29 Z.29-31). Deutlich wird im Transkript der **KJP2** außerdem, dass eine partizipative Gestaltung des Alltags nicht immer möglich ist. Um die **Sicherheit** der Mitarbeiter:innen und Patient:innen zu gewährleisten, sind etwa Durchsuchungen der privaten Gegenstände auf der Station erlaubt und die Abgabe ihrer Handys Pflicht (vgl. S.20 Z.10-25). Darüber hinaus ist es wichtig, den jungen Menschen ein Gefühl von **Teilhabe im Alltag** durch freies Bewegen im Haus und nicht verschlossenen Türen bei geschlossener Unterbringung zu ermöglichen (vgl. S.22 Z.1-4).

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

Im Gegensatz zu KJP sind bei den untersuchten KJH partizipative Maßnahmen fest etabliert. In der **KJH1** sind ein **Beschwerdemanagement** (vgl. S.10 Z.24-30) und eine **Kinderkonferenz** (vgl. S.15 Z.11-12) implementiert, im Rahmen dessen die Kinder und Jugendlichen Umstände thematisieren können, die sie stören. Bezüglich des Beschwerdemanagements erfolgt der Hinweis, dass es „ein bisschen hochschwellig [...] für die Kinder“ (S.10 Z.27-28) ist und durch leichte Sprache niedrigschwelliger gestaltet werden sollte (vgl. S.11 Z.3-4). Außerdem findet sich ebenso Raum für die Nachbesprechung von schwierigen Situationen auf Wunsch der jungen Menschen (vgl. S.10 Z.18-19).

In der **KJH2** wohnen zu einem großen Teil junge, volljährige Erwachsene. Dementsprechend gilt: „Die Jugendlichen/ ähm/ soweit es möglich ist und der gesetzliche Rahmen es zulässt, **bestimmen** die ihre **Regelung** hier selber“ (S.8 Z.33-34). Strategien für einen guten Umgang mit Krisen und Spannungszuständen werden individuell mit den jungen Menschen erarbeitet (vgl. S.23 Z.31-32; S.24 Z. 6-12). Weiterhin können die jungen Menschen auf die **Gestaltung von Gesprächssituationen** partizipativen Einfluss nehmen (vgl. S.8 Z.4-6).

Für die Partizipation werden deutliche Unterschiede in den Bereichen sichtbar. In KJP wird zwar grundsätzlich begrüßt, wenn die jungen Menschen selber Grenzen setzen. Im geschlossenen Bereich werden ebenfalls Einflussmöglichkeiten gegeben, die über verschlossene Türen hinausgehen. Jedoch sind Durchsuchungen von privaten Gegenständen, sowie die Abgabe der Handys Maßnahmen, die nicht mit Partizipation übereinstimmen. In der KJH hingegen sind Maßnahmen wie ein Beschwerdemanagement etabliert, um die Teilhabe der jungen Menschen zu sichern. Bei Volljährigkeit dürfen diese ihre Regeln in der KJH größtenteils selbst bestimmen. Zudem wird herausgestellt, dass sie Einfluss auf die Gestaltung von Gesprächssituationen haben.

6.2.3 Wertschätzung

Für die Unterkategorie „Wertschätzung“, welche ebenfalls zur Grundhaltung zählt, lassen sich folgende Ergebnisse aus den vier Interviews zusammentragen:

Kinder- und Jugendpsychiatrie

In akuten Situationen werden die jungen Menschen in der **KJP1** nicht an andere Krankenhäuser überwiesen, die gemäß dem Einzugsgebiet zuständig sind. Die Fachkraft reagiert auf die diesbezügliche Nachfrage der Interviewerin mit einem Ausruf „Nein!“ (S.9 Z.1). Anbahnenden Austestungen der Grenzen oder eingetretenem grenzverletzenden Verhalten wird durch „**Präsenz, die Leute ernst nehmen, Wertschätzung**“ (S.36 Z.5-7) entgegengesteuert.

In der **KJP2** werden die jungen Menschen in ihrer Not gesehen und so, wie in der Theorie dargestellt, herrscht Verständnis für die von den jungen Menschen gefühlte Bedrohung. Eine Fachkraft beschreibt es folgendermaßen „Dann/ äh/ dann geht es über alle Grenzen. Dann wird gespuckt, dann wird getreten. Wirklich, die kämpfen um ihr Leben“ (S.12 Z.31-32). Insbesondere den Aspekt des sicheren Ortes, dass ihr eigener **Verbleib** in der Einrichtung **nicht in Frage gestellt** wird, wird den Patient:innen verdeutlicht. Eine Fachkraft äußert: „Und gleichzeitig die Haltung: ‚Ne, das haben wir dir beim letzten Mal schon gesagt. Das geht nicht. Das andere Angebot, auch wenn du dich hier scheiße benimmst, bleibt trotzdem“ (S.13 Z.20-22). Dementsprechend werden bei Fehlverhalten gemachte Angebote bezüglich Therapiemöglichkeiten nicht zurückgezogen oder angezweifelt.

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

Im Transkript der **KJH1** finden sich keine Beispiele für Wertschätzung in der Grundhaltung. Im Transkript der **KJH2** spiegelt sich die Wertschätzung des jungen Menschen als Person, sowie seiner/ ihrer Überlebensleistung wider. Es heißt zum Beispiel „[...] wir probieren immer alles möglich zu machen, um die Leute zu schützen oder denen es leichter zu machen, egal wie absurd es ist“ (S.4 Z.26-28). **Mehraufwand** für die Mitarbeiter:innen, wie das Blocken fester Zeiten in Diensten, wird auf sich genommen, um Klient:innen zu unterstützen, die sich sehr schwer tun in der Maßnahme anzukommen (vgl. S.4 Z.15-21). Außerdem bleiben die Mitarbeiter:innen **verständnisvoll und wertfrei** gegenüber den jungen Menschen in Situationen, in denen sie sich und/oder andere in Gefahr bringen (vgl. S.12 Z.15-18).

Sowohl in der KJP, als auch in der KJH konnte eine Wertschätzung gegenüber den Kindern und Jugendlichen herausgearbeitet werden. In KJP wird durch Präsenz, Wertschätzung und das Ernstnehmen der jungen Menschen eine wertschätzende Haltung deutlich. Zudem wird anerkannt, dass auch bei schwierigem Verhalten, Angebote und somit der Verbleib nicht in Frage gestellt werden. In der KJH wird Wertschätzung durch die Bereitschaft für Mehraufwand, wertfreie Haltung bei schwierigem Verhalten und grundlegendem Verständnis für die jungen Menschen erzeugt.

6.2.4 Annahme des guten Grundes

Für die Annahme des guten Grundes, dass alle Verhaltensweisen, die ein Mensch aufzeigt im Hinblick auf die eigene Biografie Sinn machen, konnten für KJP und KJH folgende Ergebnisse zusammengetragen werden.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Transkript der **KJP1** wird die Bedeutung der Leitlinie der Traumapädagogik, nach dem guten Grund für jegliche (störende) Verhaltensweisen zu suchen, im Hinblick auf

Deeskalationsmethoden betont. Es heißt hier: „Und erstmal zu gucken, was ist gerade bei dir los gefühlsmäßig. Und was steckt vielleicht in irgendeiner Form dahinter“ (S.15 Z.1-2).

Im Interview der **KJP2** finden sich ebenfalls Hinweise auf eine entsprechende Haltung. Die Mitarbeiter:innen versuchen stets „[...] trotzdem diese traumasensible Haltung aufrecht zu erhalten und zu sagen ‚Das Verhalten hat einen guten Grund und die Absicht ist, des Kindes, sich maximal zu schützen‘“(S.12 Z.39/ S.13 Z.1-2). Eine weitere stützende Aussage, die die Beweggründe des Verhaltens und/ oder körperliche Reaktionen hinterfragt, findet sich: „[...]“, dass es drum geht zu schauen, was geht bei dem Patienten vor, wie sind seine Beweggründe, warum er gerade so angespannt ist, ist das Verhalten überhaupt zielgerichtet gegen einen oder ist er’s willkürlich, weil er was ganz anderes verfolgt“ (S.14 Z.39-40/S.15 Z.1-2).

Allerdings findet sich zugleich eine Textstelle, welche dem Konzept des guten Grundes nicht entspricht. Es wird beschrieben, wie ein junger Mensch auf „reine Gewalt und Schaden“(S.10 Z.23-24) ausgerichtet ist.

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

In dem Transkript der **KJH1** wird das Grundverständnis des guten Grundes ebenfalls bestätigt. Der deeskalierende Charakter von dem Konzept des guten Grundes wird ebenso wie in der KJP herausgestellt. Entsprechend heißt es: „[...]finde ich besonders hilfreich ähm was ihr aber auch schon alle kennt, den guten Grund rauszufinden“ (S.19 Z.1-2). Ähnlich wie in der KJP2 findet sich im Transkript der KJH1 eine Aussage, die der Annahme des guten Grundes entgegensteht. Hier heißt es: „Das ging ja auch aus dem heiteren Himmel dann los“ (S.3 Z.30-31). Die Kolleg:innen reagieren an dieser Stelle korrigierend und betonen, dass bereits zuvor eine Anspannung wahrnehmbar war. Diese korrigierenden Aussagen verdeutlichen die Annahme des guten Grundes, dass hinter entstehenden Krisen und entsprechender Anspannung Ursachen liegen, die das Kind belasten und dafür sorgen, dass sich Krisen über einen Zeitraum entwickeln (vgl. S.3 Z. 35-37). Es wird beschrieben: „irgendwo klar ist dahinter liegt irgendwas bei dem Kind und irgendwas ist gerade im Argen, irgendwas belastet das Kind auch und dann ist halt so, dass das irgendwie oft dahinter steht“ (S.4 Z.2-5).

Im Transkript der **KJH2** finden sich keine Textstellen für die Annahme des guten Grundes. Gemeinsam haben KJP und KJH in dieser Unterkategorie, dass der deeskalierende Charakter von der Annahme des guten Grundes von den Mitarbeiter:innen gesehen und geschätzt wird. In beiden Bereichen finden sich jeweils eine Aussage, die gegen eine Verinnerlichung dieser Annahme spricht.

6.3 Förderung

Der Förderungsbedarf von traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit komplexen Hilfebedarf ist erhöht. Im Folgenden wird auf die zu fördernden Aspekte der Spiegelung (von Gefühlen und Verhalten), sowie Selbstbemächtigung und Selbstwirksamkeit eingegangen.

6.3.1 Widerspiegeln

Das Widerspiegeln von Gefühlen und Verhalten ist insbesondere für die (hoch-)belasteten Kinder und Jugendlichen von großer Bedeutung, da dieses oftmals zu wenig Raum eingenommen hat und somit für ihre Entwicklung fehlte. Ergebnisse der stationären Einrichtungen, wie dieses umgesetzt wird, finden sich im Folgenden.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Transkript der **KJP1** wird deutlich, dass das Widerspiegeln von Gefühlen und Verhaltensweisen **deeskalierend** wirken kann. Hier heißt es: „Also, ich glaube die Ansprachen waren dann einfach auch die Deeskalation. Das Widerspiegeln“ (S.5 Z.6-7). Durch das Widerspiegeln ist es neben konkreten Techniken und Abläufen möglich, gemeinsam mit den jungen Menschen zu einer Deeskalation zu finden (vgl. S.41 Z.17-19).

Im Transkript der **KJP2** berichten die Mitarbeiter:innen, dass es möglich ist „durch Spiegeln der Situation, immer wieder zu **beruhigen**“ (S.11 Z.31-32).

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

In der **KJH1** wird die Rückmeldung und somit Spiegelung an das Kind, was die Mitarbeiter:innen bei ihm/ihr wahrnehmen, wie in den KJPs als Deeskalationsmethode benannt (vgl. S.5 Z.33-34). Hier heißt es ebenso: „[D]as hilft ja manchmal schon Situationen zu deeskalieren, wenn wir wissen oder wenn wir vielleicht eine Ahnung davon haben und das dem Kind präsentieren zu können was denn dahinter stecken könnte“ (S.5 Z.36-39). Im Hinblick auf die Suche des guten Grundes kann das Kind entsprechend mit einbezogen werden, indem die Hypothese, welcher Grund hinter dem Verhalten steht, vorgestellt wird. Diese Rückmeldungen, wie sie in KJP und KJH genutzt werden, unterstützen außerdem den zu fördernden Aspekt von Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung. Dieser wird im folgenden Kapitel beleuchtet.

In der **KJH2** finden sich keine Textstellen, die die Methode der Spiegelung aufgreifen.

6.3.2 Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung

Um die Gefühle von Ohnmacht und Kontrollverlust, welche durch Traumatisierungen entstehen, entgegenzuwirken, ist die Förderung des Erlebens von Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung essenziell. Eine Beleuchtung, inwiefern dieser Aspekt in den untersuchten KJPs und KJHs umgesetzt wird, findet im Folgenden statt.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

In den Transkripten der **KJPs** sind keine Hinweise für die Umsetzung von Förderung der Selbstwirksamkeit vorzufinden. Die zuvor dargelegte Nutzung von Spiegelung kann jedoch herangezogen werden, da durch diese eine bessere Selbstwahrnehmung erreicht werden kann.

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

Im Gegensatz zur KJP finden sich über das Widerspiegeln hinaus Hinweise über die Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung. In der **KJH1** wird der Austausch darüber, was gewisse Verhaltensweisen, insbesondere grenzverletzendes Verhalten bei anderen Kindern oder bei den Mitarbeiter:innen auslöst, aktiv gesucht (vgl. S. 18, Z. 32-33). Ebenso der deeskalierende Charakter vor dem jungen Menschen, mögliche Gründe und Dynamiken hinter seinem/ihrem Verhalten zu präsentieren, wird hervorgehoben (vgl. S.5 Z. 36-39). Im Transkript der **KJH2** wird im Sinne der Selbstwirksamkeit darauf hingewiesen, dass die jungen Menschen in der Maßnahme Strategien lernen, die ihnen bei der Selbstregulation helfen. Hier heißt es: „[A]lles was irgendwie, was helfen kann und im Endeffekt lernen die Leute hier dann das auch selber anzuwenden“ (S.24 Z.8-9). Entsprechend findet in der KJH2 eine Förderung der Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung statt.

6.4 Beziehung(-sangebot)

Ein wichtiger Aspekt zur Stabilisierung von traumatisierten jungen Menschen ist der Aufbau einer Bindung zu Bezugspersonen, welche laut Kühn (2023) durch emotionale Dialoge gefördert und durch das Bewusstsein über die eigene Rolle der Fachkraft bestimmt wird.

6.4.1 Bindung („emotionaler Dialog“)

Im Folgenden wird auf die Gestaltung von Bindung zwischen Mitarbeiter:innen und jungen Menschen in den betrachteten KJPs und KJHs eingegangen.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Transkript der **KJP1** finden sich folgende zentrale Aussagen: Bindung kann Maßnahmen der **Fixierung präventiv entgegenwirken** (vgl. S.13 Z.30-31). Kommt es dennoch zu Fixierungen herrscht Verständnis bei den Mitarbeiter:innen vor, dass **jederzeit Kontakt** da ist und Beziehung jederzeit stattfinden kann. Demnach wird versucht, sich mit den jungen Menschen vorher darauf zu einigen und sie, entsprechend der Transparenz zu informieren und entsprechend der Partizipation, teilhaben zu lassen (vgl. S.40 Z.24-25). Im Rahmen von Deeskalationsmethoden werden Schlagwörter wie „**Beziehung, Kontakt**“ (S.41 Z.1) ebenfalls konkret benannt. Entsprechend kann Bindung zwischen Mitarbeiter:in und Patient:in für die Deeskalation von Krisen unterstützen. Hier heißt es: „Wahrscheinlich diese Beziehung, die man

dann schon so selbst nach dem zweiten Mal hat, die/ Dann kann man einfach/ Die ist immer so goldwert, finde ich. Dann kann man natürlich viel deeskalierender da mit umgehen“ (S.14, Z. 11-14). Hervorgehoben wird außerdem, dass bestehende Bindungen **Fremdgefährdung verhindern** können (vgl. S.17 Z.35-37)

In der **KJP2** finden bei Krisen klare Absprachen statt, wer über die Beziehungsebene versucht, zu dem jungen Menschen durchzudringen. Dies wird bewusst auf die Fachkraft gelegt, die die beste Bindung und somit **beruhigende Wirkung** auf den jungen Mensch hat. Dieses Vorgehen unterstützt einen konstruktiven Umgang mit schwierigen Situationen (vgl. S.11 Z. 30-33). In der Kommunikation wird den Patient:innen das Gefühl von „**wir**“ (S.11 Z.32) vermittelt, indem „**gemeinsam**“ (S.11 Z.32) nach einer Lösung für ihre Not gesucht wird (vgl. S.11 Z.29-34). Des Weiteren wird auf die schwierige Aufgabe im Rahmen der Krankenhausvorschriften hingewiesen, beispielsweise im Hinblick auf die Hygiene, den Beziehungsaufbau trotzdem zu fokussieren und Vertrauen aufbauen zu lassen, selbst wenn Patient:innen über Wochen hinweg keiner Körperpflege nachgehen (vgl. S.20 Z.26-31). Die Fachkräfte stehen vor dem **Spagat** „[...] wie kann ich irgendwie Vertrauen schaffen und das ist auch manchmal ein Spannungsfeld, wo man gucken muss wie kann das Krankenhaus toleriert werden“ (S.20 Z.29- 31).

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

In den Transkripten der KJH1 und KJH2 wird deutlich, dass Bindung und Beziehung in den pädagogischen Alltag dazugehören. In der **KJH1** wird immer, wie in der KJP, der **Kontakt und das Gespräch aufrechterhalten**. Auch bzw. insbesondere in Situationen, wo es um (körperliches) Begrenzen geht. So wird beschrieben: „[I]mmer wieder auch zu fragen und zu gucken, wie geht es dir gerade, kann ich dich wieder loslassen, ohne dass du mich oder andere oder dich verletzt. Das finde ich auch wichtig“ (S.5 Z.3-5). Transparente Kommunikation (siehe 6.2.1) hat positive Wirkung auf die Bindung zwischen Mitarbeiter:innen und jungen Menschen. In der **KJH2** findet, ebenfalls wie in der KJP, die Arbeit mit den jungen Menschen auf Beziehungsebene statt. Somit sprechen die Mitarbeiter:innen sich **gegen** die Anwendung von **Zwangsmaßnahmen** aus, da dies die Beziehung zwischen Bewohner:in und Fachkraft in Gefahr bringt (vgl. S.18 Z.41-44). Dies bedeutet, dass Themen **offen besprochen** (siehe 6.2.1) werden und **keine Wertung** (siehe 6.2.3) von (grenzverletzendem) Verhalten stattfindet. Es wird ermutigt, auch offen über bei tabuisierte Themen wie Suizidgedanken zu sprechen:

„Das darüber offen gesprochen wird und, dass da keinerlei Wertung passiert, wenn wirklich mal ne Selbstverletzung ist. Oder ‚Ey, lass uns über/ über deine Gedanken sprechen, wenn du/, wenn du Suizidgedanken hast, dann ist das ok. Lass uns drüber sprechen. Hab bitte keine Angst, dass wir gleich nen RTW rufen und wir denken so uh jetzt ist/ äh/ kurz vor zwölf.‘ Und das ist die Beziehungsarbeit und das Vertrauen“ (S.20 Z.34-39)

Dieser Umgang ist für Krisen hilfreich. Demnach bevorzugen die Mitarbeiter:innen Gespräche und einen intensiven Austausch gegenüber disziplinarischen Maßnahmen bei grenzverletzendem Verhalten (vgl. S.9 Z.27-31). Der bestehende gute Kontakt sorgt in der Regel dafür, dass bei Krisen wie Selbstverletzungen sie die Mitarbeiter:innen mit einbeziehen (vgl. S.11 Z.27-29). Auch dieses deckt sich mit den Ergebnissen in der KJP. Hier wurde herausgestellt, dass bei Krisen durch gute Bindung dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen und Fremdgefährdungen entgegengewirkt werden kann. Des Weiteren wird deutlich, dass ohne eine positive Bindung zwischen Klient:in und Mitarbeiter:innen, keine effektiven Interventionen stattfinden können (vgl. S.3 Z.29-33). In der KJH2 ist es außerdem üblich, dass sie häufig vor Ort Krisenintervention durchführen. Nur bei akuter Selbstgefährdung werden Externe hinzugezogen (vgl. S.6, Z. 35- 38). In der Regel werden aufgrund des aufgebauten Vertrauens suizidale Krisen bis in die Klinik von ihnen begleitet (vgl. S.9 Z.24-26).

Im Hinblick auf grenzverletzendes Verhalten, zu welchem in dieser Ausarbeitung selbstverletzendes Verhalten gezählt wird, wird von der Teamleitung ein spannender Aspekt angesprochen. Es heißt: „ihre Selbstverletzungsspielchen nenn ichs mal, wo sie auch immer mit uns in Beziehung gegangen ist und immer/ ähm/ uns mit einbezogen hat“ (S.13 Z.32-35).

6.4.2 Rolle der Fachkräfte

Unmittelbar mit der Bindung hängt das professionelle Selbstverständnis der Mitarbeiter:innen zusammen. Denn nur durch stabile und verlässliche Bezugspersonen kann eine Bindung und ein Setting für traumatisierte junge Menschen greifen. Es folgt eine Betrachtung der Ergebnisse der Transkripte der stationären Einrichtungen.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Transkript der **KJP1** wird betont, dass eine **klare Haltung im Verhalten**, sowie eine **klare Linie** in Aussagen und **Kommunikation** Orientierung vermitteln kann. So heißt es: „Sowohl die Oberärztin als auch die Kollegen, die verhalten sich wieder so. Die erzählen mir Ähnliches. Die schätz/ Also ich würde das mal sagen, das ist schon/ Die schätzen mich irgendwie wert. Aber irgendwie lassen sie sich auch nicht erpressen“ (S.13 Z.11-13). Durch diese **Beständigkeit in Aussagen und Handlung**, ohne unvorhersehbare Gewalt, können sich die jungen Menschen auf das Verhalten einstellen und benötigen demnach weniger Zwangsmaßnahmen (vgl. S.13 Z.28-31). Zudem ist das Überprüfen der richtigen **Nähe und Distanz**, ebenfalls im Rahmen von Krisen, entscheidend für einen professionellen Umgang mit diesen. So heißt es: „Ich wahr den Abstand, aber ich guck immer noch, solange/ Ich hab noch ne Verantwortung. Also dieses Gucken, was ist die richtige Nähe und die Distanz“ (S.15 Z.11-12). Außerdem ist das Aufzeigen der **eigenen Grenzen** der Fachkräfte wichtig, um **authentisch** zu

sein und somit zur Deeskalation beizutragen (vgl. S. 29 Z.22-28). Wird deutlich, dass eine Deeskalation bei hochangespannten Patient:innen unwahrscheinlich ist, wird strukturiert vorgegangen und frühzeitig geklärt, wer welche Aufgaben übernimmt (vgl. S.14 Z.35-40).

Die klare Haltung findet sich ebenfalls im Transkript der **KJP2**. Neben (verbalen) Deeskalationstechniken ist für den Umgang mit täglichen Krisen aufgrund der Besonderheiten des Klientels vorrangig die Haltung der Mitarbeiter:innen von großer Bedeutung (vgl. S.14 Z.23-32). Entsprechend heißt es (mindestens) :„**70% ist die Haltung 30% ist die Technik**“ (S.14 Z.28). Körperliche Begrenzung sei durch entsprechende Haltungen der Mitarbeiter:innen zurückgegangen (vgl. S. 23 Z.1-2). „Wir halten durch Haltung“ (S.23 Z.6) spiegelt diese Tatsache deutlich wider. Grifftechniken sind weniger bedeutsam für die Deeskalation als die Verinnerlichung von traumapädagogischem Denken und Handeln, „weil das einfach dafür sorgt, dass man sich dem Patienten immer in einer gewissen Art und Weise nähert“ (S.14 Z. 7-14). Durch ein **ruhiges und professionelles Agieren** aller Mitarbeiter:innen, dem Reinigungspersonal eingeschlossen, können in Krisensituationen Betroffene oft „zurückrudern (S. 13 Z.19) und die Situation deeskaliert werden (vgl. S.13 Z.11-19). Wie auch in der KJP1 wird ab einem gewissen Punkt der Anspannung bei Patient:innen ein konkreter Plan mit geregelten Aufgaben für alle beteiligten Fachkräfte vorbereitet, um auf den schlimmsten Fall vorbereitet zu sein. Dieser schlimmste Fall (Zwangmaßnahmen) kann so möglichst geregelt ablaufen (vgl. S.12 Z. 6-14). Die Vermittlung der Fachkompetenz durch professionelles, **zielgerichtetes Arbeiten** mit den jungen Menschen strahlt Sicherheit aus und ist außerdem bedeutsam für die Beziehungsebene (vgl. S.13 Z.20-24). Außerdem hat die **Selbstreflektionsfähigkeit der Mitarbeiter:innen** eine große Bedeutung. Indem man das grenzverletzende Verhalten nicht persönlich nimmt, demnach vom eigenen Anspannungslevel gelassener bleibt, weil man in einem gewissen Rahmen das Verhalten nachvollziehen kann, kann das der Deeskalation von Situationen nützen (vgl. S.15 Z.3-13). Demnach ist Erkennen des guten Grundes essenziell für die Fachkräfte, um sich zu verdeutlichen, dass es kein Konflikt auf persönlicher Ebene zwischen dem jungen Menschen und der Mitarbeiter:in ist (vgl. S.15 Z.8-10). Diese Erkenntnis ist, dass was „mehr als 70 % wie so ein Konflikt oder so eine Eskalation ausmachen und ((unv. Wort)) gleich irgendwie die Spannung runterzunehmen, wenn man auf jemanden gut eingehen kann und eben dass ((unv. Wort)) kann was so Dolle anspannt“ (S. 15 Z.11-13). Diese Selbstreflektion ist besonders für das Thema der Gewalt bedeutsam. Diesbezüglich gilt es zu hinterfragen „[...] was macht das bei mir selber, was triggert das bei mir an“(S.26 Z.29-30). Das Thema für sich selbst zu erarbeiten, benötigt „Größe“ (S.26 Z.31). Zudem wird betont, dass der Fokus zunehmend auf verbaler Deeskalation liegt und die Gesprächstechniken der Fachkräfte somit stetig an Bedeutung gewinnen (vgl. S.13 Z.28-29).

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

In der KJH werden im Hinblick auf die Rolle der Fachkraft ebenfalls der **gesunde Abstand**, entsprechend Nähe und Distanz, der Mitarbeiter:innen herausgestellt. Zu unterscheiden, „das beleidigt mich nicht persönlich sondern ich bin grad ein Stellvertreter für irgendwas was das Kind jetzt sauer gemacht hat“ (S.19 Z.7-8), ist für den Umgang mit Krise entscheidend.

Des Weiteren wird, wie in den untersuchten KJPs, auf die Bedeutung von **Selbstreflektionsfähigkeiten** hingewiesen (vgl. S.19 Z.26-30). Hier heißt es: „[W]ie ist meine Körperhaltung. Ist die vielleicht auch bedrohlich für das Kind, weil ich gerade selber merke, ich werd angespannt in der Situation, weil ich merke die Eskalationsspirale geht irgendwie weiter und [...] sich sowas auch bewusst zu machen, das habe ich auch da viel mitgenommen“ (S.19 Z.28 -30). Im Gegensatz zur KJP findet sich außerdem der Hinweis auf die Körperhaltung der Mitarbeiter:innen und die Bedeutung dieser wieder. Im Transkript der **KJH2** wird im Hinblick auf die eigene Ausstrahlung übereinstimmend mit den Ergebnissen der KJPs auf die Bedeutung von Ruhe in Krisen eingegangen. Hier zählt eine ruhige Ausstrahlung (vgl. S.13 Z.12-14) und „[r]uhig [...] ähm/ aber auch begrenzend“ (S.2 Z.21) zu agieren.

Die KJP weist für die Dimension der Rolle der Fachkraft im Unterschied zur KJH auf weitere Aspekte hin. Hier finden sich die Relevanz der (Grund-)Haltung, das Erkennen eigener Grenzen im Sinne der Authentizität, strukturiertes sowie professionelles Handeln und die Bedeutung von Techniken zur Deeskalation, speziell Gesprächstechniken für verbale Deeskalation

6.5 Struktur und Sicherheit („sicherer Ort“)

Eine weitere aus der Theorie abgeleitete Kategorie zum Betrachten des Umgangs mit grenzverletzendem Verhalten aus traumapädagogischer Perspektive umfasst die Struktur und Sicherheit, eine Säule des sicheren Ortes nach Martin Kühn.

6.5.1 Strukturen

Insbesondere (hoch-)belastete, traumatisierte junge Menschen brauchen viel Sicherheit und Orientierung, die ihnen klare Strukturen im Außen vermitteln können. Inwiefern dieses in den zu untersuchenden KJPs und KJHs Berücksichtigung findet, wird im Folgenden betrachtet.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der **KJP1** haben die Patient:innen Struktur durch **feste Termine** und Therapieangebote im Vormittagsbereich. Entsprechend wird geschildert, dass es zu mehr Eskalationen in den Abendstunden kommt. Hier heißt es: „Oder zum Abend hin ist natürlich anstrengender wie am Vormittag, wo die Patientinnen und Patienten Termine haben (S.26 Z.21-22).

In der **KJP2** wird hervorgehoben, dass der Klinikalltag sehr **berechenbar** gestaltet ist. **Sichtbare** Dienstpläne, inklusive Fotos, klare Zuständigkeiten und Ansprechpartner sowie

Besuchsregeln auf der Station sind Beispiele für gut erkennbare Kriterien, „die so die emotionale Sicherheit und die Berechenbarkeit von hochverunsicherten Kindern“ (S.14 Z.20-21) unterstützen (vgl. S.14 Z.14-23).

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

In der **KJH1** wird deckungsgleich mit den dargestellten Ergebnissen der KJPs hervorgehoben, dass im pädagogischen Alltag im Rahmen von Deeskalation „**planbarer, transparenter Tagesablauf** hilfreich ist“ (S.19 Z.18) und den Kindern notwendige **Orientierung** gibt. Dies leistet ebenfalls einen Beitrag zu Deeskalation (vgl. S.19 Z.18-20).

In der **KJH2** finden sich keine Textstellen, die sich der Unterkategorie zuordnen lassen.

6.5.2 Regeln und Grenzen

Ein weiterer Aspekt, der den Kindern und Jugendlichen notwendige Orientierung und Sicherheit gibt, betrifft aufgestellte Regeln und Grenzen in den stationären Einrichtungen. Der Umgang mit diesen wird im Folgenden dargelegt.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der **KJP1** besteht die Regel, dass Jugendliche ab 16 Jahren gesiezt werden, was gleichzeitig eine Grenze zwischen Mitarbeiter:innen und Patient:innen zieht (vgl. S.30 Z.5-6). Grenzssetzungen sind für das soziale Lernen essenziell. Außerdem, wie bereits in der Unterkategorie Partizipation beschrieben ist, dürfen Grenzssetzungen von den Patient:innen, sowie von den Mitarbeiter:innen gestaltet werden. Es herrscht Bewusstsein darüber, dass soziales Lernen nur mit Grenzen funktioniert (vgl. S.29 Z.28-30). Ist das Verhalten von Patient:innen nicht tolerabel, wird dieses sanktioniert und es kann zu Behandlungsunterbrechungen kommen (vgl. S.30 Z.1-5). Doch auch, wenn Grenzssetzungen ein zentrales Mittel in der Arbeit darstellen, muss stets **situationsbezogen** geschaut werden, wie dieses ein- und umgesetzt wird. Der Auftrag der Klinik, junge Menschen in Krisen zu behandeln, darf diesbezüglich nie außer Acht gelassen werden darf (vgl. S.29 Z.35-40). Ebenfalls kann das Mittel der **Fixierung** eine Grenze darstellen, jedoch lediglich vor dem Hintergrund der Selbst- und/oder Fremdgefährdung (vgl. S.9 Z.15-17). Grundsätzlich gilt „Grenzssetzung ist wichtig, aber in einer eskalativen Phase hat Deeskalation immer Vorfahrt, koste es was es wolle“ (S.34 Z.9-12).

Im Transkript der **KJP2** wird deutlich, dass bei ungeeigneten und nicht passenden Regeln und Grenzen für die Patient:innen, diese sie nicht gut annehmen und es zu grenzverletzendem Verhalten wie verbaler Gewalt kommt (vgl. S.4 Z.16-17). Somit ist es, besonders bei Störungen des Sozialverhaltens, welche viele „Systemsprenger:innen“ aufweisen, von großer Bedeutung, dass „die solche Regeln zwar haben und solche Grenzen aber dann irgendwie nie wieder

angepasst wird ab wann die gelten und wie starr die sein müssen“ (S.19 Z.16-19). Viel bedeutsamer ist es nach dem guten Grund zu schauen und gegebenenfalls **Regeln** im Sinne von Deeskalation und Förderung der einzelnen Person **anzupassen** (vgl. S.19 Z.12-16).

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

Im Transkript der **KJH1** wird Grenzsetzung durch Sanktionen wie Auszeiten auf dem Zimmer, sogenannte „[...] Zimmerzeiten [und] wir haben Taschengeldabzüge“ (S.13 Z.30). Außerdem ist eine Intervention mit deeskalierendem Charakter „das Verweisen auf Regeln, auf Regeln des Miteinanders“ (S.5 Z. 24).

In der **KJH2** zählen Regeln, die die Rahmenbestimmungen in den Einrichtungen bestimmen. Demnach ist der Konsum und die Lagerung von Drogen und Alkohol innerhalb der Jugendhilfeeinrichtung nicht erlaubt, trotz Volljährigkeit (S.16, Z. 15 -19). Dem Verhalten der jungen Menschen wird durch Abmahnung eine Grenze gesetzt, wenn die Mitbewohner:innen gefährdet sind (S.9 Z.1-4). Denn auch wenn die Mitarbeiter:innen viel aushalten können, gilt dies nicht für die anderen Bewohner:innen (S.18 Z.12-13). Hier heißt es: „Wir schaffen das auch uns danach wieder aufzufangen, aber das können nicht die anderen traumatisierten jungen Menschen, die hier wohnen“ (S.18 Z.19-20). Demnach kann es zu Entscheidungen kommen, die das Ende der Maßnahme für Einzelne bedeutet, um die anderen Bewohner:innen zu schützen (vgl. S.3 Z.15-17; vgl. S.15 Z.18-24). Eine klare Grenze stellt zudem die Zimmertür dar. Diese wird nicht abgesprochen übertreten „[e]s sei denn es droht halt wirklich ne akute Selbst- oder Fremdgefährdung“ (S.8 Z. 11-12). Die klare Haltung in KJP; dass Regeln und Grenzen an die Bedarfe der jungen Menschen angepasst werden müssen, ist in der KJH ebenfalls zu finden. So wird deutlich, dass „Grenzen immer weiter ausgereizt“ (S.2 Z.30) werden können und auf Bedarfe versucht wird einzugehen. Hier wird Folgendes beschrieben: „Sie hätte nen eigenes Wohnzimmer gebraucht und das ab nem/ bis zum gewissen Grad probieren wir das möglich zu machen“ (S.4 Z.29-30).

Im Kontext der KJH sind bezüglich des im KJP aufgegriffenen Ansatzes, dass Deeskalation stets Vorfahrt vor Grenzsetzung hat, keine Hinweise zu finden.

6.5.3 Gruppensetting: Schutz für alle?

In beiden Einrichtungen treffen (hoch-)belastete Kinder und Jugendliche aufeinander, teilen Gemeinschaftsräume und -bereiche und den von Krisen durchzogenen Alltag. Die Ergebnisse bezüglich des Gruppensettings in den KJPs und KJHs, werden im Folgenden beleuchtet.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der **KJP1** wird deutlich, dass strukturelle Rahmenbedingungen diese Unterkategorie betreffen. Durch tägliche Aufnahme und Entlassungen kommt es zu vielen **Wechseln** und somit

Unruhe in der Gruppe (vgl. S.36 Z.1-3). Des Weiteren gibt es Patient:innen, bei denen bekannt ist, dass sie eine erhöhte Gefährdung für die Gruppe mit sich bringen. Für diese nutzt die KJP den **Isolierbereich** und beschreiben die Erfahrung folgendermaßen: „Es ist schon manchmal sinnvoll, die im Isolierbereich erstmal so ein bisschen für sich zu betreuen. Und dann immer schrittweise zu versuchen zu integrieren sie werden von dort aus schrittweise in die Gruppe integriert“ (S.7 Z.20-21). Dieser Bereich wird im Klinikalltag aktiv genutzt. Bis zur Hälfte der Patient:innen werden während ihres Aufenthalts in der KJP aus der Gruppe genommen und dorthin gebracht (vgl. S.33 Z.4-10). Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen kann es in Krisensituationen aufgrund von Impulsivität dazukommen, dass Patient:innen körperliche **Gewalt** gegenüber anderen Mitpatient:innen ausüben. So wird beschrieben „Weil er schnell impulsiv wurde und eine andere Mitpatientin schlug in nem Moment, in dem wir uns nochmal kurz zurück gezogen hatten. Nämlich in nem total friedlich, ne, vordergründig friedlich aussehenden Moment“ (S.17 Z. 7-9).

In der **KJP2** wird deutlich, dass die **Gruppenkonstellation** der „völlig auffälligen und impulsiv aggressiven“ (S.2 Z.17-18) jungen Menschen zu einem täglichen Aggressionsaufkommen führen (vgl. S.2 Z.17-20). Es entstehen „Selbstverletzungssorgen“ (S.3 Z.6), da die jungen Menschen sich **gegenseitig triggern** (vgl. S.3 Z.5-12).

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

Die Ergebnisse der KJP im Hinblick auf den Schutz für alle im Gruppensetting stehen alleine und für sich. Nur einer der aufgezeigten Aspekte in den untersuchten KJPs finden sich in den Transkripten der KJH wieder. In der **KJH1** wird ebenfalls **gegenseitiges Triggern** der Kinder als Schwierigkeit genannt. Hier heißt es: „Wenn ein Kind sauer ist und schimpft, dann hört das Kind nebenan [...] hört das auch und schimpft zurück oder wird davon angetriggert von der Wut von dem anderen Kind“ (S.12 Z.23 – 25). Im Hinblick auf Krisensituationen thematisiert, dass beim Halten von Kindern die **verschiedenen Ebenen des Schutzes** für Mitarbeiter:innen, dem Kind in Krise mit grenzverletzendem Verhalten, sowie anderen Kindern schwierig ist aufrechtzuerhalten (S.19 Z.31-34). Insgesamt gestaltet es sich schwierig „die Balance zu halten zwischen Verantwortung gegenüber der Gruppe, zwischen den anderen Kindern und dem Kind, was sich gerade in der Krise befindet“ (S.20 Z.16-18).

Im Transkript der **KJH2** findet sich das Thema der Balance zwischen einem **einzelnen jungen Menschen und der Sicherheit der ganzen Gruppe** ebenfalls. Bei grenzverletzendem, aggressiven Verhalten steht der Schutz der anderen an oberster Stelle und die Mitarbeiter:innen sind darauf bedacht die anderen jungen Menschen in Sicherheit zu bringen bzw. zu verhindern, dass dem aggressiven jungen Menschen nähergekommen wird (vgl. S.2 Z.24-25). Für den

Aspekt wird außerdem von einem Vorfall berichtet, in denen eine schwangere Mitarbeiterin sich bei einem Konflikt zwischen die Bewohner:innen gestellt hat (vgl. S.10 Z.3-9).

6.6 „Geschützter Handlungsraum“ für die Fachkräfte

Unmittelbar im Zusammenhang mit der Rolle der Fachkräfte (6.3.2) steht diese Kategorie, welche Arbeitsbedingungen beleuchtet. Besonders wird auf Aus- und Fortbildungen (im Bereich der Traumapädagogik und Deeskalation), die Unterstützung von Kolleg:innen und Leitung sowie der Aspekt der Nachsorge und Reflektionsmöglichkeiten geschaut.

6.6.1 Aus- und Fortbildungen

Für die Dimension der Aus- und Fortbildung, speziell im Bereich der Traumapädagogik und Deeskalation, werden die folgenden Ergebnisse sichtbar:

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Deutlich wird im Transkript der **KJP1**, dass entsprechende Weiterbildungen **verpflichtend** sind. An dieser Stelle heißt es „Pflicht, Pflicht! Alle verpflichtend!“ (S.39 Z.29). Die Wiederholung und der Ausruf betonten die Dringlichkeit dieser Tatsache. Aufgebaut ist der Bereich mit einer Grundschulung und mindestens alle drei Jahre eine Beschulung für das Thema der Deeskalation (S.40 Z.1-2). Viele Mitarbeiter:innen der Klinik haben nicht nur eine Fortbildung besucht, sondern eine **entsprechende Ausbildung** gemacht. Demnach finden sich auf jeder Station einige Kolleg:innen mit entsprechendem Zusatzwissen (S.34 Z.17-22). Lediglich die **Mitarbeiter:innen des Sekretariats** und die **Lehrer:innen** sind zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht geschult. Dies liegt an dem Anstellungsverhältnis über die Behörde und es wird sich dafür ausgesprochen, dass diese Fachkräfte entsprechende Schulungen durchlaufen müssen, um den (hoch-) belasteten jungen Menschen mit einer entsprechenden Haltung zu begegnen (S.39 Z.12 -14).

In der **KJP2** muss ebenfalls ein **Grundkurs** absolviert werden. Darüber hinaus findet ein „build freshup pro Jahr“ (S.11 Z.22) statt. Diese Struktur der Fortbildung der Mitarbeiter:innen ist der Mindeststandart der Klinik und durch diesen haben sich auf allen Stationen **wiederauffindbare Abläufe** bei Krisen etabliert (S.11 Z.18-23). Das traumapädagogische **Fortbildungsangebot** ist stets in Bewegung, verändert sich entsprechend inhaltlich und in Dynamik. Der Aspekt der Selbsterfahrung und Selbstreflektion soll zukünftig mit in das Konzept eingebunden werden (S.26 Z.18-25). Die Mitarbeiter:innen empfinden sich entsprechend fachlich mit gutem „Handwerkszeug“ (S.26 Z.23), **gut geschult und handlungsfähig** (S.8 Z.30-33).

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

Im Transkript der **KJH1** findet sich lediglich durch das Erwähnen von „PART“ (S.14 Z.34) ein Hinweis auf eine Fortbildung, die den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten thematisiert. Im Transkript der **KJH2** wird deutlich, dass die Fortbildungen der Fachkräfte sehr **lange zurückliegen** (vgl. S.25 Z.23). Zusätzlich wird eher verunsichert hinterfragt, ob überhaupt alle diese Fortbildung gemacht haben (S.25 Z.21). Die Teamleitung bestätigt, dass ihre Fortbildung für Deeskalation „ja auch schon zehn Jahre her ist“ (S.25 Z.21- 22).

6.6.2 Unterstützung von Kolleg:innen und Leitung

Im Hinblick auf die (gegenseitige) Unterstützung in der Arbeit mit den (hoch-)belasteten jungen Menschen zeigen sich die Folgenden Ergebnisse:

Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der **KJP1** wird die Relevanz von kollegialem Austausch, gegenseitiger Wertschätzung und der Beziehung untereinander deutlich (vgl. S.23 Z.21-23). Im Sinne der Patient:innen ist die Team-/Psychohygiene und gegenseitige Unterstützung besonders wichtig, da die jungen Menschen die Stimmung unter den Kolleg:innen aufmerksam wahrnehmen (vgl. S.35 Z.28-32). Außerdem ist der Nutzen der **multiprofessionellen** Aufstellung des Teams von Bedeutung, sowie in Krisensituationen **gegenseitig aufeinander** und auf die jeweiligen Grenzen zu achten (vgl. S.35 Z.9-10; vgl. S.23 Z.1-3). „[I]m akuten Fall gibt es die **Notrufsysteme** und und die Anwesenheit und die Hilfe von allen“ (S.22 Z.26-27).

In der **KJP2** kommt es beim Aufbau einer Eskalationsspirale mit verbal oder körperlich aggressivem Verhalten des jungen Menschen ebenfalls zur gegenseitigen Unterstützung. Hier bildet sich ein „**Krisenteam**“ (S.11 Z.28). „[D]ie relevanten Personen sind dann auf der Station und dann gibt es immer auch eine klare Absprache“ (S.11 Z.28-29). Zudem wird ein **guter Austausch** als Schlüsselement wahrgenommen, um sich handlungsfähig zu fühlen (vgl. S.8 Z.30-33). Das Wissen um den Rückhalt der Kolleg:innen, die einen in schwierigen Situationen nie allein lassen würden, gibt den Fachkräften Sicherheit (vgl. S.8 Z.21-22).

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

In der **KJH1** wird wie in der KJH deutlich wie wichtig gegenseitige **Unterstützung** und ein unterstützendes Klima im Team sind (vgl. S.9 Z.4; S.9 Z.18-19). Hervorgehoben wird außerdem die **Rolle der Leitung**, die sehr entlastend agiert und stets das wertschätzende Gespräch mit belasteten Mitarbeiter:innen sucht (vgl. S.9 Z.10-12; S.9 Z.23-24).

In der **KJH2** wird ebenso betont, dass die Teamleitung eine wichtige Rolle für die Psychohygiene der Mitarbeiter:innen hat. Nach schwierigen Diensten und in akuten Situationen wird zur Leitung Kontakt aufgenommen und bei Bedarf in Austausch gegangen (vgl. S.14 Z.28

-31). Die Rolle der Leitung findet keinen Raum in den Transkripten der KJP. Im Hinblick auf die Nachdienste, die von einer Person allein abgedeckt werden, wird deutlich, dass die Mitarbeiter:innen über den Feierabend hinaus zu erreichen sind (S. 17 Z.14-15). In den Transkripten der KJH ist im Gegensatz zur KJP kein Notrufsystem oder Krisenteam etabliert, welches Unterstützung in akuten Situationen absichert.

6.6.3 Nachsorge und Reflektionsmöglichkeiten

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Bereich der Unterstützung kamen bereits Hinweise auf die Bedeutung von Nachsorge für schwierige Situationen in der KJP. Dementsprechend wird im Rahmen des Transkripts der KJP1 deutlich, dass neben der Anwesenheit von Kolleg:innen, „Gespräche. Und auch da wieder die Zeit. In der Nachsorge“ (S.22 Z.24-26) geschätzt wird. Die Fachkräfte können außerdem Gesprächsbedarf auf verschiedenen Ebenen wie Leitung oder Supervision für sich einfordern (S.23 Z.3-4). Je nach Schwere eines Vorfalles können unterschiedliche Unterstützungsmöglichkeiten genutzt werden. Ebenfalls eine „**Einzel-supervision**, die sich jeder holen darf, der Bedarf hat“ (S.22 Z.32-33). Außerdem wird sich bemüht, schwierige Situationen und jede Fixierung im Nachgang zu besprechen. Hierfür bieten sich die monatlichen Fallsupervisionen und die zweimal im Jahr stattfindende Teamsupervision an (vgl. S.23 Z.13-21). Rein organisatorisch müssen grenzverletzende Situationen gegenüber den Mitarbeiter:innen, unabhängig von der Schwere an Verletzungen, als Arbeitsunfall gemeldet werden. Individuelle Bedarfe werden mit der Stationsleitung abgesprochen und es besteht die Möglichkeit, eine:n **außerhäuslichen, neutralen Supervisor:in** zu nutzen (vgl. S.24 Z.23-31). In der **KJP2** wird im Hinblick auf die Unterstützung von Kolleg:innen und Leitungen ebenfalls deutlich, dass die Mitarbeiter:innen sich bestärkt und gestützt fühlen. Eine Fachkraft äußert:

„Und Unterstützung kann ich sagen am eigenen Leib, dass man alle Unterstützung bekommt, die man braucht. man bekommt alles und noch mehr angeboten tatsächlich. Da kann ich tatsächlich gutes Gewissen sagen, dass es keine Grenzen gibt dessen, dass man erhalten kann, wenn es einem nicht gut geht nach so ner Situation (S.17 Z.19-22)

Nach Vorfällen gibt es außerdem ein festgelegtes Verfahren, im Rahmen dessen Leitung und Deeskalationstrainer informiert werden. Diese gehen auf betroffene Mitarbeiter:innen zu und überprüfen, wie der Bedarf ist. Möglich sind Gespräche mit den Deeskalationstrainer:innen oder wenn dies nicht ausreichend unterstützen kann, folgen therapeutische Unterstützungen (vgl. S.17 Z.34-37; vgl. S.18 Z.1-5). Unterschieden wird je nach Kontext und Thema, ob eine Nachbesprechung im Team sinnvoll ist oder eine Fachkraft individuell betrifft und entsprechend Einzelgespräche angemessen sind (vgl. S.18 Z.24-27).

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

In der **KJH1** findet sich in den **wöchentlichen Dienstbesprechungen** Raum, um Vorfälle mit Grenzüberschreitungen **nachzubesprechen** und um sich gegenseitig anzusprechen, wenn es Nachfragen zum Verhalten anderer Mitarbeiter:innen gibt und somit einen kritischen Austausch und Selbstreflektion anzuregen (vgl. S.10 Z.6-12). **Supervisionstermine** sind ebenfalls festgelegt. Im Vergleich zur KJP ist es auffällig, dass die Mitarbeiter:innen sich nicht sicher sind, ob sie die Möglichkeit zu zusätzlichen Supervisionsterminen haben. Formulierungen wie „glaube ich“ verdeutlichen eine Unsicherheit bezüglich der Einforderung von Raum in Supervisionen, um Vorfälle ausführlich in Gesprächen aufzuarbeiten (S.9 Z.13-18).

In der **KJH2** findet ebenso Nachsorge in den wöchentlichen Teambesprechungen statt. Außerdem wird sich auf frühzeitige Interventionen und somit Krisenabwendung fokussiert. Einmal im Monat findet außerdem Supervision statt (vgl. S.7 Z.6-15). Insgesamt wird deutlich, dass das Team „im Endeffekt, wir nehmen uns die Zeit, wenn wir was nachbesprechen müssen, nehmen wir uns die sich die Zeit“ (S.7 Z.12-13). Hilfreich scheint es nach schwierigen Situationen auf **Leitungspersonen** zurückzugreifen, um das Erlebte zu besprechen und dies im Rahmen des gesamten Teams zu nutzen (vgl. S.13 Z.44-47). Bei einschneidenden Vorfällen wie Grenzverletzung in suizidaler Absicht wird „**Rückhalt im Team, Supervision** [..], **Nachbesprechungen**“ (S.17 Z.29) als besonders hilfreich erlebt. Gemeinsame Ansätze bei den betrachteten Einrichtungen der KJP und KJH sind: kollegiale Gespräche, Nachbesprechungen, Gespräche mit der Leitung und Supervision. Für letzteren Ansatz besteht in der KJP ein deutlich größeres Repertoire und eine größere Bereitschaft dieses zur Verfügung zu stellen.

6.7 Rahmenbedingungen für den „sicheren Ort“

Nachfolgend wird die Kategorie der Rahmenbedingungen, welche massiven Einfluss auf die Gestaltung des sicheren Ortes für „Systemsprenger:innen“ haben, beleuchtet. Diesbezügliche Erkenntnisse, die für weitere Dimensionen des Kodierleitfadens von Relevanz erscheinen, rücken nun in den Fokus. Demnach werden nur Rahmenbedingungen aufgezeigt, die im Bezug auf weitere Kategorien von Bedeutung sind. Da die Rahmenbedingungen einen Schwerpunkt im Interviewleitfaden (siehe Anhang III) einnehmen wurde für diesen Bereich eine große Menge an Daten erhoben. Die Betrachtung der gesamten Menge würde den Rahmen der vorliegenden Ausarbeitung sprengen.

6.7.1 Bauliche Rahmenbedingungen

Bauliche Rahmenbedingungen und demnach räumliche Gestaltung und Möglichkeiten der Nutzung können Deeskalation, gleichwohl Eskalationen im Alltag mit „Systemsprenger:innen“ beeinflussen. Die folgenden Ergebnisse zeigen sich in den Transkripten von KJP und KJH.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Insgesamt wird im Transkript der **KJP1** deutlich, dass der Umbau der Klinik viele Veränderungen mit sich gebracht hat. Es sind im Rahmen dessen „viele Risiken ausgeschlossen worden“ (S.26 Z.8). Zudem ist es nun möglich bei Bedarf **Einzelzimmer anzubieten** (vgl. S.27 Z.14-16). Der Belegungsplan hat sich ebenfalls gelockert und es stehen mehr Betten als Plätze für Patient:innen zur Verfügung (vgl. S.27 Z.11). Darüber hinaus haben die Fachkräfte durch den Neubau „einen großen Raumgewinn. Es gibt für die Jugendlichen viel viel mehr Platz, viel viel mehr Rückzugsmöglichkeiten auch“ (S.25 Z.25-26). Diese Gegebenheiten können präventiv auf Krisen, Eskalationen und grenzverletzendes Verhalten wirken, sowie den Umgang mit letzteren für die Mitarbeiter:innen erleichtern. Die KJP1 nutzt außerdem einen Time-Out- Raum, um krisenhafte Zustände und Situationen gemeinsam mit den Patient:innen zu überstehen (vgl. S.18 Z.7-10).

In der **KJP2** führen die Fachkräfte an, dass sie viel **mehr Bedarf an räumlichen Gegebenheiten**, wie in KJP1 zu finden ist, haben (S.20 Z. 36-37). Im Rahmen von Krisen ist es nicht möglich die Mitpatient:innen vor diesen schwierigen Situationen abzuschirmen. Trotz großem Bemühen um deeskalierendes Arbeiten führen **Krisen einzelner** aufgrund der baulichen Bedingungen zur **Belastung aller** (S.23 Z.26-32).

Darüber hinaus wird im Rahmen des Transkripts der KJP2 deutlich, dass die baulichen Rahmenbedingungen die Erfolge in der Behandlung der jungen Menschen beeinflussen. Speziell der geschlossene Klinikbereich, für den es **keinen geschlossenen Außenbereich** gibt, birgt Krisenpotential für die Jugendlichen. Diese haben in diesem Bereich bspw. keine Möglichkeit zu Rauchen (S.16 Z.33-36). Darüber hinaus wird die Sorge betont, dass sie aufgrund mangelnden Raums in Krisen andere Patient:innen verletzen (vgl. S.21 Z.4-9). Es herrscht die Überzeugung vor, dass größere Erfolge erzielt werden könnten, wenn ihnen **mehr Raum**, speziell im Außenbereich zur Verfügung stände und die jungen Menschen nicht nur auf ihren Zimmer eingesperrt wären (vgl. S.16 Z.39; S.17 Z.1-2).

Außerdem wird deutlich, dass für **Kinder geschützte (Außen-) Bereiche** benötigt werden, in welchen sie sich körperlich ausagieren können und so Spannungen in ihren Körpern abbauen können. Im Rahmen eines solchen geschützten Bereichs können Beziehungsangebote gemacht werden und den Bedürfnissen der jüngeren Patient:innen nach **Bewegung und Spiel** begegnet werden (S.16 Z.23-30). Es finden sich außerdem Hinweise für die Relevanz von baulichen Rahmenbedingungen im Hinblick auf Deeskalationen, da die Wahl der richtigen Räumlichkeit und des Rahmens deeskalierend wirkt (S. 14 Z.27-28, S.15 Z.17-18).

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

In den Transkripten der KJH wird zum Teil auf ähnliche Aspekte von Beschaffenheit der baulichen Rahmenbedingungen eingegangen.

In der **KJH1** wird deutlich, dass ihre Flure und Wegeflächen **großzügig gestaltet** sind. Jedoch ist der Treppenbereich **schlecht einsehbar**, weshalb es zu Gewalt und grenzverletzendem Verhalten kommen kann, was von den Mitarbeiter:innen nur schwer zu kontrollieren ist (S.12 Z.9-16). Durch die **Hellhörigkeit** der Räume kann es außerdem zu gegenseitigem Triggern und Übertragen von Emotionen kommen, was sich kontraproduktiv für die Deeskalation von angespannten Situationen auswirkt (S.12 Z.23-25). Die Möglichkeit der Gestaltung von Situationen durch eine Umgebung mit **Fluchtwegen**, kann Eskalationen vorbeugen (S.19 Z.10-14). Darüber hinaus ist der Aufbau hilfreich, dass jeder junge Mensch ein eigenes Zimmer und somit Schutzraum für sich hat (vgl. S.11 Z.28-29). Darüber hinaus verfügt die Wohngruppe über eine Vielzahl an Räumen wie einen **Toberaum**, einen **Kreativraum** und ein **Snoozelraum**. Die Kinder haben daher viele Möglichkeiten sich zurückzuziehen, um zur Ruhe zu kommen, sich auszuagieren und anderen Bedarfen nachzugehen (vgl. S.12 Z. 6-7). Dies kann in Krisen für sie hilfreich sein, da sie sich selbst einen Raum suchen können, der individuell für sie deeskalierend wirkt (vgl. S.13 Z.13-17).

In der **KJH2** wird ebenfalls auf die Beschaffenheit der Flure eingegangen. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass diese Bereiche **sehr eng** sind und aufgrund des wenigen Raumes dafür sorgen kann, „dass die nochmal mehr eskalieren, weil es einfach sehr eng ist“ (S.8 Z.20-22). Zudem wird erneut betont, wie bedeutsam die Möglichkeit eines Fluchtweges bei großer Anspannung ist und welche Bedeutung demnach die räumliche Gestaltung der Einrichtung hat (S. 4 Z. 6-10). Außerdem haben die Bewohner:innen der KJH2 wie in der KJH1 grundsätzlich **eigene Zimmer**. Dieser Rückzugsort wird von den Mitarbeiter:innen nur bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung betreten (vgl. gS.8 Z. 8-10). In der KJH2 findet sich wie in der KJH1 für die jungen Menschen die Möglichkeit sich körperlich auszuagieren, da ein **Boxsack** zur Verfügung steht (S.7 Z.37).

6.7.2 Strukturelle Rahmenbedingungen

Die strukturellen Rahmenbedingungen in KJP und KJH bedingen den Alltag mit „Systemsprenger:innen“ und entsprechend den Umgang mit Krisen, sowie grenzverletzendem Verhalten. Bedeutsame Aspekte der vorliegenden Transkripte werden im Folgenden dargelegt.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der **KJP1** wird, wenn der Bedarf von Patient:innen auf den Station nicht zu händeln ist, ein Wechsel auf die Akutstation vorgesehen. Diese hat oftmals jedoch **keine freien Betten**.

Entsprechend kommt es zu der Frage, ob eine zweite Akutstation notwendig ist (S.38 Z.8-24). Die Klinik erhebt relevante Aspekte ihrer Arbeit. Im Rahmen dessen wurde festgestellt, dass es bestimmte Zeiten gibt, in denen es zu mehr Eskalationen und Krisen kommt. Hierzu zählen die Zeit der **Dienstübergabe** (S.26 Z.15-17). Um der anstrengenden Arbeit zu begegnen haben die Fachkräfte in der Klinik die Möglichkeit, **Belastungsanzeigen** zu stellen und somit auf eine Überlastung im Arbeitsbereich hinzuweisen (S.32 Z.7-9). Sie können durch diese Möglichkeit konkret benennen, was zu der Überlastung führt, wie beispielsweise Personalmangel oder die Intensität der Arbeit (S.11 Z.32-25). Zudem findet sich in der KJP1 ein **betriebliches Gesundheitsmanagement**. Die zuständigen Kolleg:innen haben einen Blick auf das Wohlergehen der Mitarbeiter:innen, vor allem nach der Nutzung des Notrufsystems. Für neue Mitarbeiter:innen ist dies eine wichtige Anlaufstelle. Bei Vorfällen wird von der/dem zuständigen Mitarbeiter:in Termine mit betroffenen Fachkräften abgesprochen (vgl. S.24 Z.2-7). Durch die **multiprofessionelle Konstellation** (siehe Kapitel 6.6.2) kann außerdem deeskalierend auf Situationen eingewirkt werden (vgl. S.35 Z.8–11).

In der **KJP2** finden sich Hinweise auf weitere strukturelle Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel, dass es für viele junge Menschen die „Hölle“ (S.15, Z.33) ist ihre Mobiltelefone in der Klinik abzugeben. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass die Umsetzung der Haltung gegenüber den jungen Menschen in der Krise Deeskalation begünstigen kann. Es ginge darum sich von einer „Krankenhaus- Überzeugung“ (S.27 Z.10) zu entfernen und **Fehlerfreudigkeit zu leben**. Dabei ist es entscheidend, inwiefern die Geschäftsführung mit ihrer Haltung dahintersteht. Dies zeigt sich in der Ausstattung und Gestaltung der Zimmer, was wiederum unmittelbaren Einfluss auf das Verhalten der jungen Menschen hat. Wenn es aussieht „wie im Knast und dann wunder ich mich, dass die sich benehmen wie im Knast“ (S.27 Z.16-17). Dementsprechend sind genutzte Tools nur so viel wert wie die Haltung in diesem Berufsfeld (vgl. S.27 Z.7-18). Dies greift erneut die Grundhaltung (siehe Kapitel 6.2) auf.

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

In der KJH legen die strukturellen Rahmenbedingungen ebenso die Grundsteine für den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten von (hoch-) belasteten Kindern und Jugendlichen. In den Fokus rückt im Transkript der **KJH1** der **Betreuungsschlüssel**. In Krisensituationen ist es von enormen Vorteil, wenn man nicht allein im Dienst ist und zu zweit zusammenbleiben kann bis die Situation besser einzuschätzen ist (vgl. S.5 Z.16-17). Insgesamt erscheint es sinnvoll mit mehreren Mitarbeiter:innen Dienste zu arbeiten. Dies ist jedoch in vielen Einrichtungen aufgrund des Betreuungsschlüssels nicht möglich (vgl. S.20 Z.5-7). In Hauptzeiten zu zweit oder sogar zu dritt im Dienst zu sein bietet die Möglichkeit der Reflektion von schwierigen Situationen, welches für die Fachkräfte und die zu Betreuenden sehr hilfreich

ist (vgl. S.9 Z.26-29). Gleichzeitig bietet der Schichtdienst die Schwierigkeit, dass **keine Nachbesprechung** möglich ist. Ist das Kind noch zu aufgeregt oder zu erschöpft nach einer Krise und die beteiligte Fachkraft in den nächsten Tagen nicht im Dienst, erschwert dies die Umsetzung einer Reflektion und der gemeinsamen Nachbesprechung (vgl. S.6 Z.32-35). Insgesamt scheint ein **strukturiertes Vorgehen** vermisst zu werden (vgl. S.7 Z.29-30). Zusätzlich scheint es an geeigneten Konsequenzen und einem geeigneten Umgang sowie angemessener Sprache zu fehlen (S.17 Z.5-7).

Im Transkript der **KJH2** wird deutlich, dass im Kontrast zur (geschlossenen) Unterbringung in KJP, die Türen stets offen sind und die Jugendlichen dementsprechend jederzeit die Wohngruppe verlassen können (vgl. S.8 Z.1-2). Der Aspekt der Verantwortung der Mitarbeiter:innen im Rahmen von strukturellen Rahmenbedingungen betrifft die jungen Menschen, die sich selbst verletzen und trotz Notwendigkeit die ärztliche Versorgung verwehren (vgl. S.11 Z.42-45). Es gilt stets die **Balance** zu suchen zwischen **Sicherstellung des körperlichen Wohls und des Bindungsaufbaus**. In der KJH2 wird ebenfalls herausgestellt, dass Doppelbesetzungen zur Entlastung der Mitarbeiter:innen sehr hilfreich sind. Zudem können so die Bedürfnisse der Gruppe und nicht nur der einzelnen Person in Krise mehr abgesichert zu werden. Diese Dienste zu zweit wurden in einer akuten Phase mit vielen Krisen eingeführt (vgl. S.16 Z.36-39). Dennoch ist man, wie in der KJH üblich, „dann nachts/äh/ dementsprechend alleine“ (S.13 Z.22). Selbst wenn ein junger Mensch zur Belastungsprobe aus der Klinik für eine Nacht in die KJH2 kommt, muss dieser von vornherein möglicherweise kritischer Dienst **alleine** absolviert werden (vgl. S.13 Z.22-26). Die Mitarbeiter:innen der KJH2 sind jedoch, wie bereits in 6.5.2 aufgezeigt wurde, ebenfalls **privat zu erreichen** und übernehmen somit eine unentgeltliche Rufbereitschaft, wenn keine offizielle eingeteilt ist (vgl. S.17 Z.15-17). Des Weiteren kommen Kolleg:innen nach Dienstende in die Wohngruppe zurück, wenn Kolleg:innen im Nachtdienst mit dem Verhalten einzelner stark überfordert ist (vgl. S.16 Z.33-45). Nur durch Zufall entstehen Situationen, wie bei Teamsitzungen, wo viele Menschen die Situation beurteilen können und gemeinsam zu einem Umgang mit der Krise kommen (vgl. S.3 Z.6-8). Wie in der KJH1 wird deutlich, dass es für Krisen **wenig strukturiertes Vorgehen** gibt. So wird zwar von Notfallplänen gesprochen, diese sind aber auf der mentalen Ebene der Mitarbeiter:innen individuell und laufen ohne konkrete Struktur, fast unterbewusst, ab (vgl. S.12 Z.43/S.13 Z.1-7). Dies stellt einen entscheidenden Unterschied zu fest etablierten Abläufen und konkreten Absprachen in den zwei KJPs dar.

7. Diskussion

Im Rahmen der Ausarbeitung wurden fünf zentrale Kategorien mit verschiedenen Unterkategorien identifiziert, dessen Ergebnisse im Rahmen der Analyse der Daten in Kapitel 6 zusammengetragen sind. Die für die Forschungsfrage relevanten Ergebnisse werden vergleichend mit Bezug zur theoretischen Einführung im Hinblick auf traumapädagogischen Umgang mit grenzverletzendem Verhalten vor dem aktuellen Forschungsstand diskutiert. Auf Basis dessen ist im Wesentlichen zu beurteilen, wie sich eine traumapädagogische Haltung auf den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten in der KJP und der KJH ausübt. Im Fokus steht hierbei ein Vergleich zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen, im Rahmen dessen Unterschiede und Gemeinsamkeiten diskutiert werden. Unter anderem ist das Ziel dieser Arbeit, durch den Vergleich einen umfassenden Beitrag zu der Erkennung und Befriedigung der Bedürfnisse von „Systemsprenger:innen“ zu leisten. Dementsprechend wird nachgezeichnet, inwiefern Traumapädagogik dazu beitragen kann, die verunsicherten und verhaltensauffälligen jungen Menschen zu stärken, in ihrer Entwicklung zu stabilisieren und zu fördern.

Die leitende Forschungsfrage lautet:

„Wie wird Traumapädagogik zum Umgang mit grenzverletzendem Verhalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie stationärer Kinder- und Jugendhilfe angewandt?“

Die in der Darstellung der Ergebnisse genutzte Unterteilung in KJP1 und KJP2, sowie KJH1 und KJH2 wird im Folgenden nicht hervorgehoben. Für eine strukturierte Darstellung der Ergebnisse ist die Unterteilung im Sinne der Übersichtlichkeit hilfreich. Im Rahmen der Diskussion verlagert sich der Fokus auf verallgemeinernde Rückschlüsse für die stationären Einrichtungen. In der Darstellung der Ergebnisse wird deutlich, dass durch bestehende Unterschiede in ihren Strukturen zwischen KJP1 und KJP2 (z.B. in Räumlichkeiten, Bettenbelegungsplan), sowie zwischen KJH1 und KJH2 (Schwerpunkte, Gruppengröße, Altersstruktur) weitere Unterschiede für den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten vorhanden sind. Die Ergebnisse sind daher grundsätzlich differenziert zu betrachten. Finden sich für die einzelnen Unterkategorien keine Ergebnisse in jeweils einer der Einrichtungen, werden die Ergebnisse der jeweils anderen Einrichtungen als bedeutsam gewertet. Diese fehlenden Ergebnisse werden in Kapitel 8.2 (Grenzen des Forschungsdesigns) erneut aufgegriffen und mögliche methodische Gründe hierfür aufgezeigt.

Grundsätzlich lässt sich im Hinblick auf die traumapädagogische **Grundhaltung** in den zwei Einrichtungssettings festhalten, dass diese bei den Mitarbeiter:innen implementiert zu sein

scheint, wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen und Deutlichkeit in den Unterkategorien.

Die Unterschiede finden sich im Bereich der **Transparenz** hinsichtlich dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen. Im Bereich der KJP wird an dieser Stelle deutlich, dass es an Transparenz fehlt. Gemeinsam nutzen beide KJP und KJH Ankündigungen, Erklärungen, sowie offene und transparente Kommunikation, um den jungen Menschen Transparenz für ihren Lebensraum und Alltag zu bieten. Durch diese Ansätze kann ein Bewusstsein bei den jungen Menschen für die eigene Verantwortlichkeit für den Verlauf einer Situation gefördert werden. Inwiefern im Bereich der KJP der Einsatz von Zwangsmaßnahmen transparenter gestaltet werden kann, so dass die jungen Menschen sich auf diese einstellen können, bleibt weiter zu hinterfragen. Möglich ist zudem, dass durch den hohen Grad der Anspannung in (psychiatrischen) Krisen keine kognitive Verarbeitung der Informationen mehr erfolgen kann und somit die jungen Menschen nicht erkennen können, welches notwendige Schritte sind, um sich zu stabilisieren. Möglich ist jedoch ebenso, dass die Mitarbeiter:innen auf den Aspekt der Transparenz für Zwangsmaßnahmen noch weiter geschult und sensibilisiert werden müssen. Diesbezüglich lässt sich zusätzlich ein Hinweis aus der EVAS-Studie aufgreifen. Dieser besagt, dass für eine effektive Umsetzung von Transparenz diese adressatengerecht aufgebaut sein muss (vgl. Macsenaere und Feist-Ortsmanns 2021, 95)

Die Ergebnisse hinsichtlich der Implementierung von **Partizipation** und entsprechenden Ansätzen verdeutlichen große Unterschiede in den stationären Einrichtungen. In der KJH findet Partizipation Raum und wird durch das Konzept forciert. Dies widerspricht der Annahme der österreichischen Studie, dass die KJH „als ein Regelsystem mit fehlenden partizipativen Elementen erlebt wird“ (Cinkl 2021, 107). Durch im Rahmen der Vorschriften der Kliniken notwendige Maßnahmen, wie die Durchsuchung von privaten Gegenständen im Sinne der Sicherheit aller und der Abgabe der Handys wird den jungen Menschen ein Recht auf Teilhabe und Gestaltung ihrer (Lebens-)Situation abgenommen. Unterschiede können somit in strukturellen Rahmenbedingungen vermutet werden, da in der Klinik andere Sicherheitsaspekte zu erfüllen sind als in der KJH. Eine weitere Rahmenbedingung, die Einfluss auf Partizipation nimmt, ist die Volljährigkeit und somit die in Deutschland (rechtliche) Eigenverantwortlichkeit. Es wäre wünschenswert für die KJP, dass wie in der KJH feste Maßnahmen wie ein Beschwerdemanagement oder Kinderkonferenzen aufgebaut und im Konzept der Kliniken verankert werden. Dies stellt kein Risiko für die Sicherheitsaspekte dar, benötigt jedoch einen zeitlichen Aufwand und das Engagement der Mitarbeiter:innen. Deswegen erscheint für diesen Aspekt eine weitere Sensibilisierung sinnvoll und erforderlich. Die EVAS-Studie zeigte diesbezüglich ebenfalls auf, dass im Rahmen der Partizipation von „Systemsprenger:innen“ auf

eine adressatengerechte Gestaltung der Teilhabe geachtet werden muss (vgl. Macsenaere und Feist-Ortsmanns 2021, 95).

Im Hinblick auf eine gelebte **Wertschätzung** der „Systemsprenger:innen“ und ihren schwierigen Verhaltensweisen als Überlebensstrategien zeigt sich eben dies in beiden Einrichtungen. Hierbei ist eine wertfreie und wertschätzende Haltung, Verständnis und Ernstnehmen der Kinder und Jugendlichen relevant. Durch diese kann sich das Selbstbild der jungen Menschen positiv entwickeln, sowie ihr Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein wachsen lassen (vgl. BAG Traumapädagogik 2013, 88) In der KJP wird hierbei zusätzlich darauf geachtet, dass der Verbleib im Sinne des sicheren Ortes nicht in Frage gestellt wird. Dieses wäre im Bereich der KJH ebenfalls zu fokussieren, um den verunsicherten Kindern und Jugendlichen langfristige Perspektiven und Sicherheit zu vermitteln.

Die **Annahme des guten Grundes** wird in beiden Einrichtungen als wertvoller Ansatz zur Deeskalation von Krisen und grenzverletzendem Verhalten betrachtet. Er fördert das Verständnis der Mitarbeiter:innen für das Agieren der jungen Menschen und somit die Wertschätzung von ihnen. Dies stimmt mit der in Kapitel 3.2.1 dargestellten Ansicht überein, dass die Annahme des guten Grundes „die Grundlage eines verstehenden Zugangs bildet“ (Gebrande 2021, 138).

Sowohl in der KJP als auch in der KJH finden sich jeweils eine Aussage, in der der gute Grund des Verhaltens des jungen Menschen nicht gesucht oder hinterfragt wird (vgl. KJP2 S.10 Z.14-23; KJH1 S.3 Z.390-31). Die Fachkraft in der KJP2, die dieses äußert, hat die Fortbildungen KDM, ProDeMa und traumasensible Deeskalation besucht und verfügt über elf bis fünfzehn Jahre an Berufserfahrung mit Kindern und Jugendlichen. Es sollte demnach entsprechendes Wissen vorhanden sein. Denkbare mögliche Gründe sind eine Überlastung der Fachkraft, fehlendes Wissen trotz Fortbildungen oder ein Mangel an Selbstreflektionsfähigkeiten. Rückschlüsse über die Äußerung in der KJH1 sind durch methodische Rahmenbedingungen erschwert. Es handelt sich um eine Aussage der interviewenden Person, die jedoch in der befragten Wohngruppe arbeitet und die beschriebene Krisensituation miterlebt hat. Aufgrund des Fehlens der entsprechenden soziodemografischen Daten des Interviewers können Gründe, wie Berufserfahrung oder Fortbildungen nicht hinterfragt werden. Dieser Punkt wird ebenfalls in Kapitel 8.2 aufgegriffen werden.

Hinsichtlich der **Förderung** der (hoch-)belasteten jungen Menschen sind in KJP und KJH die Mitarbeiter:innen überzeugt von der deeskalierenden und beruhigenden Wirkung des **Spiegels** von Verhalten und Gefühlen. Da insbesondere traumatisierte junge Menschen oftmals ambivalent in ihrem Verhalten sind, ist die Widerspiegelung der Wahrnehmungen von außen

zudem förderlich für das Erleben von **Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung**. Das Spiegeln kann den jungen Menschen helfen, ihr eigenes Verhalten besser zu verstehen und somit mit der Zeit ebenso besser steuern zu können. Letzteres wird über das Spiegeln hinaus in der KJH aktiv forciert, da die jungen Menschen lernen, für sie hilfreiche Strategien der Selbstregulation anzuwenden. Im Rahmen der KJP finden sich für die Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung keine Hinweise, die über Spiegelungen hinaus gehen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die jungen Menschen in der Klinik, im Rahmen von Therapien, Skills für den Umgang mit den eigenen Gefühlen erlernen. Dies ist notwendig, um (selbst-)verletzendes Verhalten regulieren zu lernen und somit entsprechend Selbstwirksamkeitserfahrungen zu fördern. Gründe für die fehlende Präsenz in den Transkripten können beispielsweise in der Art und Weise der Befragung vermutet werden. Zusätzlich kann die Hypothese aufgestellt werden, dass ebenfalls Raum für körperliches Ausagieren, wie er in den KJH integriert ist, helfen kann, sich selber zu spüren und die Wahrnehmung, dass man etwas bewegt, angeregt werden kann.

Die Ergebnisse der Kategorie des **Beziehungs(-angebots)** lassen sich darüber hinaus vor dem Hintergrund der Forschungsfrage vergleichend diskutieren. In beiden Einrichtungssettings wird die Bedeutung von **Bindung** und (hoch-)belasteten jungen Menschen herausgestellt. Offene und wertfreie Kommunikation entsprechend der Transparenz, über schwierige Themen, wie Suizidgedanken, schafft eine vertrauensvolle Basis zwischen Mitarbeiter:innen und „Systemsprenger:innen“. Der positive Kontakt und die Beziehung zählt zu den Deeskalationsmethoden in der KJH und in der KJP. Die Bindung kann in letzterer Fremdgefährdung, welches grenzverletzendes Verhalten verkörpert, verhindern. Für den Umgang mit Krisen wird aufgezeigt, dass ohne gute Bindung Interventionen nur schlecht greifen können. Dies ist speziell von Bedeutung zur Begegnung von grenzverletzendem Verhalten. In der KJP können strukturelle Rahmenbedingungen, wie Hygienevorschriften, den Beziehungsaufbau erschweren. Dies stellt in den Interviews der KJH kein Thema dar. Insgesamt scheint es weniger (strukturelle) Hindernisse im Rahmen der KJH bezüglich aktivem Bindungsaufbaus zu geben. So stellt eine Fachkraft der KJP ebenfalls heraus, dass es für sie bei geschlossener Unterbringung schwer ist, Unternehmungen, wie Spaziergänge, die Bindung fördern, umzusetzen. Durch die in der Regel langfristig ausgelegte und die an der Lebenswelt orientierte Maßnahme der KJH, hat diese an dieser Stelle einen Vorteil gegenüber der KJP. Den Spagat, den die KJP vollbringen muss, um Klinikvorschriften umzusetzen und gleichzeitig Bindungsaufbau zu ermöglichen, ist in der KJH weniger vorzufinden. Die Vorschriften der KJH sind an dieser Stelle deutlich weniger streng ausgelegt als in einem Krankenhaus, welches den Beziehungsaufbau erleichtern kann. Das Spannungsfeld der KJP ist demnach in der KJH kaum

präsent Die Mitarbeiter:innen können im Rahmen des alltäglichen Zusammenlebens den Bindungsaufbau anders forcieren. Der im Forschungsstand aufgezeigte erhöhte Bedarf für Beziehungsarbeit im Rahmen der KJH (vgl. Cinkl 2021, 104) scheint durch die vorliegende Ausarbeitung nicht gegeben. Dieses Ergebnis müsste jedoch durch eine Erhebung mit den Adressat:innen überprüft werden.

Die Bindung zwischen Fachkraft und jungen Menschen wird unmittelbar durch die (Grund-) Haltung, sowie der Fähigkeit die eigene Rolle (**Rolle der Fachkräfte**) zu reflektieren, bestimmt. Dies zeigt das mehrfach aufgegriffene Zusammenspiel zwischen den Analyse kategorien/Leitlinien der Traumapädagogik auf. Ein Bewusstsein über die eigene Rolle und Professionalität findet sich vorrangig in den Transkripten der KJP wieder. Klare Haltung und Authentizität in der Arbeit vermitteln den jungen Menschen Sicherheit und können so zur Deeskalation von Krisen beitragen. Deutlich wird, dass die Haltung der Fachkräfte und demnach die Verinnerlichung von traumapädagogischem Handeln um einiges bedeutsamer eingeschätzt wird als das Erlernen bestimmter Techniken für Krisenmanagement und Deeskalation. Professionelles und ruhiges Auftreten und Handeln der Mitarbeiter:innen in allen Bereichen sorgt dafür, dass junge Leute in Krisen „zurückrudern“ können und sich demnach die Situation entspannen kann. Das klare, transparente Handeln auf der Beziehungsebene bewirkt, dass weniger Zwangsmaßnahmen und körperliche Begrenzungen nötig sind. Diese Ergebnisse stimmen auch mit der Studie von Lammers aus dem Jahr 2019 überein. Die Ausstrahlung von Sicherheit, sowie Selbstbewusstsein und Durchsetzungsvermögen, welche einer klaren Haltung und Authentizität entsprechen, kann der Ausübung von Gewalt ausgehend von den jungen Menschen gegen Fachkräfte entgegenwirken (vgl. Lammers 2019, 204). Es ist zu berücksichtigen, dass das Gegenteil von Sicherheit, Angst, „der Motor aggressiven Verhaltens“ (Murken 2012, 109) ist. In der KJP finden sich für die Kategorie: Selbstreflektionsfähigkeiten der Mitarbeiter:innen, der eigenen (traumapädagogischen) Haltung, das Aufzeigen eigener Grenzen im Sinne der Authentizität, Beständigkeit in Kommunikation, in Handlung und strukturiertem Handeln (z.B. Krisenteam). Gemeinsam haben KJP und KJH das Wahren eines gesunden Abstandes (Nähe und Distanz), die Bedeutung der Ruhe der Fachkraft und die Selbstreflektionsfähigkeiten. Inwiefern letztere in den verschiedenen Einrichtungen ermöglicht werden, wird im Rahmen der Kategorie Nachsorge und Reflektionsmöglichkeiten betrachtet.

Das geringere Bewusstsein der für die Rolle der Fachkraft relevanten Punkte von Fachkräften in den Wohngruppen im Vergleich zu der KJP kann als gewaltbegünstigender Faktor gewertet werden (vgl. Lammers 2019, 204). Demnach kann durch erhöhtes Aufkommen von grenzverletzendem Verhalten den Umgang mit jenem erschweren.

Die **Struktur und Sicherheit**, die es im Sinne des sicheren Ortes, für die (traumatisierten) Kinder und Jugendlichen aufzubauen gilt, konnte in beiden Einrichtungssettings aufgezeigt werden. Entsprechende **Strukturen**, die für Berechenbarkeit und somit Orientierung sorgen, zeigen sich in der KJP, sowie in der KJH deutlich. Es zeigt sich zusätzlich, dass im Bereich der KJP in den Tageszeiten, in denen weniger Strukturen bestehen, mehr Konflikte und Eskalationen vonstattengehen. Dies hebt die Bedeutung der Strukturen für „Systemsprenger:innen“ zusätzlich hervor. Da diese jeweils nur in einer KJP und einer KJH betont werden, lässt es vermuten, dass noch eine größere Präsenz im Allgemeinen für beide Einrichtungen sinnvoll ist.

Für die Unterkategorie der **Regeln und Grenzen**, welche ebenfalls für notwendige Orientierung sorgt, lässt sich eine größere Spannbreite an Ergebnissen feststellen. In der KJP und in der KJH finden sich Hinweise, dass Bereitschaft besteht, Regeln und Grenzen an die Bedürfnisse Einzelner anzupassen. In beiden Bereichen finden sich außerdem Sanktionierungen bei Regelverstößen. Im Gegensatz zur KJH findet sich bei der KJP zusätzlich der Ansatz, dass Deeskalation immer Vorfahrt vor Grenzsetzungen hat. Da dies im Kontext von Krisen und grenzverletzendem Verhalten ein entscheidender Unterschied in der Haltung sein kann, um eine Zuspitzung der Situation zu verhindern, ist eine entsprechende Sensibilisierung der Mitarbeiter:innen für diesen Ansatz zu empfehlen.

Der Faktor des **Gruppensettings** darf für den Punkt der Struktur und Sicherheit in KJP und KJH nicht außer Acht gelassen werden. Die leitende Frage ist entsprechend: **Schutz für alle?** Im Bereich der KJP wird auf viele Wechsel und damit einhergehende Unruhe in der Gruppe hingewiesen. Dieses findet sich in der KJH nicht wieder. An dieser Stelle lässt sich vermuten, dass durch die langfristige Ausrichtung der stationären Maßnahmen (siehe Tabelle Kapitel 2.3) der Hilfen zur Erziehung weniger Bewegung in der Gruppenkonstellation ist und somit dieses ein kleineres Thema in der KJH darstellt. Aufgrund der Ausrichtung der KJP für Behandlung von akuten Krisen erscheinen die vielen Wechsel kaum vermeidbar.

Als Vorteil findet sich in der KJP jedoch ein Isolierungsbereich, der die Isolation einzelner Kinder und Jugendlichen ermöglicht. Dies geschieht vor dem Hintergrund, wenn eine zu große Gefahr für die anderen Patient:innen besteht und stellt somit ein entscheidendes Instrument für Sicherheit im Gruppensetting dar. Eine Integration eines solchen Bereiches für die KJH erscheint sinnvoll. Für die Umsetzung ist jedoch die Anpassung der strukturellen Rahmenbedingungen des Betreuungsschlüssels ebenfalls notwendig. In der KJP gelingt es durch die personelle Aufstellung für einzelne Patient:innen im Isolierungsbereich eine Eins-zu-eins Betreuung zu ermöglichen. Der Isolierungsbereich alleine, ohne mehr Ressourcen im Personal wäre für die KJH demnach keine tatsächliche Hilfe.

Damit einhergehend zeigt sich ein weiteres Ergebnis. Die Herausforderung der KJH zwischen Sicherstellung des Wohls von jungen Menschen in Krisen, der Fachkraft selbst und der Gruppe ist in der KJP nicht vorhanden. Die Ursache hierfür lässt sich in der Tatsache begründen, dass mehr Personal vor Ort ist und in Krisen Notrufsysteme, sowie Krisenteams etabliert sind. Die Fachkräfte sind demnach in Krisensituationen, im Gegensatz zu Mitarbeiter:innen der KJH, die mindestens die Nacht alleine vor Ort sind, nie auf sich gestellt und haben stets Unterstützung. Dies spricht ebenfalls für eine Anpassung des Betreuungsschlüssels und entsprechenden Finanzierungsmöglichkeiten durch das Jugendamt. Hierfür müssen jedoch Politik und Gesetzgebung die diesbezüglichen Missstände in der KJH anerkennen und verändern (wollen).

Ein Thema, welches sich auch nur in der KJH findet, ist die Hellhörigkeit der Räumlichkeiten. Dieses sorgt für gegenseitiges Triggern und entsprechenden Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene. Durch Veränderungen der baulichen Rahmenbedingungen ließe sich diesem vorbeugen und ein Auslöser für grenzverletzendes Verhalten verringern. Durch geteilte Bereiche wie Gruppenräume und dem gemeinsam ausgerichteten Alltag besteht weiterhin Raum zum gegenseitigen Triggern. Dieses findet sich jedoch auch in der KJP und ist durch die einzelnen Patient:innen und Gruppenmitglieder mit ihren individuellen Biografien, Problemen und komplexen Hilfebedarfen kaum vermeidbar.

In der KJP wird zusätzlich die Gruppenkonstellation als belastender Faktor herausgestellt. Hierdurch kommt es zu einem erhöhten Aggressionsaufkommen. Auf diese Schwierigkeit wird in den Interviews mit der KJH nicht hingewiesen. Doch ebenso in diesem Einrichtungssetting ist davon auszugehen, dass es im Zusammenleben der jungen Menschen zu einem großen Aggressionspotential und somit Gewaltvorfällen kommt. Die Nicht- Thematisierung lässt sich ebenfalls im Bereich des methodischen Vorgehens und in der Rolle von den Interviewer:innen vermuten (siehe Kapitel 8.2).

Die traumapädagogische Leitlinie, entsprechend dem sicheren Ort, der **„geschützte Handlungsraum“ für die Fachkräfte** brachte weitere wichtige Erkenntnisse hervor. Für die Unterkategorie **Aus- und Fortbildung** wurden im Vergleich zwischen KJP und KJH große Differenzen sichtbar. Dieser Eindruck wird zusätzlich durch die erhobenen soziodemografischen Daten der Teilnehmer:innen bestätigt. Während in der KJP Fortbildungen für den Bereich der Traumasensibilität und Deeskalation verpflichtend sind, scheint in der KJH keinerlei Struktur diesbezüglich zu bestehen. In KJP muss mindestens eine Grundschulung erfolgen und dann, je nach Klinik, jährlich oder spätestens alle drei Jahre weitere Fortbildungen absolviert werden. Zusätzlich finden sich auf jeder Station Kolleg:innen, die spezifische Ausbildungen im Umgang mit grenzverletzendem Verhalten und „Systemsprenger:innen“

involvieren, abgeschlossen haben und dieses Wissen im Klinikalltag nutzen, sowie weitergeben können. Die Fachkräfte der KJP nehmen sich selbst entsprechend als gut geschult wahr, was ihnen ein Gefühl von Sicherheit geben kann und den Kindern und Jugendlichen in Krisen zugutekommt. Die im Rahmen der verpflichtenden Fortbildungen geschulten Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln Handlungssicherheit und können Deeskalationen im Sinne von „zurückrudern“ der Patient:innen unterstützen. Diese Ergebnisse stützen den Ansatz der Traumapädagogik, dass die Entwicklung der Kinder durch die Stärkung der Mitarbeiter:innen im Hinblick auf Sicherheit und Selbstwirksamkeit gefördert wird (vgl. Schmid, Purtscher-Penz und Stellermann-Strehlow 2017, 189). Einrichtungen und Settings können außerdem nur greifen, wenn die Fachkräfte nicht mit einer ständigen Überforderung in ihrer täglichen Arbeit zu kämpfen haben (vgl. Baumann 2019, 27). Nur Mitarbeiter:innen vom Sekretariat und den Lehrer:innen fehlt es an entsprechenden Fortbildungen. Die Fachkräfte fordern dieses jedoch und betonen die Bedeutung des sensiblen Umgangs mit (traumatisierten) Patient:innen. Dies bestätigt ebenfalls die Aussage der Studie vom UKE, dass „[d]ie Vermittlung von Traumawissen und Traumasensitivität [...] für alle Berufsgruppen, die Umgang mit Kindern und Jugendlichen haben, zwingend erforderlich“ (Pawils, et al. 2017, 83) ist.

Deutlich wird ebenso, dass sich durch die vielen Qualifikationen für den Bereich von Traumatisierungen feste Ablaufpläne für Krisen auf den Stationen etabliert werden konnten. Es bestehen demnach Konzepte in Bezug auf Gewalt. Das Fehlen dieser zählt als Faktor, der Gewaltvorfälle begünstigt. Dies ist in der KJH der Fall.

Außerdem weisen die Transkripte der KJH darauf hin, dass keine gezielten Aus- und Fortbildungskonzepte bestehen und die Qualifikationen der Mitarbeiter:innen deutlich weniger ausgeprägt sind als in der KJP. Bei den interviewten Mitarbeiter:innen wird durch Aussagen sowie der Erhebung der soziodemografischen Daten deutlich, dass etwaige Fortbildungen, selbst bei der Teamleitung sehr lange, bis zu 10 Jahren, zurückliegen. Dieses Merkmal stellt die Strukturqualität der Einrichtung in Frage. Doch diese Qualität ist relevant für das Erreichen positiver Effekte im Hilfeverlauf und somit kann unzureichende Qualifikation von Mitarbeiter:innen den Hilfeverlauf negativ beeinflussen (vgl. Macsenaere und Feist-Ortsmanns 2021, 95).

Diese besuchten Fortbildungen entsprechen, wie man dem Anhang VIII (Tabelle KJH2) entnehmen kann, ein- oder zweitägigen Fortbildungen. Es ist fraglich, inwiefern die hierbei erworbenen Kenntnisse und Grundlagen im Alltag einen Unterschied machen. Kurse, wie das KDM, welches bereits in Kapitel 2.4 aufgegriffen wurde, umfassen fünf Tage á acht Stunden. Da es sich bei der KJH2 explizit um eine Einrichtung für junge Menschen mit großen psychischen Auffälligkeiten handelt, sticht der Mangel an Fort- und Weiterbildung

schwerwiegend hervor. Aufgrund der Häufung im Bereich der Kurse bei allen Teilnehmer:innen der KJP und der, besonders im direkten Vergleich, geringen Kursabsolvierung der Fachkräfte der KJH lässt dies bereits erste Vermutungen für den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten aus traumapädagogischer Perspektive zu. Die Vermutung liegt nahe, dass die aufgezeigten Unsicherheiten im Rahmen der Rolle der Fachkraft und fehlende Sicherheit für passenden Umgang/Sprache auf fehlende Qualifikation und Ausbildung der Mitarbeiter:innen für das Klientel der „Systemsprenger:innen“ zurückzuführen sind. Das unterschiedliche Vorwissen bei den Befragten beeinflusst den effektiven Umgang mit grenzverletzendem Verhalten und verdeutlicht erneut die Dringlichkeit für fest etablierte Krisenpläne und frühzeitige Absprachen, um auf Krisen zu reagieren (vgl. Groen und Jörns-Prentati 2018, 74). Entsprechend Kapitel 2.2 müssen diese Krisenpläne neben internen, begleitenden Maßnahmen ebenso externe Kooperation mit beispielsweise der KJP implizieren (vgl. T. Lang 2013, 327).

Ein weiterer Aspekt, der den Handlungsraum der Fachkräfte schützt, ist die **Unterstützung von Kolleg:innen**. In KJP und KJH wird die Bedeutung dieses Aspekts gesehen und geschätzt. Es findet sich jeweils ein unterstützendes Klima im Team. In beiden Einrichtungen fühlen sich die Mitarbeiter:innen unterstützt und gesehen. In der KJH wird hierbei ebenfalls die Rolle der Leitung hervorgehoben. Diese kann belastete Mitarbeiter:innen nach Krisen und schwierigen Diensten auffangen und mit wertschätzendem Austausch unterstützen. Jedoch muss aus gegebenem Anlass an dieser Stelle auf die geringen Qualifikationen für den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten verwiesen werden. Es ist fraglich, inwieweit diese wahrgenommene Unterstützung im Sinne der Professionalität abgesichert ist oder es sich um improvisierte Hilfestellungen handelt.

Für den Bereich der KJP lässt sich die Vermutung aufstellen, dass die Rolle der Leitung weniger bedeutsam ist, da das Setting insgesamt personell gut aufgestellt ist und sich vor Ort immer Kolleg:innen zum Nachbesprechen von Krisen oder anderen Schwierigkeiten in den Diensten finden.

Kritisch zu hinterfragen ist außerdem, dass die Unterstützung durch Kolleg:innen in der KJH in der Regel damit einhergeht, dass der unterstützende Austausch über das Telefon oder direkt vor Ort von Kolleg:innen zu Lasten derer Freizeit stattfindet. Rufbereitschaft wird hier übernommen, obwohl dies der Dienstplan nicht vorsieht. Es findet somit keine Entlohnung der Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeiten statt und erschwert ein tatsächliches Abschalten außerhalb der Dienste. Entsprechend fehlt ein Ausgleich zu herausfordernden Arbeitszeiten. Im Hinblick auf die Bedeutung der Rolle der Fachkraft und der Bedeutung von mentaler Gesundheit für Fachkräfte, die mit psychisch belasteten, jungen Menschen arbeiten, ist die

allzeitliche Unterstützungsbereitschaft der Kolleg:innen zwar als engagiert, jedoch gleichzeitig als kritisch für ihre (fehlende) Selbstfürsorge zu bewerten, auch wenn dies den Mitarbeiter:innen im Dienst eine kurzfristige Unterstützung und Entlastung bietet. Die Nachhaltigkeit dieser aufopfernden Arbeitseinstellung ist zu hinterfragen und steht im Gegensatz zu dem traumapädagogischen Ansatz. Inwiefern den Mitarbeiter:innen keine Wahl gelassen wird, da sich in der KJH in den Nächten stets nur eine Fachkraft vor Ort befindet, muss an dieser Stelle als Gedanke offengelassen werden.

Zudem kann in der KJH im Gegensatz zur KJP nicht auf Strukturen, wie ein Krisenteam oder Notrufsystem, in akuten Situationen zurückgegriffen werden. Demnach müssen Mitarbeiter:innen der KJH in akuten Situationen schnell und gezielt handeln, um den jungen Menschen in der Krise zu schützen, sich selbst und die übrigen Bewohner:innen in Sicherheit zu bringen. Dies kann nur gelingen durch konkrete Handlungspläne für Krisen, welche festgelegt und etabliert sind. Diese sind jedoch laut den geführten Interviews nicht gegeben. Strukturiertes Vorgehen wird von den Fachkräften vermisst, ebenso wie geeignete Konsequenzen und Umgang für und mit schwierigen Situationen. Selbst angemessene Sprache scheint den Mitarbeiter:innen Schwierigkeiten zu bereiten. Das Vorgehen hier, wie ein mehrstufiger Krisenplan in der KJP, ist in der KJH in der Regel nicht festgelegt und es gibt „[k]eine Konzepte in Bezug auf Gewalt“ (vgl. Lammers, 205). Im Gegensatz zur KJP werden in der KJH die Mitarbeiter:innen mit den Krisen und den entsprechenden Umgang, sowie Entscheidungen, die zu treffen sind, allein gelassen. Diese fehlenden Strukturen sowie die Problematik des Betreuungsschlüssels für die Tage, jedoch insbesondere für die Nächte stellen schwierigste strukturelle Rahmenbedingungen für einen guten und effektiven Umgang mit grenzverletzendem Verhalten (von „Systemsprenger:innen“) dar. Im Idealfall arbeitet man in der KJH zu Kernzeiten im Doppeldienst. Die Nächte werden jedoch von einer Person alleine abgedeckt. Kommt es in diesem Zeitfenster zu Krisen, besteht lediglich die Möglichkeit, und dies nicht immer, eine Rufbereitschaft zu alarmieren. Der Betreuungsschlüssel birgt für den geschützten Handlungsraum der Fachkraft ein großes Risiko. Es entstehen Gefühle der Überforderung bei der Fachkraft im Dienst und bei den kontaktierten Mitarbeiter:innen, die sich bereit erklären außerhalb ihrer Arbeitszeiten erreichbar zu sein.

Die **Nachsorge** für Mitarbeiter:innen in der KJP umfasst ein großes Spektrum an Unterstützungsmöglichkeiten, wie Supervisionen. Neben kollegialen Gesprächen können Einzelsupervisionen, Sitzungen mit außerhäuslichen und neutralen Supervisor:innen, monatlichen Fallsupervisionen, zweimal im Jahr stattfindende Teamsupervision genutzt werden. Die individuellen Bedarfe können mit der Stationsleitung abgesprochen werden. Insgesamt wird viel Wert auf Raum für Nachbesprechungen gelegt.

Im Bereich der KJH wird ebenso viel Wert auf die Möglichkeit der Nachbesprechungen gelegt. Hierbei werden wöchentliche Dienstbesprechungen genutzt, um grenzverletzendes Verhalten und schwierige Situationen zu reflektieren. Ähnlich wie in der KJP findet sich die Möglichkeit zur Nachsorge und Reflektion Supervisionen zu nutzen. Im Vergleich zur KJP herrschen bei den Mitarbeiter:innen der KJH Unsicherheiten vor, inwiefern sie weitere Formen der Supervisionen, wie sie in der KJP bestehen, wie Einzelsupervision oder außerhäusliche Supervision, einfordern und nutzen können. Anhand dieser Tatsache lässt sich spekulieren, dass in der KJP mehr Finanzierungsmöglichkeiten für Mitarbeiterfürsorge bestehen, als in der KJH. Es besteht Bedarf für erweiterte Ressourcen, ein umfassenderes Angebot und mehr Offenheit im Bereich der Nachsorge für die Maßnahmen gemäß des SGB VIII, wie es im klinischen Setting der KJP zu finden ist. Inwiefern dieser Unterschied zwischen KJP und KJH strukturellen Rahmenbedingungen, wie Finanzierung, geschuldet ist, lässt sich nur annehmen.

Die Ergebnisse der Kategorie „**Rahmenbedingungen für den ‚sicheren Ort‘**“ wurden bis zu diesem Punkt der Diskussion, eingebettet in den Kontext für die entsprechenden Kategorien, bereits aufgegriffen und dargestellt.

Im Rahmen der ersten Sichtung des Datenmaterials und der Erstellung des Kodierleitfadens in einer Überarbeitungsschleife hat sich bestätigt, dass die verschiedenen Kategorien der Traumapädagogik eng miteinander verknüpft sind. Speziell sind die baulichen Rahmenbedingungen der stationären Einrichtungen von Aspekten wie der vorgegebenen Struktur der Organisation, der gesetzlichen Struktur und den finanziellen Möglichkeiten, beeinflusst. Die baulichen Rahmenbedingungen können maßgeblich dazu beitragen entweder die Wahrscheinlichkeit zu verringern (genügend Raum, Weite) oder zu vergrößern (Enge, Hellhörigkeit), dass es zu Situationen mit grenzverletzendem Verhalten kommt. Dementsprechend sind die verschiedenen Kategorien und Unterkategorien nie einzeln, sondern als Ganzes zu betrachten.

Viele der dargestellten Erkenntnisse des Vergleichs der KJP und KJH bestätigten die in Kapitel 2.2 dargelegte Gegenüberstellung der Einrichtungen. Entsprechend zeichnen sich bestehende Unterschiede und Gemeinsamkeiten für den (traumapädagogischen) Umgang mit grenzverletzendem Verhalten ab.

8. Fazit

Diese Forschungsarbeit fokussiert sich auf den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe aus traumapädagogischer Perspektive. Die Ergebnisse werden in Kapitel 8.1 in Kürze zusammenfassend dargestellt werde. Darüber hinaus werden die Grenzen dieser Arbeit (Kapitel 8.2) benannt und kritisch reflektiert. Der letzte Teil der Arbeit (Kapitel 8.3) umfasst basierend auf den vorliegenden Ergebnissen ein Ausblick für „Systemsprenger:innen“.

8.1 Zusammenfassung

Diese Forschungsarbeit fokussiert Die zunehmende Thematisierung von sogenannten „Systemsprenger:innen“ rückt die im Hilfesystem involvierten (stationären) Einrichtungen in den Fokus. Diese haben die Aufgabe die hohen und zugleich individuellen Bedarfe der jungen Menschen zu bedienen. Der empirische Vergleich von der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der stationären Kinder- und Jugendhilfe, basierend auf qualitativer Forschung, bringt entscheidende Hinweise für einen (gelingenderen) Umgang mit grenzverletzendem Verhalten im Rahmen der Traumapädagogik.

Bezüglich einer traumapädagogischen Grundhaltung konnte in beiden Bereichen hierfür ein Bewusstsein erkannt und dargestellt werden. In der KJP bedarf es jedoch der Sensibilisierung der spezifischen Sicherstellung von Transparenz bei dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen gegenüber den jungen Menschen in Krise. Ebenfalls ist in der KJP eine feste Implementierung, von Teilhabemaßnahmen wie Kinderkonferenzen, welche in der KJH gegeben sind, wünschenswert. Trotz erschwelter struktureller Bedingungen durch die Sicherstellung von Krankenhaus- und Hygienevorschriften, kann und muss für den Aspekt der Partizipation ein erweitertes Bewusstsein geschaffen werden. In beiden Bereichen kann ein wertschätzender, verstehender Zugang zu den „Systemsprenger:innen“ aufgezeigt werden. Dieses wird gleichermaßen durch die in die Arbeit implementierte Annahme des guten Grundes gefördert.

Bei der Förderung der (hoch-)belasteten jungen Menschen wird in der KJP und in der KJH deutlich, dass die Methode des Spiegelns einen wichtigen Beitrag im Sinne von Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung leistet. Für letzteres kann hervorgehoben werden, dass im klinischen und im pädagogischen Setting mit den Kindern und Jugendlichen daran gearbeitet wird die erlebten Kontrollverluste im Rahmen von Traumatisierungen zu korrigieren.

Die Erkenntnisse der vorliegenden Ausarbeitung verdeutlichen außerdem, dass für gelingende Interventionen bei grenzverletzendem Verhalten eine gute Bindung zwischen Mitarbeiter:in und dem jungen Mensch bestehen muss. Diese Bindung wird durch eine entsprechende

(traumapädagogische) Grundhaltung begünstigt und ist im Hinblick auf Deeskalation entscheidend für den Verlauf von Krisen.

Im Hinblick auf die Reflektion der eigenen Rolle der Fachkräfte, welche Grundlage für eine gute Bindung ist, zeigten sich zwischen den beiden Bereichen Unterschiede. In der KJP zeigt sich deutlich mehr Aufschluss über die eigene Rolle im Helfersystem. Für die KJH ist es empfehlenswert die aufgezeigten Aspekte im Bereich der KJP ebenfalls voranzutreiben. Hierzu zählen die Mitarbeiter:innen in ihren Selbstreflektionsfähigkeiten weiter zu stärken, die Bedeutung von Authentizität im Arbeiten zu betonen und Beständigkeit in Kommunikation und Handeln stärker zu forcieren. Dieses benötigt Ressourcen, wie (Einzel-)Supervisionen, aber auch Fort- und Weiterbildungen.

Insbesondere im Hinblick auf Fortbildungen kann aufgezeigt werden, dass hier eine Veränderung für die KJH dringend notwendig ist. Es scheint kein (verpflichtendes) Konzept für Fortbildungen zu geben. In der KJP ist dieses fest integriert und sichert regelmäßige Wissenserweiterung und -auffrischung ihrer Mitarbeiter:innen. In der KJH wird deutlich, dass die Qualifikationen der Fachkräfte für Traumapädagogik und Deeskalation, dementsprechend dem Umgang mit grenzverletzendem Verhalten, nicht gesichert sind. Es besteht dringender Bedarf für ein gezieltes und verpflichtendes Schulungsprogramm der Mitarbeiter:innen, welche in ihrem pädagogischen Alltag mit komplexen Bedarfslagen und herausfordernden Verhaltensweisen konfrontiert sind.

Die Förderung von Wissen kann ihnen zu mehr Sicherheit in ihrer Rolle als Fachkraft verhelfen, Sicherheit für ihr Handeln und somit letztlich zu mehr Sicherheit bei den Kindern und Jugendlichen führen. Dies entspricht der Traumapädagogik, in deren Zentrum, durch die Stärkung der Sicherheit von den Mitarbeiter:innen die Kinder zu fördern, steht.

Damit einhergehend ist außerdem hervorzuheben, dass es in der KJH an Strukturen und Konzepten für den Umgang mit Krisensituationen und Gewalt fehlt. Dies begünstigt Gewaltvorfälle und steht der Sicherheit der Mitarbeiter:innen im Weg. Die Mitarbeiter:innen in der KJP sind in diesem Bereich mit konkretem, strukturierten Vorgehen und Plänen, sowie Sicherheitsgefühlen basierend auf einem umfassenden Fortbildungsangebot, ausgestattet.

Ein weiterer Aspekt, der in KJP Sicherheit geben kann, ist die gute Aufstellung in Krisensituationen. Es finden sich Notrufsysteme und Krisenteams, die bei Bedarf zur Unterstützung der einzelnen Kolleg:innen zusammenkommen. Aufgrund des Betreuungsschlüssels und fehlenden Konzepten für den Umgang mit Gewalt und Krisen, ist dies in der KJH nicht sichergestellt. Die Mitarbeiter:innen im pädagogischen Setting sehen sich alleine mit schwierigen Verhaltensweisen konfrontiert und müssen spontan, ohne

Unterstützungen handeln und Entscheidungen treffen. Dies gefährdet Mitarbeiter:innen, die jungen Menschen in Krise und außerdem die anderen Bewohner:innen der Wohngruppen. Hier bedarf es an der Implementierung von strukturierten Krisenplänen, aber ebenso ein Umdenken in höheren Ebenen von Politik und Jugendamt, damit insbesondere auch in Nächten Doppeldienste möglich sind.

Die Kategorie des Gruppensettings brachte entsprechend des Personalschlüssels in der KJH hervor, dass die Mitarbeiter:innen Schwierigkeiten haben, die Bedarfe aller bei Krisen einzeln abzudecken. In der KJP ist dies kein Thema. Dies wird zusätzlich davon gestärkt, dass räumliche Gegebenheiten (Isolierungsbereich, Time-Out Raum) bestehen, um einzelne Kinder und Jugendliche zum Schutz von sich selbst, sowie der Gruppe im Eins-zu-Eins-Setting zu betreuen. Eine Implementierung ähnlicher Bereiche in der KJH, zusammen mit konkreten Handlungsvorschriften und -plänen, erscheint erstrebenswert. Diesbezüglich ist die Politik gefragt, um finanzielle Möglichkeiten für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe zu schaffen.

Es zeigte sich insgesamt, dass Rahmenbedingungen deutlichen Einfluss auf die Umsetzung traumapädagogischer Leitlinien nehmen und entsprechend ebenfalls den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten beeinflussen. Speziell der Aspekt von mehr Raum kann Krisen und grenzverletzendes Verhalten vorbeugen. Strukturelle Rahmenbedingungen bedingen insbesondere in der KJH die Umsetzung der Traumapädagogik negativ, da die Mitarbeiter:innen und somit Bestandteil der Traumapädagogik, die durch ihre eigene Sicherheit in ihrer Arbeit, den Kindern Sicherheit vermitteln sollen, kein ausreichendes Fortbildungsangebot bekommen, oder dieses nicht verpflichtend ist und somit zu wenig genutzt wird.

Die vorliegende Ausarbeitung kann dazu beitragen, die engere Zusammenarbeit zwischen KJP und KJH zu fördern, in dem durch die aufgezeigten Gemeinsamkeiten und Unterschiede das Handeln in den beiden Settings aufeinander abgestimmt werden kann.

Insgesamt konnte bestätigt werden, dass Traumapädagogik ein vielversprechender Ansatz für die KJP und die KJH ist, um grenzverletzendem Verhalten im Sinne der Bedürfnisse von „Systemsprenger:innen“ zu begegnen. Die dargestellten Leitlinien der Traumapädagogik fanden sich, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, in allen vier Interviews wieder und zählen zu den deeskalierenden Ansätzen und Methoden, um grenzverletzendes Verhalten vorzubeugen und ggf. zu begegnen. Der pädagogische Ansatz der Traumapädagogik stellt hierbei jedoch nur einen Aspekt der Unterstützung dar. Deutlich ist, dass die (hoch-)belasteten jungen Menschen in der KJH darüber hinaus enge therapeutische Begleitung benötigen. Die jungen Menschen in KJP benötigen ebenso diese enge therapeutische Begleitung, über den

Aufenthalt in der Klinik hinaus. Für beide Bereiche gilt, dass es einer langfristigen Planung bedarf und Perspektiven gemeinsam mit den Betroffenen geschaffen werden müssen. Hierbei nimmt die Ebene der Politik und Gesetzgebung als strukturelle Rahmenbedingung, sowie die Umsetzung dieser in den Jugendämtern eine bedeutsame Rolle ein. Entsprechend den aufgezeigten Defiziten im Rahmen des aktuellen Forschungsstandes gilt es, passende Maßnahmen zu er- bzw. überarbeiten. Hierbei ist es sinnvoll sich an traumapädagogischen Leitlinien zu orientieren, die den „Systemsprenger:innen“ ein Ankommen in den Maßnahmen erleichtern und somit für Sicherheit und Orientierung bei ihnen sorgen können.

8.2 Grenzen des Forschungsdesigns

Bevor die vorliegende Arbeit sich erneut der Forschungsfrage in einem abschließenden Fazit widmet, wird im Folgenden die Grenzen des Forschungsdesigns aufgezeigt.

Die Methode der Fokusgruppe ist ursprünglich für eine Gruppe an Personen ausgelegt, die sich untereinander nicht kennen (siehe Kapitel 5.3). In den durchgeführten Interviews bestanden die Fokusgruppen jedoch aus Kolleg:innen, welche in der KJP oder in der KJH zusammenarbeiten. Die Beziehung der interviewten Personen untereinander oder sozialer Druck im Allgemeinen können sich auf den Interviewverlauf auswirken. Dies kann trotz notwendiger ausgleichender Moderation im Rahmen der Fokusgruppengespräche die Offenheit bzw. Ehrlichkeit der Antworten der Teilnehmenden beeinflussen (vgl. Bohnsack, Geimer und Meuser 2018, 127 f.). Ebenso hat die Rolle des/der Moderator:in Einfluss auf den Interviewverlauf. Durch Fragen oder Rückmeldungen kann Einfluss auf den Gesprächsfluss genommen werden und Ergebnisse in der Kommunikation entstehen.

Im Interview der KJH1 muss außerdem darauf hingewiesen werden, dass die interviewende Person selbst in der Wohngruppe als Fachkraft angestellt ist. Dies kann zu einem Rollenkonflikt führen, aufgrund der nicht vorhandenen Neutralität in der Aufgabe der Moderation. Außerdem muss insbesondere in diesem Interview mit eingeschränkten Einblicken gerechnet werden, aufgrund der bestehenden professionellen und ggf. ebenfalls privaten Beziehung zwischen Befragten und der interviewenden Person. Zudem können im Hinblick auf eine getätigte Aussage von letzterem keine Rückschlüsse gezogen werden, da diese Person nicht in den soziodemografischen Daten der Wohngruppe erfasst wurde. Über etwaige Fortbildungen und Berufserfahrungen fehlt somit für die Analyse entscheidendes Hintergrundwissen.

Im Hinblick auf die Auswertung der soziodemografischen Daten ist außerdem auf weitere Personen hinzuweisen, dessen Daten nicht erfasst werden konnten und ein nachträgliches Einholen der Informationen ebenfalls nicht erfolgreich verlief. Hierbei handelt es sich jedoch lediglich um eine Person bei der KJH2. Für die Fokusgruppe der KJH1 fehlen die Angaben des

höchsten Abschlusses und der ggf. vorhandenen Berufserfahrungen im Gesundheitssystem. Diese fehlenden Daten haben möglicherweise Interpretationen beeinflusst oder über die dargestellten Ergebnisse hinaus Rückschlüsse verhindert.

Die gewählten Orte für die Interviews, zumindest in dem Interview mit der TWG, umfasste das Büro in der Wohngruppe. Dies zählt für die Mitarbeiter:innen nicht zu einem neutralen Ort.

Die Vergleichbarkeit zwischen den Einrichtungen der KJH ist eingeschränkt, da die therapeutische Wohngruppe hauptsächlich Klient:innen hat, die volljährig sind. In der anderen Wohngruppe findet sich ein Altersspektrum von deutlich jüngeren Klient:innen. Bei der Auswahl der zu vergleichenden Interviews hätte besser darauf geachtet werden können, dass die Betroffenen in den Einrichtungen dasselbe oder ein vergleichbares Alter haben. So bestehen unterschiedliche rechtliche Anforderungen an die Einrichtungen. Auf der anderen Seite ist es jedoch durch die so entstandenen Ergebnisse für die Zielgruppe der „Systemsprenger:innen“ möglich, für ein sehr großes Altersspektrum Rückschlüsse zu ziehen.

Es muss zudem kritisch erwähnt werden, dass bezüglich einiger Leitlinien, wie bei der TWG die Leitlinie des guten Grundes sich kaum Rückschlüsse diskutieren lassen, da keine entsprechenden Textstellen vorzufinden sind. Dies kann lediglich als ein Hinweis auf fehlendes Bewusstsein über den „guten Grund“ sein oder beispielsweise der Methode der Sekundäranalyse geschuldet sein. Ebenfalls können mögliche Erklärungen in der Moderator:in, der Gesprächssituation oder auch Gruppenkonstellation begründet liegen.

Die unterschiedlichen Zahlen für die Wortmeldungen, welche in Kapitel 6.1 dargelegt wurden, lassen außerdem vermuten, dass die Gruppengröße in einigen Interviews nicht optimal gewählt war. Die wenigen Wortmeldungen einzelner Teilnehmer:innen in der KJP2 (7 Teilnehmer:innen), sowie in der KJH2 (7 Teilnehmer:innen) lassen vermuten, dass in großen Gruppen die einzelnen Personen nicht genügend Redeanteil erhalten. Dies kann, entsprechend der Methodik (siehe Kapitel 5.4), ebenfalls ein Hinweis darauf sein, dass die Moderation, die darauf achtet, dass für alle Beteiligten die Möglichkeit zur Äußerung der eigenen Meinung besteht, Potential zur Verbesserung enthält. Da in der KJP1(4 Teilnehmer:innen) und KJH2 (3 Teilnehmer:innen) die Gewichtung der Wortmeldungen dahingehend verläuft, dass alle Beteiligten in der kleineren Konstellation der Fokusgruppe mehr Raum für Äußerungen hatten. Wie in Kapitel 5.3 dargelegt, können die sozialen Einflussfaktoren, wie sozialer Druck oder die Beziehung untereinander, in einer Fokusgruppe bestehend aus Kolleg:innen, jedoch ebenso die Wortmeldungen der Einzelnen beeinflussen. .

Zudem können aufgrund der Auswahl des Samplings keine regionalen Unterschiede herausgearbeitet werden, da alle Interviews im Bundesland Hamburg stattgefunden haben. Andere Regionen, entsprechend unterschiedliche Gesetzgebungen und entsprechende

Unterschiede in strukturellen Bedingungen können nicht hinterfragt werden. Des Weiteren kann die Ausarbeitung keinen Aufschluss über mögliche bestehende Unterschiede zwischen Stadt und Land geben. Die Interviews haben alle in Einrichtungen in einer Großstadt stattgefunden. Ein spannender Aspekt für zukünftige wissenschaftliche Ausarbeitungen wäre gewiss, zu überprüfen, inwiefern ein Unterschied zu KJP und KJH im ländlichen Raum besteht. Im Hinblick auf den Umgang mit grenzverletzenden Verhalten können keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Fachkräften gezogen werden, da die Stichprobe zu gering ist.

In den thematischen Blöcken des Interviewleitfadens (siehe Anhang III) ist die Frage nach „Systemsprenger:innen“ nicht explizit enthalten. Doch die beschriebenen Vorfälle der Interviewten verdeutlichen immer wiederkehrendes auffälliges, massiv grenzverletzendes Verhalten. Außerdem wurde bei einer ersten Sichtung der erhobenen Daten bereits deutlich, dass die beschriebenen Kinder und Jugendlichen in Krisensituationen oftmals jene jungen Menschen sind, die zwischen Einrichtungen hin und her wechseln. So waren einige beschriebene Klient:innen aus der KJP, ebenso in der KJH bekannt und andersherum. Der thematische Schwerpunkt der Interviews lag zwar auf Deeskalationsmethoden im Umgang mit den Betroffenen. Jedoch wurde an keiner Stelle explizit nach Traumapädagogik gefragt. Zu Beginn der Auseinandersetzung mit den aufbereiteten Daten wurde allerdings deutlich, dass sich in allen Transkripten der Interviews direkte oder indirekte Ansprachen (Kernmerkmale wie Partizipation und Transparenz) zu traumasensiblen Arbeiten und Traumapädagogik finden lassen. Diese Erkenntnisse verdeutlichen die Relevanz der Ergebnisse im Rahmen der Sekundäranalyse.

Insgesamt sind aufgrund des Umfangs von zwei Interviews pro Einrichtung alle Schlussfolgerungen und Verallgemeinerungen, die im Rahmen der Diskussion gezogen werden, stets mit Einschränkung zu betrachten und durch weitere Forschungen zu überprüfen.

8.3 Ausblick (für „Systemsprenger:innen“)

Im Rahmen der vier Interviews wurde ebenfalls auf die Zielgruppe der vorliegenden Ausarbeitung eingegangen, obwohl die Thematik nicht im Interviewleitfaden zu finden ist. Die Äußerungen werden im Folgenden zusammengetragen und der Ausblick für weitere Forschungsarbeiten aufgestellt.

Im Hinblick auf „Systemsprenger:innen“ werden in den Transkripten die Grenzen der Möglichkeiten in der geschlossenen Unterbringung der KJP deutlich. Die Notwendigkeit mit den jungen Menschen trotz einer geschlossenen Unterbringung die Klinik zu verlassen, gilt es gegenüber Außenstehenden, ggf. der Polizei, zu rechtfertigen (vgl. KJP1 S. 30 Z.35-41).

Die Mitarbeiter:innen sind stets bemüht Versorgungsoptionen für die Bedarfe der „Systemsprenger:innen“ zu entwickeln. Das Ziel ist es, zu verhindern, dass die jungen Menschen in ein Spannungsfeld geraten, in dem sie ohne entsprechendes Konzept aufgenommen werden, weil sie in ihrer aktuellen Notlage für die Gesellschaft zu gefährlich sind. Dies sei für die Entwicklung dieser jungen Menschen und für die Mitarbeiter:innen nachteilig (vgl. KJP2 S.9 Z.28-35). Sie beschreiben die Rolle der Klinik, dass diese sich oft in einer „Missbrauchsposition“ (KJP2 S.9 Z.15) befindet: „Wir werden benutzt für irgendwas, weil es in der Jugendhilfe keine Perspektive gab, zu dieser Zeit für impulsiv-aggressive autistische Jugendliche“ (KJP2 S.9 Z.15-17). Dieses Vorgehen birgt für die Betroffenen keinen Mehrwert und es fehlt an Perspektiven, was wiederum zu einem erhöhten Krisenaufkommen führen kann (vgl. KJP2 S.9 Z.10-18).

Schwierig für „Systemsprenger:innen“ im Rahmen der KJH ist, dass der Ansatz für einen guten Umgang fehlt und wenig Optionen bzw. Alternativen bestehen. Kliniken entlassen die jungen Menschen in Krise sehr schnell oder der sozialpsychiatrische Dienst entscheidet sich gegen eine Einweisung und droht den jungen Menschen mit Obdachlosigkeit, wenn die KJH die Grenze zieht und die Unterbringung beendet (vgl. KJH2 S.18 Z.20-23). Zudem äußern die Mitarbeiter:innen im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den Kliniken ein Gefühl des im Stich gelassen seins und gezwungen zu sein Verantwortung für Dinge zu übernehmen, welche den rechtlichen Rahmen der stationären Jugendhilfemaßnahme weit überschreitet. Doch die Mitarbeiter:innen machen es trotzdem, „weil/äh/ die Klinik ihre Regeln hat und nach ihren Regeln spielt“ (vgl. S.19 Z.34-35). Aufgrund der nächtlichen Bereitschaftszeit und der personellen Aufstellung insgesamt ist es ihnen kaum möglich, sicherzustellen, dass aus der Klinik entlassene Jugendliche in Sicherheit sind (vgl. S. 20 Z.10-16).

Die Rückmeldungen der Fachkräfte aus den zwei betrachteten Einrichtungssettings der KJP und KJH verdeutlichen die Relevanz einer positiven und effektiven Zusammenarbeit zwischen Klinik und Jugendhilfe, im Sinne des Bedarf der „Systemsprenger:innen“. Die Interaktion wird in der KJH als schwierig wahrgenommen. In der KJP wird besonders darauf hingewiesen, dass die Kliniken missbraucht werden, um junge Menschen mit ihren komplexen Problemlagen aufgrund von fehlenden Alternativen aufzunehmen. Ähnliches wird ebenfalls in der KJH wahrgenommen. Die Mitarbeiter:innen wissen, dass wenn sie eine Grenze ziehen müssen und die Maßnahme beendet werden muss, die jungen Menschen oft keine Alternativen haben und ein Leben auf der Straße droht.

Diesen jungen Menschen mit komplexen Hilfebedarf kann nur durch eine enge Verknüpfung und Zusammenarbeit im Allgemeinen, doch vorrangig in der Hilfeplanung, geholfen werden. Das aufgezeigte Risiko für Chronifizierung von psychischen Problemen betont die

Notwendigkeit einer strukturierten und engeren Zusammenarbeit zwischen den Maßnahmen der KJH und Angebote der KJP (vgl. Seker, et al. 2022, 18). Um die Kooperation zwischen KJP und KJH weiter zu fördern, bedarf es an weiterer Forschung, die an die im Kapitel 4 dargestellten anknüpft. Demnach gilt es den Austausch zwischen den verschiedenen Professionen weiter zu fördern, um ein gegenseitiges Verständnis zu fördern. Dieses kann durch „gemeinsame Fallarbeit und Hospitationen im fachfremden Arbeitsfeld“ (Jörns-Presentati und Groen 2019, 15) unterstützt werden. Neben Problemen an den Schnittstellen sowie ein Mangel an Verfügbarkeit von Maßnahmen und Behandlungsangeboten, insbesondere für vulnerable Gruppen, wie traumatisierten Kindern und Jugendlichen (vgl. Fegert, Kölch und Krüger, et al. 2018, 4 f.). Dieses konnte durch die im Ausblick vorangegangenen Textstellen aus den Transkripten ebenfalls bestätigt werden.

Es bedarf demnach an einer gelingenderen Kooperation, aber auch an (neuen) Systemen, Settings und Maßnahmen, die die traumatisierten jungen Menschen in Schwierigkeiten, nicht sprengen wollen und/oder können. Wie im Forschungsstand aufgezeigt, zeigen sich bei Hilfen nach §35 SGB VIII beispielsweise individual-pädagogisch ausgerichteten Maßnahmen als besonders Erfolgversprechend.

Literaturverzeichnis

Autorengruppe Kinder- und Jugendhilfestatistik (2019): Kinder- und Jugendhilfereport. Eine kennzahlenbasierte Analyse. Leverkusen - Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Baer, Udo (2019): Was hochbelastete Kinder brauchen. Praxishandbuch für die Begleitung und Betreuung. Stuttgart: Klett-Cotta.

BAG Traumapädagogik (2013): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis - und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik, von Birgit Lang, et al., 84-103. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Baierl, Martin (2017): Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Baierl, Martin (2017): Traumaspezifische Bedarfe von Kindern und Jugendlichen. In Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik von Silke Birgitta Gahleitner, 72- 87. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Baierl, Martin/ Götz-Kühne, Cornelia/ Hensel, Thomas/ Lang, Birgit/ Strauss, Jochen (2017): Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik von Silke Birgitta Gahleitner, Thomas Hensel, Martin Baierl, Martin Kühn und Marc Schmid, 59 - 71. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Baumann, Menno (2019): Kinder, die Systeme sprengen. Band 2: Impulse, Zugangswege und hilfreiche Settingbedingungen für Jugendhilfe und Schule.. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH.

Baumann, Menno/ Bolz, Tijs/ Albers, Viviane (2021): Verstehende Diagnostik in der Pädagogik. Weinheim: Beltz Pädagogik.

Bohnsack, Ralf/ Geimer, Alexander/ Meuser, Meuser (2018): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich, 2018.

BundesArbeitsGemeinschaft (2012): Blickpunkt Deeskalation & Freiheitsentzug. Norderstedt: Books on Demand.

Cinkl, Stephan (2021): Selbstdeutung von „Systemsprengern“. Eine österreichische Studie oder warum sozialpädagogische Diagnostik auch bei Kindern und Jugendlichen mit komplexen Hilfebedarf geeignet und notwendig ist. In Systemsprenger*innen. Ressourcenorientierte

Ansätze zu einer defizitären Begrifflichkeit von Daniel Kieslinger, Marc Dressel und Ralph Haar, 99 - 112. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag.

Eilers, Rebekka/ Rosner, Rita (2021) Die einfache und komplexe Posttraumatische Belastungsstörung in der Praxis. In Kindheit und Entwicklung, 1. Juli 2021: 144-153.

Ellmer, Roland/ Thun-Hohenstein, Leonhard (2018) „Krise als Chance. Handlungsleitfaden für die Krisenarbeit mit Kindern und Jugendlichen im Bundesland Salzburg.“ Online verfügbar unter:

[https://www.salzburg.gv.at/soziales_/Documents/HANDLUNGSLEITFADEN%20extern%20LETZTFASSUNG%2019.3.19%20Letztfassung%20Druckversion%20\(002\).pdf](https://www.salzburg.gv.at/soziales_/Documents/HANDLUNGSLEITFADEN%20extern%20LETZTFASSUNG%2019.3.19%20Letztfassung%20Druckversion%20(002).pdf) (Zugriff am 28. 1 2023).

Enders, Ursula/ Eberhardt, Bernd (2007): Schutz von Jugendlichen in der Jugendsozialarbeit vor Grenzverletzungen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Schutzkonzept, Berlin: Deutsches Rotes Kreuz.

Farrenberg, Dominik/ Schulz, Marc (2020): Handlungsfelder Sozialer Arbeit. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Fegert, Jörg M./ Kölch, Michael/ Krüger, Ulrich/ Baumann, Anja E. Baumann (2018): Sachbericht zum Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland - Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_KiJu_Workshop_2018-12-03.pdf (Zugriff am 24. 5 2023).

Fegert, Jörg M./ Kölch, Michael/ Grimm, Saskia (2020): Kontakt mit der Jugendhilfe - Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie - und psychotherapie, von Michael Kölch, Miriam Rassenhofer und Jörg M. Fegert, 693 - 704. Berlin: Springer, 2020.

Fegert, Jörg M./ Schrapper, Christian (2004): Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Flick, Uwe (2017): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Gahleitner, Silke Birgitta (2021): Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kinder- und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. Köln: Psychiatrie Verlag.

Gahleitner, Silke Birgitta (2013): Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe: Weshalb? - Wie?- Wozu? In Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe von Lang Birgit, Ingebor Andreae de Hair, Jacob Bausum, Wilma Weiß und Marc Schmid, 45- 55. Weinheim Basel: Beltz Juventa, 2013.

Gahleitner, Silke Birgitta (2021): Traumatische Erfahrungen und hard to reach. In Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen, von Karsten Giertz, Lisa Große und Silke B. Gahleitner, 38- 47. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Gahleitner, Silke Birgitta/ Hensel, Thomas/ Baierl, Martin/ Kühn, Martin/ Schmid, Marc (2017): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Garbe, Elke (2017): Traumasensible Intervention im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe. Blickpunkt Jugendhilfe. Heft 2, S.3-22.

Gebrande, Julia (2021): Soziale Arbeit nach traumatischen Erfahrungen. Baden - Baden: Nomos, 2021.

Gebrande, Julia (2021): Traumapädagogik für Kinder, die das System sonst sprengt. In Systemsprenger*innen von Daniel Kieslinger, Marc Dressel und Ralph Haar, 159 - 188. Freiburg im Breisgau: Lambertus - Verlag.

Giertz, Karsten/ Große, Lisa/ Gahleitner, Silke B. (2020): Hard-to-reach: Schwer erreichbare Klientel unterstützen. Köln: Psychiatrie Verlag.

Giesen, Anke/ Himpel, Sunke (2012): Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie - Unterschiede kennen und nutzen. In You'll never walk alone: Ein Kooperationsprojekt von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie von H. Adam und M. Hoffmann. Berlin: Verlag Ruhiges Bewegen.

Graßhoff, Gunther (2020): Institutionelle und strukturelle Kooperation bei Systemsprengern: Oder wer sprengt hier wirklich wen? In Hard to reach: Schwer erreichbares Klientel unterstützen von Karsten Giertz, Lisa Große und Silke B. Gahleitner (Hrsg.), 138- 146. Köln: Psychiatrie Verlag.

Grobe, Thomas G./ Szecsenyi, Joachim (2021): BARMER Arztreport 2021. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Berlin: BARMER.

Groen, Gunter/ Jörns-Presentati, Astrid/ Weber, Jack (2020): Grenzgänger und Systemsprenger: von jungen Menschen mit komplexen Hilfebedarf und unzureichenden Hilfen. In *Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen* von Karsten Giertz, Lisa Große und Silke B. Gahlleitner, 82 - 94. Köln: Psychiatrie Verlag.

Groen, Gunter/ Jörns-Presentati, Astrid (2018): Grenzgänger. Kooperative Abstimmung von Hilfen für Kinder und Jugendlichen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag.

Hair, Ingeborg Andreae de/ Basedow, Andrea/ Gies, Hedi/ Haller, Katja/ Köllner, Rita/ Neumann-Schneider, Birgit/ Spelleken-Scheffers, Anna/ Spätling, Richard/ Weihrauch, Jürgen (2022): Traumapädagogisch diagnostisches Verstehen. Weinheim: Beltz Juventa.

Jörns-Presentati, Astrid/ Groen, Gunter (2019): Die Lücke schließen: Zur kooperativen Versorgung belasteter junger Menschen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe. In *Sozialpsychiatrische Informationen*, 3/ 2019: 13-17.

Kieslinger, Daniel/ Dressel, Marc Dressel/ Haar, Ralph (2021): Systemsprenger*innen. Ressourcenorientierte Ansätze zu einer defizitären Begrifflichkeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag.

Kirsch, Veronica/ Rassenhofer, Miriam (2020): Reaktionen auf schwere Belastungen. In *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* von Michael Kölch, Miriam Rassenhofer und Jörg M. Fegert, 285-309 . Berlin: Springer.

Kölch, Michael/ Allroggen, Marc Allroggen/ Fegert, Jörg M. (2020): Rechtliche Aspekte und ethische Fragen in der Kinder und Jugendpsychiatrie. In *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie* von Michael Kölch, Miriam Rassenhofer und Jörg M. Fegert, 645 - 656. Berlin: Springer, 2020.

Kölch, Michael/ Schmid, Marc/ Bienioschek, Stefanie (2021): „Systemsprenger*innen“ - Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Perspektive zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In *Systemsprenger*innen. Ressourcenorientierte Ansätze zu einer defizitären Begrifflichkeit* von Daniel Kieslinger, Marc Dressel und Ralph Haar, 231 - 250. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag.

Kühn, Martin (2023): „Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* von Jacob Bausum, Lutz-Ulrich Besser, Martin Kühn und Wilma Weiß, 26-38. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Lammers, Michaela (2019): Bedingungsfaktoren für Gewalt gegenüber Fachkräften der stationären Kinder- und Jugendhilfe. *Jugendhilfe*, 2/2019: 198-205.

Lamnek, Siegfried/ Krell, Claudia (2016): *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Verlag.

Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Ingeborg Andreae de Hair/ Thomas Wahle/ Lang, Thomas/ Stolz, Adele/ Winarske, Dorothea/ Weiß, Wilma/ Kühn, Martin/ Schmid, Marc/ Bausum, Jacob. (2011): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier des Fachverbands Traumapädagogik e.V. von Fachverband Traumapädagogik. Online verfügbar unter: file:///C:/Users/anna/Downloads/FVTP_Positionspapier_Standards-1.pdf (Zugriff am 27. 05 2023)

Lang, Thomas (2013): Körperliche Gewalt in Wohngruppen der stationären Jugendhilfe. In *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe* von Birgit Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Jacob Bausum, Wilma Weiß und Marc Schmid, 309 - 333. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Leo, Katharina/ Lindenberg, Katajun (2021): Gaming Disorder: Diagnostik und Psychotherapie der neuen ICD-11-Diagnose. *Psychotherapeutenjournal*, 01/ 2021: 6-13.

Macsenaere, Michael/ Feist-Ortsmanns, Monika (2021): „Systemsprenger“ in der Jugendhilfe aus empirischer Sicht. In *Systemsprenger*innen. Ressourcenorientierte Ansätze zu einer defizitären Begrifflichkeit* von Daniel Kieslinger, Marc Dressel und Ralph Haar, 91-98. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Mayring, Philipp (2022): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Basel.

Meier, Andreas (2012): Time-Out: Wege aus der Gewalt. In *Blickpunkt Deeskalation & Freiheitsentzug* von BundesArbeitsGemeinschaft, 267 - 290. Norderstedt: Books on Demand GmbH.

Murken, Ingo (2012): Konflikt- und Deeskalationsmanagement (KDM). In *Blickpunkt Deeskalation & Freiheitsentzug. Deeskalierende und freiheitsentziehende Maßnahmen in Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe*, von BundesArbeitsGemeinschaft, 107 - 124. Norderstedt: Books on Demand GmbH.

Noske, Judith/ Thun-Hohenstein, Leonhard (2020): Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe mit speziellem Schwerpunkt der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in sozialpädagogischen Wohnformen. In *Neuropsychiatrie*, 26. November 2020: 9-16.

Pawils, Silke/ Wlodarczyk, Olga/ Metzner, Franka / Lotzin, Annet/ Schäfer, Ingo (2017): Therapieangebote für psychisch traumatisierte, von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche in Deutschland. Endbericht. Wissenschaftliches Gutachten, Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg.

Rabeneck, Anne (2012): Deeskalationstraining, Gewaltmanagement und Prävention. In *Blickpunkt Deeskalation & Freiheitsentzug. Deeskalierende und freiheitsentziehende Maßnahmen in Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe von BundesArbeitsGemeinschaft*, 67 - 88. Norderstedt: Books on Demand GmbH.

Rabeneck, Anne (2012): Professioneller Umgang mit Aggression und Gewalt. In *Blickpunkt Deeskalation & Freiheitsentzug. Deeskalierende und freiheitsentziehende Maßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe von BundesArbeitsGemeinschaft*, 49 - 66. Norderstedt: Books on Demand GmbH.

Regehr, Cheryl (2011): Crises Theory and Social Work Treatment. In *Social Work Treatment. Interlocking Theoretical Approaches* von Francis J. Turner, 134. New York: Oxford University Press.

Reinders, Heinz (2016): *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH.

Schmid, Marc (2013): Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe* von Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiß und Marc Schmid, 56 - 82. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Schmid, Marc/ Fegert, Jörg M./ Kölch, Michael (2020): Komplex traumatisierte Kinder, Jugendliche und Heranwachsende. In *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* von Michael Kölch, Miriam Rassenhofer und Jörg M. Fegert, 311- 329. Berlin: Springer.

Schmid, Marc/ Purtscher-Penz, Katharina/ Stellermann-Strehlow, Kerstin (2017): Traumasensibilität und traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern* von Silke Birgitta Gahleitner, 174 - 191. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH &Co. KG.

Seker, Süheyla/Bürgin, David/ d'Huart, Delfine/ Schmid, Marc/ Schmeck, Klaus/ Jenkel, Nils/ Fegert, Jörg M./ Steppan, Martin/ Boonmann, Cyril (2022): Der Verlauf von psychischen Problemen bei fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen bis in deren Erwachsenenalter. Eine prospektive Langzeitstudie. In *Kindheit und Entwicklung*, 9 - 21.

Stein, Claudius (2015): *Psychotherapeutische Krisenintervention*. Tübingen: Psychotherapie Verlag.

Vasileva, Mira/ Petermann, Franz/ Fegert, Jörg M. (2015): Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern in der Heimerziehung und in Pflegeverhältnissen. In *Nervenheilkunde*, 1/ 2015: 34 - 42.

Weiß, Wilma (2016): Die Pädagogik der Selbstbemächtigung. In *Handbuch Traumapädagogik von Wilma Weiß, Tanja Kessler und Silke B. Gahleitner*, 93- 105. Weinheim und Basel: Beltz.

Weiß, Wilma (2013): Selbstbemächtigung/Selbstwirksamkeit - ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung. In *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe von Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiß und Marc Schmid*, 145- 156. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Weiß, Wilma/ Kessler, Tanja/ Silke B. Gahleitner (2016): *Handbuch Traumapädagogik*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Weiß, Wilma/ Schirmer, Claudia (2013): Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik. In *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe von Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiß und Marc Schmid*, 106 - 126. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 02.06.2023

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang

I. Projektplakat Safe4Child



ERFAHRUNGEN MIT AGRESSION UND GEWALT IM STATIONÄREN KONTEXT: TEILNEHMENDE FÜR EINE STUDIE GESUCHT FOKUSGRUPPEN UND EINZELINTERVIEWS

Ziel: Erforschung IHRER Erfahrungen und dem Umgang mit Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Kinder- und Jugendhilfe

Die Einzelinterviews / Fokusgruppen dauern ca. 40 bis 60 Minuten und werden von einem Forschungsteam der HAW Hamburg durchgeführt und aufgezeichnet. Sobald die Transkription der Einzelinterviews / Fokusgruppen abgeschlossen ist, werden die Aufzeichnungen gelöscht. Ihre Daten werden im Rahmen der Forschung anonymisiert, so dass auf Basis der Forschungsergebnisse kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist.

Die Forschungsstudie wird ebenfalls in Finnland, Bulgarien und Irland durchgeführt. Die Ergebnisse fließen in die Entwicklung eines innovativen Trainingsprogramms ein, mit dem Ziel Zwangspraktiken und Fixierungs- und Isolierungsmaßnahmen in stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche zu reduzieren.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

**HAW
HAMBURG**

**Wir möchten Ihre
Meinung und
Ansichten zu
Aggression, Gewalt,
Zwang und
Fixierungs- und
Isolierungs-
maßnahmen
kennenlernen**

**Diese Studie wird
von der
Ethikkommission der
HAW Hamburg
beraten**

**Wenn Sie andere
Mitarbeitende kennen,
die an einer Teilnahme
interessiert sein könnten,
können Sie sie gerne zur
Teilnahme einladen**

**BEI INTERESSE MELDEN
SIE SICH BITTE BEI:**

Prof. Dr. Gunter Groen:

**Gunter.groen@haw-
hamburg.de**

(bis Datum)

II. Informationsschreiben Safe4Child



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Safe4Child

**Praktiker:innen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie
und stationären Jugendhilfe für eine Studie gesucht**

Wir laden Sie ein an einer internationalen Studie teilzunehmen, die Erfahrungen und Reaktionen auf Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen in stationären Kontexten untersucht.

Datum/Uhrzeit:

Was diese Studie beinhaltet: Die Studie beinhaltet die Teilnahme (online oder in Präsenz) an einem Einzelinterview oder an einem Fokusgruppen-Interview mit anderen Mitarbeitenden der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der stationären Jugendhilfe (ca. 3-8 Teilnehmer:innen), mit dem Ziel mehr zu Ihren Ansichten zu und Erfahrungen mit Gewalt, Aggression, Zwang und Fixierungs- und Isolierungsmaßnahmen in Ihrem Arbeitsbereich zu erfahren. Ein Forschungsteam der HAW Hamburg führt die Interviews durch. Das Gespräch dauert etwa 40 bis 60 Minuten. Die Interviews werden aufgenommen und transkribiert. Die Transkripte der von Ihnen bereitgestellten Informationen stehen nur dem Team des Safe4Child-Projektes zur Verfügung und werden sicher auf einem verschlüsselten Server gespeichert. Der vertrauliche Umgang mit personenbezogenen Daten und Ihrer Anonymität sind gewährleistet. Beachten Sie jedoch, dass wir die Vertraulichkeit anderer Teilnehmer:innen im Rahmen der Fokusgruppe nicht vollständig garantieren können. Wir bitten daher alle Teilnehmer:innen sämtliche Inhalte der Fokusgruppe vertraulich zu behandeln.

Die Studie wird im Rahmen des EU-Programms Erasmus+ Strategic Partnership finanziert. Das Ziel dieses internationalen, EU-geförderten Projektes ist die Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Trainingsprogramms zum Umgang mit aggressiven und grenzverletzenden Verhalten junger Menschen in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung, in stationärer Inobhutnahme der Kinder- und Jugendhilfe und auch in anderen pädagogischen Bereichen. Durch das Training sollen der Einsatz von restriktiven, freiheitsbeschränkenden, auf Zwang beruhenden Maßnahmen und ebenso aggressive Reaktionen von Fachkräften reduziert werden.

Sollten Sie sich zu irgendeinem Zeitpunkt belastet fühlen, wird das Gespräch sofort abgebrochen. Die Forschungsstudie wurde von der Ethikkommission der HAW

Hamburg beraten. Um die Teilnahme zu bestätigen oder weitere Informationen zu erhalten, wenden Sie sich bitte an: Prof. Dr. Gunter Groen (Datum noch offen):

gunter.groen@haw-hamburg.de

Die im Rahmen der Studie nach Einverständniserklärung der Studienteilnehmer:innen erhobenen Daten, Erfahrungen und Informationen unterliegen den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen.

Sie werden in Papierform und auf Datenträgern bei Prof. Dr. Gunter Groen, HAW Hamburg, Department Soziale Arbeit anonymisiert und transkribiert¹ für die Dauer von **10** Jahren gespeichert. Bei der Anonymisierung werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) nicht gespeichert und die Daten können den Studienteilnehmer:innen nicht mehr zugeordnet werden.

Die Auswertung, Nutzung, Weitergabe und Veröffentlichung der Daten durch den Studienleiter und seine Mitarbeiter:innen erfolgt somit auch in anonymisierter Form. Die Daten können in der Folge durch die Studienteilnehmer:innen nicht eingesehen und diese über anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie auch nicht informiert werden.

Diese Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission der HAW Hamburg beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die anonymisierten Studienunterlagen gewährt werden. Ein Widerruf der Studienteilnahme ist nach der Anonymisierung und Transkription nicht möglich.

¹**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz)

Einverständniserklärung

Ich bin über den Hintergrund der Studie „Safe4Child“ sowie das Vorgehen bei der Verschriftlichung, Datenspeicherung und Auswertung des von mir gegebenen Interviews persönlich und mittels eines Handzettels informiert worden. Mir ist bewusst, dass die Teilnahme an diesem Interview freiwillig ist und ich zu jeder Zeit die Möglichkeit habe, das Interview abubrechen und mein Einverständnis in eine Aufzeichnung und Transkription des Interviews zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin mit damit einverstanden,

- dass das Interview digital aufgezeichnet wird
ja nein
- dass das Interview transkribiert, anonymisiert und in transkribierter Form gespeichert wird
ja nein
- dass das transkribierte und anonymisierte Interview durch das Projektteam Safe4Child zu Forschungszwecken verwendet werden darf.
ja nein

Unter den oben angegebenen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben.

Vor- und Nachname (in Druckschrift)

Ort und Datum

Unterschrift

Die im Rahmen der Studie nach Einverständniserklärung der Studienteilnehmer:innen erhobenen Daten, Erfahrungen und Informationen unterliegen den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen.

Sie werden in Papierform und auf Datenträgern bei Prof. Dr. Gunter Groen, HAW Hamburg, Department Soziale Arbeit anonymisiert und transkribiert¹ für die Dauer von 10 Jahren gespeichert. Bei der Anonymisierung werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) nicht gespeichert und die Daten können dem Studienteilnehmer nicht mehr zugeordnet werden.

Die Auswertung, Nutzung, Weitergabe und Veröffentlichung der Daten durch den Studienleiter und seine Mitarbeiter:innen erfolgt somit auch in anonymisierter Form. Die Daten können in der Folge durch die Studienteilnehmer:innen nicht eingesehen und diese über anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie auch nicht informiert werden.

Diese Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission der HAW Hamburg beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die anonymisierten Studienunterlagen gewährt werden. Ein Widerruf der Studienteilnahme ist nach der Anonymisierung und Transkription nicht möglich.

¹Anonymisieren ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten

und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz)

III. Interviewleitfaden



Halbstrukturiertes Interview im Projekt Safe4Child

Qualitative Befragung von Mitarbeitenden aus der Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu Erfahrungen im Umgang mit Gewalt und Aggression von Klient:innen und der Anwendung von freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen, Zwangsmaßnahmen und anderen disziplinarischen Maßnahmen.

Soziodemografische Daten:

Gender: männlich, weiblich, divers, keine Angabe

Alter: 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60+

Bildungsabschluss: Ausbildung, Bachelor, Master, Promotion

Arbeitsfeld und Rolle:

Organisation: KJPP (+ Station), stationäre Jugendhilfe

Relevante klinische/pädagogische Berufserfahrung in Jahren: 0-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21+

Berufserfahrung in der Arbeit mit Kindern/Jugendlichen in Jahren: 0-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21+

Haben Sie bereits an Deeskalationstrainingsprogrammen teilgenommen: Ja, Nein

Wenn ja, um welches Angebot handelt es sich und in welchem Umfang haben Sie teilgenommen:

- 1. Inwiefern machen Sie Erfahrungen mit Aggressionen und Gewalt in ihrem Arbeitsbereich? Auf welche Art und Weise greifen Sie oder Kolleg:innen ein, wenn ein Kind oder ein:e Jugendliche:r aggressives oder gewalttätiges Verhalten (hierzu gehört auch selbstverletzendes Verhalten) zeigt?**

Original: What are your experiences of aggression and or violence including how you or staff at your centre would intervene when a child or adolescent is experiencing aggressive or violent behaviour (including self- violence, e.g., self-harm) behaviours? Can you tell me a little bit about this?

- 2. Können Sie uns etwas detaillierter über die letzte oder eine besonders eindrucksvolle Situation mit einem aggressiven oder gewalttätigen Kind oder Jugendlichen berichten, die Sie erlebt haben?**

Was war der Auslöser? Wie haben Sie reagiert? Was geschah vor dem Vorfall?

Was bewerten Sie selber als positiv an Ihrer Reaktion in dieser Situation?

Was ist Ihrer Meinung nach nicht so gut gelaufen?

Könnten Sie die Deeskalationsmethoden benennen, die Sie ggf. benutzt haben?

Was würden Sie im Rückblick anders machen?



Original: *Can you walk me through your most recent experience, or an experience you remember well, when a young person was engaging in aggressive or violent behaviour toward themselves or others?*

Prompts: *How did it start? What did you do? What led up to the action taken?*

Can you tell me what went well when responding to this situation?

Can you tell me what did not go so well when responding to this situation?

Can you describe what type of de-escalation techniques you use, if any?

Reflecting on this situation What do you think could have been done differently?

3. Wie werden in Ihrer Einrichtung aggressive oder gewalttätige Vorfälle dokumentiert?

Gibt es hierzu eine interne Vorlage, und wenn ja, welche Informationen werden genau dokumentiert?

Was geschieht, wenn ein solcher Vorfall gemeldet wird?

Gibt es ggf. Hürden, die es schwierig machen, aggressives oder gewalttätiges Verhalten zu melden?

Sind Sie mit der üblichen Art und Weise, wie solche Vorfälle gemeldet und dokumentiert werden, zufrieden? Haben Sie Veränderungsvorschläge?

Original: *How do you report and record aggressive and violent situations?*

Prompts: *Do you use incident forms, if so what is recorded on them?*

What happens when aggressive or violent behaviours are reported?

What type of barriers are there to reporting and recording aggressive or violent incidents?

Are you satisfied with current reporting and recording practices, what do you think could be done differently?

4. Welche Form der Unterstützung erhalten Sie nach einem aggressiven oder gewalttätigen Vorfall?

Erhalten Sie Unterstützung von der Leitungsebene, von Kolleg:innen, in der Supervision, oder gibt es eine Nachbesprechung oder andere Art der Aufbereitung?

Original: *What support do you receive following incidents of aggression and violence?*

Prompts: *Do you receive: management support, peer support, clinical supervision, debriefing?*

5. Gibt es an Ihrem Arbeitsplatz bzw. Arbeitsbereich Rahmenbedingungen oder Umweltfaktoren (z.B. bauliche oder organisatorische Aspekte), die die Wahrscheinlichkeit verringern oder erhöhen, dass ein Kind oder ein:e Jugendliche:r aggressives oder gewalttätiges Verhalten zeigt?

Original: *What environmental issues in your area do you believe contribute both positively and negatively to aggressive or violent incidents?*

6. Was verstehen Sie unter grenzsetzenden oder disziplinarischen Maßnahmen? Was verstehen Sie unter Zwangsmaßnahmen? Was halten Sie von der Art und



<p>Weise, wie die von Ihnen genannten Maßnahmen in Ihrem Arbeitsbereich eingesetzt werden?</p> <p>Original: <i>What is your understanding of restrictive practices? What are your views of how restrictive practices such as(include the practices participants identify to this question) are implemented where you work?</i></p>
<p>7. Aus Ihrer Erfahrung gesprochen, was gilt es zu verbessern oder zu verändern?</p> <p>Original: <i>In your view what kinds of things could be improved or changed from your experience?</i></p>
<p>8. Können Sie ungefähr einschätzen, wie häufig es in Ihrer Einrichtung zur Anwendung von grenzsetzenden und Zwangsmaßnahmen kommt? Wenn es zu solchen Maßnahmen kommt, welche Vorfälle führen hierzu? Wenn solche Maßnahmen nicht eingesetzt werden, welche alternativen Umgangsweisen mit Aggression und Gewalt verhindern diese in Ihrer Einrichtung?</p> <p>Original: <i>From your experience how often do these situations arise where you or the unit you work in would have to implement restrictive practices? Prompts: If yes – what are the issues? If no – what is being done to avoid restrictive practices?</i></p>
<p>9. Falls Sie Erfahrungen mit Deeskalationstrainings haben, welche Inhalte und Bestandteile bewerten Sie als besonders hilfreich und welche waren wenig nützlich?</p> <p>Original: <i>If you have engagement in training in the management of aggression and violence, what elements of the training did you find most useful and least useful?</i></p>
<p>10. Gibt es sonst noch etwas, was interessant oder gut zu wissen sein könnte, das Sie ergänzen möchten?</p> <p>Original: <i>What else would you like to add that perhaps would be helpful for me to know that we have not already discussed?</i></p>

E.G. of restrictive practices – locked doors, PRN (extra) medication, removal of aspects of care plan (e.g outings/ visitors etc)

Restriktive Praktiken – geschlossene Türen, disziplinarische Maßnahmen (Streichen von Privilegien, z.B. Besuch, Ausgang)



E.G., of restraint Being held physically in a restraint by staff (and then possibly medicated to induce “chemical restraint”)

Fixierungsmaßnahmen: körperlich festhalten, um ggf. eine Zwangsmedikation zu verabreichen

E.G., of seclusion Involuntary timeout in a specific space (seclusion room) and often includes the provision of medication (sometimes against the persons will).

Isolationsmaßnahmen in time out Räumen, freiheitsentziehende Maßnahmen, (Zwangs-)Medikation

Terms defined:

Restriktive Praktiken: *Restrictive interventions/restrictive practices:* includes the use of mechanical means of bodily restraint to prevent immediate threat to self or others, physical restraint and seclusion (MHC, 2020).

Körperliche Fixierung: *Physical restraint:* is defined in the Code of Practice on the Use of Physical Restraint in Approved Centres as “the use of physical force (by one or more persons) for the purpose of preventing the free movement of a resident’s body when he or she poses an immediate threat of serious harm to self or others” (MHC, 2009b).

Mechanische Fixierung: *Mechanical means of bodily restraint:* is defined in the Rules Governing the Use of Seclusion and Mechanical Means of Bodily Restraint as “the use of devices or bodily garments for the purpose of preventing or limiting the free movement of a patient’s body” (MHC, 2009a). Version 2 of the Rules specifies that “The use of cot sides or bed rails to prevent a patient from falling or slipping from his or her bed does not constitute mechanical means of bodily restraint under these Rules” (MHC, 2009a).

Isolation: *Seclusion:* is defined in the Rules Governing the Use of Seclusion and Mechanical Means of Bodily Restraint as “the placing or leaving of a person in any room alone, at any time, day or night, with the exit door locked or fastened or held in such a way as to prevent the person from leaving” (MHC, 2009a).

Zwangsmaßnahmen: *Coercion or coercive measures:* refer to involuntary, forced or non-consensual practices used in mental health services against people with mental health problems (MHE, 2019).

References:

Source: Mental Health Commission (2020). The use of restrictive practices in approved centres. (Dublin). <https://www.mhcirl.ie/sites/default/files/202101/Restrictive%20Practices%20Activity%20Report%202019.pdf>

Mental Health Europe (2019). Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe. <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/01/Coercion-Report.pdf>

Mental Health Commission (2009a). Rules Governing the Use of Seclusion and Mechanical Means of Bodily Restraint. Version 2. (Dublin).

Mental Health Commission (2009b). Code of Practice on the Use of Physical Restraint in Approved Centres. Version 2. (Dublin).

Mental Health Commission (2009c). Report on the Use of Seclusion, Mechanical Means of Bodily Restraint and Physical Restraint in Approved Centres in 2008. (Dublin).

IV. Transkript KJP1

1 AJP: Die erste Frage wäre tatsächlich erstmal so ein bisschen/ Inwiefern machen Sie
2 überhaupt Erfahrungen mit Gewalt und Aggressionen im Wilhelmstift? Und da tatsächlich
3 auch so ein bisschen die Häufigkeit. Also wie häufig kommt das überhaupt vor, dass Sie
4 eingreifen müssen? Und auf welche Art und Weise greifen Sie ein? Welche Formen von
5 aggressivem Verhalten, sowohl, und das ist jetzt so ein bisschen, da konnte man sich im
6 Projekt nicht richtig einigen, sowohl an Kinder zu denken, so von sechs bis zwölf, aber auch
7 auf, die so externalisierendes, gewalttätiges und aggressives Verhalten zeigen, aber auch
8 Jugendliche, die selbst verletzen. Ich weiß, das sind zwei wirklich echt unterschiedliche
9 Themen. Aber vielleicht kann man so ungefähr/ Wie häufig kommt das überhaupt vor?
10 #00:01:24-4#

11

12 KJPKKW 1: Also ich arbeite auf der Akutstation. Da kommt das wahrscheinlich häufiger vor.
13 Das ist allerdings/ ((gedehnt)) Ja, das ist natürlich immer sehr unterschiedlich. Also es gibt so
14 Phasen, wo das dann immer mal wieder/ Ähm/ Man kann das nicht so/ man kann da nicht so
15 regelmäßig das irgendwie erfassen. Aber ich würde mal so rein vom Gefühl sagen, im Jahr
16 bestimmt fünf mal, wo richtig Gewalt auch ein Thema ist. Und es gibt natürlich viele
17 Abstufungen einfach von aggressivem Verhalten. Vieles ist schnell deeskaliert. Andere
18 Sachen sind/ dauern länger. Das ist irgendwie schwierig, da so ein/ das festzumachen an
19 Zahlen. #00:02:21-7#

20

21 AJP: Und wenn Sie da jetzt schon so drauf eingehen. Würden Sie anschreien, Drohgebärden/
22 #00:02:26-9#

23

24 KJPKKW 1: Ja, das findet natürlich häufiger statt. [.] Ähm/ Also würde ich fast sagen
25 wöchentlich, dass es eine Situation gibt. Also einmal in der Woche ist bestimmt eine
26 Situation, wo irgendein Mitarbeiter von uns zu sowas konfrontiert ist. #00:02:57-8#

27

28 KJPKKW 2: Ja, das umfasst ja schon auch ein großes Spektrum. Also, Gewalt fängt bestimmt
29 auch damit an, von Schlüssel tragen. Ich bin/ ich hab die Hoheit über bestimmte Räume, zu
30 denen Patient*innen gar keinen Zugang haben. [.] Fremdgefährdendes Verhalten bezüglich
31 Einschüchterung/ Ja, da könnte ich tatsächlich auch diese wöchentliche/ könnte ich da
32 mitgehen. Ähm/ ich arbeite auf einer gemischt therapeutischen Station unter anderem mit
33 dem Schwerpunkt Störung des Sozialverhaltens. Ähm/ Ja. #00:03:47-1#

34

35 KJPKKW 3: Also wenn Sie es jetzt personenbezogen fragen, das weiß ich nicht. Ansonsten
36 kommt das hier täglich vor. #00:03:51-0#

37

38 AJP: Das sagt die KJP Elmshorn auch. Täglich. #00:03:53-5#

1

2 KJPKKW 3: Täglich vor. Also ich laufe über alle sechs Stationen. Ich seh jeden Tag in
3 irgendeiner Form einen Eintrag von wie auch immer bedroht oder beschimpft oder/ Also
4 das, wenn es um verbale Aggressionen geht. Ähm/ ((Zögernd)) Körperliche
5 Übergriffshandlungen, würd ich auch sagen, sind in irgendeiner Form seltener. Ich würd die
6 auch/ Häufiger sind die dann, wenn wir eingrenzen. Also dann, das von sich aus jemand
7 einfach körperliche Gewalt anwendet, ohne in irgendeiner Form/ es war irgendwas
8 eingrenzen. Wir mussten jemanden ne Zwangsmaßnahme angedeihen und damit ist er nicht
9 einverstanden. Ja, passiert. Das wir also aus dem Stand ((unv. Wort))/ Gut, wenn wir an eine
10 akute Psychose denken oder sowas. Das habt ihr manchmal so/ Das/ Ok, dann kommt das
11 wirklich/äh/ äh/ Aber ansonsten würd ich sagen, Erfahrungen machen wir hier täglich mit
12 Aggressionen, mit aggressiven Gefühlen und auch mit verbalen ((lacht)) Aggressionen. Gibts/
13 äh/ äh/ Laufen hier täglich ab. Also das/ .] ((gedehnt)) würd ich sagen. Also, das war jetzt
14 so, wenn's darum geht/ Wir haben/ Das habt ihr auch gemacht im Rahmen unserer
15 Deeskalationsausbildung, so ein Fragebogen, wie oft passiert mir das? Und da gibt es
16 Kollegen, denen passiert das wenig. Das hat ein bisschen was mit dem Arbeitsbereich zu tun.
17 Und was bei meiner Frage, das ist jetzt allerdings schon/ Ja/ 2012 habe ich die Ausbildung
18 gemacht. Da gab es bestimmte Kollegen mit: Das passiert mir täglich. Kindergruppe, „Sie
19 Arschloch“ oder wie auch immer. Das ist/ Äh/ Oh, wenn bestimmte Patienten, Patientinnen
20 da sind. Ähm/ Ja/ Also das ist mein, mein/ #00:05:53#

21

22 AJP: Also das würd sich decken gerade auch mit der KJP Elmshorn. #00:05:53#

23

24 KJPKKW 3: Ich wollt euch jetzt nicht/ Ähm/ #00:06:00#

25

26 KJPKKW 1: Ne ne, das ist schon/ #00:06:00#

27

28 KJPKKW 3: Das ist schon auch unterschiedlich. Aber ähm/ Ich/ So/ #00:06:01#

29

30 AJP: Ne, aber das macht ja auch Sinn, wenn Sie über alle Stationen laufen, ne? Und wenn wir
31 das jetzt wirklich ganz weit fassen, das es auch so was sein kann, wo es einfach
32 Drohgebärden sind. Wo jemand/ #00:06:17#

33

34 KJPKKW 3: Ja, Sie schreiben hier ja auch Including Self Violence und das ist was/ das ist ein
35 aggressives Verhalten. Und das ist, dass sich hier Patienten selbst verletzen/ Würd ich auch
36 fast täglich sagen. #00:06:42-7#

37

1 AJP: Ist das so? #00:06:42-7#
2
3 KJPKKW 3: Ja. Wir haben eine Station, die sich mit einer bestimmten Therapieform, DBT-A?/
4 #00:06:51-9#
5
6 AJP: Ja. #00:06:51-9#
7
8 KJPKKW 3: Ok. Das ist, ich will nicht sagen täglich Brot, aber das ist also auch auf anderen
9 Stationen. #00:07:02-9#
10
11 AJP: Ja, das ist wahrscheinlich dann wirklich der/ Zur Sozialen Arbeit, zur Jugendhilfe so ein
12 bisschen der Unterschied, wo das wirklich die Ausnahme ist. Und hier ist es dann das täglich
13 Brot. Oder da kommt es auch häufig vor, aber mit einem anderen Zugang. Könnten Sie mir
14 einen detaillierten, sozusagen eine detaillierte Erfahrung mit einem aggressiven oder
15 gewalttätigen Kind oder Jugendlichen, die so wirklich/ Die Sie/ An die Sie sich einfach
16 besonders gut erinnern. Vielleicht weil Sie irgendwie noch nicht lange her ist oder die bei
17 Ihnen besonders hängen geblieben ist. Und könnten Sie die mir so im Detail erzählen, dass
18 wir wirklich, genau/ Dass wir sehen, was war der Auslöser. (.) Was ist passiert, wie sind Sie
19 oder andere darauf eingegangen? Und dass wir das dann so ein bisschen bewerten. Was ist
20 irgendwie ganz gut gelaufen? Weil es ist immer schwierig, dann Fälle rauszusuchen, wo auch
21 mal was schlecht gelaufen ist. ((lacht)) Aber sowas ist auch immer interessant für uns im
22 Rückblick. #00:07:56-4#
23
24 KJPKKW 3: Vielleicht die Situation von letztem Donnerstag? #00:07:59-7#
25
26 KJPKKW 1: Äh, ja. Ich hatte jetzt am Wochenende auch/ #00:08:04-7#
27
28 KJPKKW 3: Ok. #00:08:04-7#
29
30 AJP: Dürfen auch gerne drei sein. Also ich hab Zeit. ((lacht)) #00:08:08-2#
31
32 KJPKKW 1: Ähm/ #00:08:10-4#
33
34 KJPKKW 3: Nimm du dann deinen, ich kann/ #00:08:12-9#

1

2 KJPKKW 1: Also genau, letzten Donnerstag erinner ich schon fast nicht mehr. ((lacht))
3 #00:08:13-5#

4

5 KJPKKW 3: Ja, das ist doch toll. Ist doch gut. Nimm du einen. Wir können doch auch (unv.)/
6 #00:08:21-0#

7

8 KJPKKW 1: Also am Wochenende haben wir einen Jugendlichen aufgenommen, der/ Wo es
9 zuhause eskaliert ist zuerst. Der von seinem/ Also mit seinem Vater schon länger im Konflikt
10 steht. Und dann ging es darum, zehn Euro von seinem Vater zu kriegen. Der aber auch
11 Drogen konsumiert und der Vater natürlich der Meinung ist, er will das nur für Drogen
12 ausgeben, das Geld. Und das ist daraus so eskaliert, indem er auf dem Balkon stand und
13 gesagt hat: „Gib mir die zehn Euro oder ich bring mich um.“ Daraufhin hat die Nachbarin die
14 Polizei gerufen. Ein riesen Einsatz mit Feuerwehr und Pipapo. Dann ist er hierhin gekommen.
15 Und ähm/ ((gedehnt)). Ich war dann mit der/ Und der kam hier trotzdem noch relativ
16 aggressiv an vom Verhalten. Und damit war ich dann erstmal konfrontiert. Der hat viel
17 rumgeschrien. Mich auch beschimpft. Und wollte wieder gehen. Und wollte immer noch
18 diese zehn Euro von seinem Vater haben. Und ist da nur schwer rausgekommen. Und ja,
19 dann hat sich das so stundenlang hingezogen bis, ja, bis es dann irgendwann ruhiger wurde.
20 #00:09:48-5#

21

22 AJP: Hm. #00:09:48-5#

23

24 KJPKKW 1: Ähm/ Und, da war eben/ Also der Auslöser hauptsächlich war, dass er ((gedehnt))
25 hier untergebracht wurde erstmal. Also nach dem der Amtsarzt einen Beschluss gestellt
26 hatte, wurde er gegen seinen Willen hier erstmal untergebracht. Und er wollte natürlich
27 nach draußen. Er war auch verabredet mit Freunden etc. Und hat dann so massiv nach
28 draußen gedrängt, dass er versucht hat/ Wir haben so einen gesicherten Außenbereich mit
29 einem hohen Zaun. Da versucht hat, drüber zu gehen. Und gegen Türen geschlagen hat.
30 Rumgeschrien hat. Ja, gegen Fenster gehauen hat. Irgendwie versucht hat rauszukommen.
31 (.) Ja, und der Auslöser war das. Gab es noch eine Frage dazu? #00:10:40-7#

32

33 AJP: Ja, also so ein bisschen, wie haben Sie reagiert? Was war im Grunde genommen die
34 Deeskalationsmethode, die Sie jetzt im Rückblick/ #00:10:51-2#

35

36 KJPKKW 1: Naja, die/ #00:10:51-1#

37

1 AJP: Wie Sie es jetzt beschreiben. #00:10:52-6#

2

3 KJPKKW 1: Die Deeskalationsmethode war/ Also er konnte sich, das muss man vielleicht dazu
4 sagen, hier erstmal distanzieren von Suizidalität. Also es war schnell klar, dass es um dieses
5 Geld ging und weniger darum, wirklich vom Balkon zu springen. Zumal der auch im zweiten
6 Stock war mit einem Kasten drunter. Und/ Also, ich glaub die Ansprachen waren dann
7 einfach auch die Deeskalation. Das Widerspiegeln. Und ihm versuchen zu erklären, wie
8 auch so die Abläufe sind. Das nach so einem Polizei- und Feuerwehreinsatz auch erstmal
9 alles sortiert werden muss. Und dann muss man eben/ Oder ihn zu motivieren, eben auch
10 ein bisschen geduldig zu sein. Äh/ ((gedehnt)) Weil zwischendurch ist er immer wieder auch
11 in Verzweiflung und Traurigkeit gerutscht. Da konnte man ihn ein bisschen kriegen. Und
12 dann eben ihm zu erklären, ja, dass es alles geklärt wird und er jetzt, ne, wir eben auch
13 diesen Beschluss haben. Also ich glaub, so Transparenz hat ein bisschen geholfen. Und das
14 mit dem Beschluss zu erklären, ist für einen 14- Jährigen ja auch nicht einfach zu verstehen.
15 Und ja. So dann Vertrauensaufbau irgendwie ein bisschen hinzukriegen. Der Vorteil war
16 natürlich auch, dass hauptsächlich der Konflikt zwischen Vater und ihm da war und weniger
17 zwischen mir und ihm. Aber ich natürlich dann auch der/ Ja, das Böse war, weil ich ihn da
18 festgehalten habe. Oder halt nicht rausgelassen habe. Also wir wurden nicht körperlich oder
19 so. Aber das war/ Das hat dann irgendwann geholfen. #00:12:49-5#

20

21 AJP: Hm. Und jetzt so im Rückblick, was ist gut gelaufen, was ist vielleicht nicht so gut
22 gelaufen? Gibt es da überhaupt irgendso eine/ #00:12:56-0#

23

24 KJPKKW 1: Ähm ((gedehnt)) Naja, also/ #00:12:57-4#

25

26 AJP: Oder gibt es irgendwas, was Sie anders machen würden in dem Falle? #00:13:00-3#

27

28 KJPKKW 1: Ähm. (.) Das/ Also anders nicht unbedingt. Was nicht so gut gelaufen ist, würd ich
29 sagen, ist diese Voraussetzung zum Beschluss an sich. Also, er war distanziert von
30 Suizidalität. Er war vielleicht fremdaggressiv gegenüber seinem Vater. Wobei die auch nicht
31 handgreif/ Die haben auch hier im Hof gestritten zusammen. Da wurden die nicht/ Ähm/
32 Außerdordentlich handgreiflich. Und da war dann so ein bisschen die Zusammenarbeit mit
33 der Polizei schwierig. Einfach weil die da natürlich den ganzen Vorlauf mit dem Jungen
34 hatten. Er dann hier war und sich aber distanziert hat von z.B. Suizidalität und wir ihn
35 eigentlich entlassen wollten. Und dann/ Das war so ein bisschen die/ Das Missverständnis.
36 Und wir ihn dann aber eben nicht entlassen konnten. Aber mehr so auf Grund von/ (.) Ja, das
37 war/ Also ((stockend)) Von der Zusammenarbeit der Behörden eher hervorgerufen. Das
38 hatte mit dem Jungen nichts mehr zu tun. Sondern, wenn eben sowas angeleiert ist, dann ja,
39 trägt das auch so ein bisschen seine Konsequenzen. Und dann muss man das erst wieder
40 Ruhe alles abarbeiten und sortieren. Und dann (.) Ja, ist das für ihn ja auch wieder gut

5

1 ausgegangen. Nach drei Tagen konnten wir ihn dann auch wieder entlassen. Aber diese/
2 dass das so lange dauert/ #00:14:40-4#

3

4 AJP: Wie lange hat das gedauert? #00:14:42-3#

5

6 KJPKKW 1: Naja, es war eben Wochenende plus Feiertag. Das heißt/ #00:14:46-3#

7

8 AJP: Und an dem Tag selber bis er sich so beruhigt hat. Wie lang/ #00:14:48-2#

9

10 KJPKKW 1: An dem Tag selbst ging das würd ich mal sagen zwei Stunden bis er sich beruhigt
11 hat. Am nächsten Tag, als man ihm gesagt hatte, dass er dann eben unter
12 Beschlussbedingungen gegen seinen Willen erstmal hier bleiben muss, ist er noch mal kurz
13 hochgefahren. Aber das ging höchstens ne halbe Stunde. Und dann hat er sich auch
14 beruhigt. Aber dadurch, dass eben auch Wochenende, Feiertag, das heißt, kein Gericht zu
15 erreichen, keine Vormünder zu er/ Ne, hatte er nicht. Eltern waren sorgeberechtigt. Aber ja,
16 einfach keine Entscheidungsträger zu erreichen. Das ist dann/ War dann ein bisschen
17 unglücklich. Weil dann musste man bis die neue Woche beginnt warten. Und dann kam es
18 auch so/ wie/ also in seinem Interesse. Er wurde entlassen. Auch in unserem Interesse, weil
19 er nicht akut suizidal war. So, dass wir irgendwie da/ ((stockend)) Ja, drauf achten mussten.
20 Ja, das war so ein bisschen das Unglückliche, dass das einfach lange gedauert hat und eben
21 die Behördengänge so sind, wie sie sind. Und wie gesagt, die Zusammenarbeit mit der
22 Polizei. Weil wir haben ihn dann halt, also am Vortag war er schon mal bei uns, haben wir ihn
23 entlassen. Und dann, die Polizei hat ihn dann noch mal auf eigene Faust irgendwie wieder
24 gesucht. Und dann/Ja das war irgendwie alles nicht so glücklich. Aber es gibt eben auch
25 immer mal wieder so Fälle, wo man dann so/ Wo es nicht so klar ist und so eindeutig. Und,
26 das ist aber für ihn natürlich doof gewesen, weil er hat sich eingesperrt gefühlt in dem
27 Moment. Und dadurch wurde er ja auch so aggressiv. Das wäre wahrscheinlich auf anderem
28 Wege nicht so eskaliert. #00:16:41-3#

29

30 AJP: Hm. ((zustimmend)) #00:16:42-9#

31

32 KJPKKW 1: Würd ich sagen, ja. (.) Gut gelaufen ist die/ waren die Absprachen hier im Haus.
33 Also auch gegenüber dem PED und den Ärzten, das war relativ klar. Alles gut abgesprochen.
34 Auch/ #00:17:04-3#

35

36 AJP: Schon im Vorhinein gut abgesprochen? #00:17:05-0#

37

1 KJPKKW 1: Im Vorhinein nicht. Aber dann in der, in der Situation und auch im Team. Die
2 Absprachen waren gut, weil wir versucht haben, ihm möglichst schnell Angebote zu machen.
3 Die also nix mit Zwangsmaßnahmen zutun haben. Nä. Also wir haben so nen Akutbereich bei
4 uns auf Station und dann noch mal so einen offenen Bereich, mehr oder weniger. Und wir
5 haben ihn gleich in den offenen Bereich geholt, damit er Kontakt zu anderen Jugendlichen
6 hat. Und, also dieses eingesperrt sein erstmal nicht so erleben muss. Äh. Haben ihn da
7 eingebunden. Er konnte mit den anderen dann was machen. Und das/ die Absprachen so
8 untereinander, die waren ganz gut. Ja, das hat gut geklappt. Weil das ist auch manchmal ne,
9 da muss man sich im Haus auch erst einig sein. In welchem Setting wir ihn jetzt am besten
10 betreuen erstmal. Ne. Und ja. #00:18:06-3#

11

12 AJP: Und da gibt es aber schon so generelle Absprachen vorher auch/ #00:18:09-2#

13

14 KJPKKW 1: Es gibt schon generelle/ #00:18:08-2#

15

16 KJPKKW 3: Dass man Abläufe im/ Ok/ #00:18:12-0#

17

18 KJPKKW 1: Also es gibt generelle Strukturen einfach mit Patientinnen oder Patienten, die
19 ((gedehnt)), wo man weiß, die sind ne Gefährdung vielleicht auch für die Patientengruppe.
20 Einfach. Es ist schon manchmal sinnvoll, die im Isolierbereich erstmal so ein bisschen für
21 sich zu betreuen. Und dann immer schrittweise zu versuchen zu integrieren. Aber man muss
22 das jedes Mal neu besprechen oder erstmal gucken, wie die drauf sind und ja. (.) #00:18:48-
23 7#

24

25 AJP: Ja. #00:18:49-7#

26

27 KJPKKW 1: Und durch die Beschlussbedingungen hat man eben auch diese Möglichkeiten,
28 ne. Das kann ja, wenn jemand freiwillig hier ist, auch nicht sein. // #00:18:55-8#

29

30 AJP: Das passiert aber nicht vor den Jugendlichen, oder? Dass sich in dem Moment/ Also ich
31 stell mir jetzt #00:18:59-6#

32

33 KJPKKW 1: Die Absprachen? #00:19:00-6#

34

35 AJP: Genau. #00:19:02-7#

1

2 KJPKKW 3: Ne, die/ #00:19:01-4#

3

4 AJP: Vor, wenn in der Weiterbildung die Brille auf hat. In dem Moment wird das ja nicht
5 besprochen, ne? Da ist ja der/ #00:19:05-9#

6

7 KJPKKW 1: Ne, in dem Moment wird das nicht besprochen. Genau. Also man bespricht das
8 natürlich schon mit den Jugendlichen auch. Und fragt ab, wie ist denn so der Kontakt zu
9 anderen Jugendlichen z.B.? Oder müssen wir uns da Sorgen machen, dass da irgendwie/ dass
10 ihr ((gedehnt)) da in Konflikte gerät? Aber das wird schon, also, und natürlich wird das sehr
11 transparent besprochen. Also das sind vielleicht kurze Absprachen im Team, aber im Grunde
12 ist das/ Wissen die Jugendlichen dann was irgendwie passiert. Ja. Und denen wird auch
13 immer schnell gesagt, wie/ Also ne/ „Du musst jetzt z.B. erstmal hier in diesem Bereich sein.“
14 Und wenn wir merken, das läuft irgendwie und/ Oder/ Äh/ Anderes Beispiel: „Du kannst mal
15 für zehn Minuten in den Ausgang. Wenn wir merken, wir können dir da vertrauen, dann
16 können wir das immer weiter öffnen so.“ Und immer weiter gucken. Davon hängt natürlich
17 auch viel ab. #00:20:14-4#

18

19 AJP: Okay. Gibt es noch ne andere Situation, die so/ #00:20:21-3#

20

21 KJPKKW 3: Eindrucksvoll ist/ Äh/ Äh/ ((stockend)) Mir war das vom letzten Donnerstag so in/
22 Ne Jugendliche, die wir kennen. Die ((seufzend)) schwer bindungsgestört/ Wirklich
23 Persönlichkeitsstörung. Also tiefe Selbstverletzungen. Lebt in Stade in ner
24 Jugendwohngruppe. Wir sind eigentlich nicht für sie zuständig. Das ist Lüneburg. ((stockend))
25 Die/ Ähm/ Äh/ Wenn sie in Hamburg aufläuft/ Zurzeit in Hamburg ist es so geregelt, dass für
26 alle, die nicht hier gemeldet sind, quar/ Nicht quartalsweise, viermonatsweise die
27 Zuständigkeit wechselt. Die ersten vier Monate des/ #00:21:05-1#

28

29 AJP: Achso, das wusste ich nicht. Ja. #00:21:05-9#

30

31 KJPKKW 3: Erst ist das UKE, dann sind wir. Jetzt im Augenblick sind wir für alle, die nicht in
32 Hamburg gemeldet sind und in irgendeiner Form dann auffällig werdenden Jugendlichen
33 zuständig. Und die letzten vier Monate dann UKE oder Harburg, ich weiß es nicht. Wir sind
34 auf jeden Fall für sie (unv.)/ #00:21:21-3#

35

36 AJP: Also die werden auch nichts ins Taxi gesetzt und nach Lüneburg gefahren in dem akuten
37 Moment. #00:21:24-7#

8

1

2 KJPKKW 3: Nein! #00:21:25-9#

3

4 AJP: ((lacht)) #00:21:26-1#

5

6 KJPKKW 3: Nein, das ist/ Und das ist/ Also darum gehts dann auch. Also ((zögernd, gedehnt))
7 Darum gings dann auch bei der Patientin. Und eingedeckt der Tatsache, dass die vor zwei
8 Wochen schon mal da war. Über ein Wochenende ein Team an den Rand der
9 Arbeitsfähigkeit gebracht hat. Und das Team hat alles versucht, um diese Zwangsmaßnahme
10 Fixierung zu verhindern. Also, bis/ Eindrücklich war, die Wand des Akutbereichs war mit dem
11 Blut ihrer Stirn gepunktet wie so ein Stempelding. Ähm. (.) Hoch bedürftig. #00:22:05-0#

12

13 AJP: Weil sie sich selber verletzt hat? #00:22:05-6#

14

15 KJPKKW 3: Sich selber verletzt hat. Über/ Eigentlich einen zum Eingreifen gezwungen hat.
16 Und den Kollegen/ Die/ Die/ Die ist dann beim letzten Mal/ Leider sind wir an der Fixierung
17 nicht vorbeigekommen. Und die ist letzten Donnerstag wieder gekommen, nachdem sie erst
18 in Lüneburg war, dann in ihrer WG. Aus der WG nach Hamburg. ((holt tief Luft)) Und da ist
19 letztendlich wieder mit starken Selbstverletzungen im Marienkrankenhaus gelandet ist. Und
20 dann mit Polizei und Krankenwagen zu uns gekommen ist. Wir sind dann erstmal dafür
21 zuständig. Es gibt auch ein Problem bei der Überführung über Ländergrenzen, weil die Polizei
22 immer nur für Länder zuständig ist. Und Polizei kann nicht einfach irgendwen, der nach nem
23 Hamburger PsychKG in irgendeiner Form unfreiwillig behandelt werden musste, ins nächste
24 Krankenhaus nach Lüneburg bringen. #00:23:01-1#

25

26 AJP: Ok, verstanden. Ja. #00:23:01-1#

27

28 KJPKKW 3: Die kam dann wieder zu uns. Und so eingedeckt der Tatsache/ Oh, was haben wir
29 schon ne Erfahrung mit der. Das hat eben die Oberärztin zusammen mit zwei Kollegen von
30 der Akutstation, du warst einer davon, die übernommen. Ich bin nur informiert worden dann
31 von dir im Hintergrund. Wir haben erstmal ein Gespräch geführt mit ihr, um wirklich zu
32 versuchen/ Mensch, rauszukriegen, was/ Wie ist es möglich, jetzt in irgendeiner Form/ Jetzt
33 diese ganzen Zwangsmaßnahmen/ Jetzt ne unfreiwillige Behandlung oder sonst was zu
34 verhindern. Ähm. Und für das Mädchen war erstmal klar: Ich geh weder nach Lüneburg noch
35 geh ich zurück in die WG. Und über ein langes Gespräch mit der Oberärztin und dem
36 anderen Kollegen von der Akutstation war so das Gefühl: Ok, das könnte vielleicht doch
37 gehen. „Wir wollen dich hier, wir können dir im Augenblick/„ Die wollte hier aufgenommen
38 werden. Und dann/ „Wir sind im Augenblick nicht für dich zuständig. Langfristig, wenn du

9

1 therapiemotiviert und bereit bist, würden wir dir hier gern ne Behandlung auch anbieten.
2 Aber jetzt im Augenblick, wenn du akut bist, dann musst du nach Lüneburg gehen.“ Äh. Und
3 das war nicht tolerabel. Warum auch immer, ob sie in Lüneburg schlechte Erfahrungen oder
4 wie auch/ Kann man auch nicht sagen. Und das endete damit, dass sie das Gespräch dann
5 erstmal verließ. Auf den Parkplatz ging und dann die Oberärztin hinterher ist, lang mit ihr
6 gesprochen hat. Ihr immer wieder diese Angebote gemacht hat. „Wir können dafür sorgen,
7 du kannst so lange bei uns bleiben bis dich hier dann vielleicht jemand abholt aus deiner WG
8 Stade.“ ((unv.)) Nein, nicht. Und sie letztendlich dafür gesorgt hat, dass dann wir die Polizei
9 noch mal um Unterstützung rufen mussten, weil sie Autos demoliert hat. Einem Auto einen
10 Spiegel abgetreten und die Schutzscheibe. ((Gemurmel)) Uff, so. Und mit dem Kämpfen. Wir
11 haben ja ne Security ((gedehnt)). Also so Parkraummanager. Und die reagieren natürlich
12 ganz anders. Oder wie auch immer. Der wusste schon Paragrafhen: „Ach, und dann 71...
13 Dürfen wir hier sie jetzt festhalten?“ ((lacht)) Ja, gucken. Dann kam die Polizei. Ich fand, die
14 haben das sehr gut gemacht. #00:25:23-4#

15

16 KJPKKW 1: Ja. ((zustimmend)) #00:25:24-0#

17

18 KJPKKW 3: Auch ruhig das erstmal aufgenommen. Und letztendlich war klar, wir müssen/
19 Wir können das nicht hier draußen auflösen. Das wird hier sonst zu Wild West oder sowas.
20 Und haben ihr dann mitgeteilt: „So, wir machen jetzt einen Beschluss.“ Und was gut gelaufen
21 ist, find ich, sie ist dann erstmal freiwillig wieder mitgekommen. Wir mussten nicht/ Wir sind
22 einmal körperlich geworden. Da ging es dann zum Schluss noch darum: „Du musst die Tasche
23 abgeben. Aus deiner Sicherheit.“ Also da bin ich ein bisschen körperlicher geworden. Aber
24 ich find, sie hat das toleriert. Also, ohne jetzt irgendwie so plump/ Einmal klar sein. Und wir
25 haben sie einmal in den Akturaum gebracht, untergehakt. Wo wir gedacht haben, vielleicht
26 müssen wir jetzt doch den/ Wir haben so ein/ Das ist unser Piepersystem-Telefon, hier drauf
27 drücken. Dann werden alle informiert. #00:26:16-5#

28

29 AJP: Ja, ja. #00:26:16-5#

30

31 KJPKKW 3: Dann gibts so ne Wolke. Und letztendlich brauchten wir das dann auch nicht. Und
32 sie hat(Sie ist dann in irgendso ne Bedürftigkeit gefallen. Hat sich dann tatsächlich auf das
33 Durchsuchen von den weiblichen Kolleginnen toleriert. Ähm. Und hat gesagt: „Ja ok, ich
34 warte bis abends bis der Betreuer/ „ Äh, sie hat da einen Lieblingsbetreuer in Stade, ((unv.)),
35 der sich dann wirklich auch auf den Weg gemacht hat. (.) Um 20 Uhr vielleicht ungefähr
36 ankam, nur um dem zu sagen: „Ne, ich geh doch nicht mit.“ So. Und jetzt hat/ So. Dann ist
37 der wieder von Dannen gefahren. Dann war klar, wir müssen/ Dann musste nach Lüneburg.
38 Das werden wir nicht heute Nacht machen. Äh, äh. ((gedehnt)) Und/ Und mit der Erfahrung
39 vom letzten Mal wieder die Sorge: „Oh, müssen wir sie wieder fixieren.“ Letztes Mal ist dann
40 tatsächlich auch ein Kollege mit gefahren im Rettungswagen. Und das ist dieses Mal auch

1 wieder passiert. Und das ist/ Weiß ich nicht, war jemand von euch dabei an dem Tag? Ok.
2 #00:27:19-6#
3
4 KJPKKW 2: Ja. #00:27:19-6#
5
6 KJPKKW 3: Du warst da, ne? Ok. Und das hat tatsächlich dann irgendwie/ Trotz der Erfahrung
7 vorher hat das dann in irgendner Form geklappt mit viel Gesprächen. Hat wieder gedroht.
8 Und ((gedehnt)) ist dann mittags, Freitagmittag um, weiß ich nicht, wars 13 Uhr? ((unv.
9 Gemurmel)). Sowas. Ist dann nach Lüneburg gekommen. So. #00:27:48-2#
10
11 AJP: Ist sie selber gefahren? #00:27:46-9#
12
13 KJPKKW 3: Ne, ne, ne. #00:27:49-2#
14
15 AJP: Ne, sie wurde gefahren? #00:27:48-1#
16
17 KJPKKW 3: Sie wurde im Rettungswagen/ #00:27:50-7#
18
19 AJP: Aber ohne Fixierung? Ja. #00:27:51-4#
20
21 KJPKKW 3: ((atmet tief ein)) Ähm. Also, wir hatten die Fixiergurte dabei. Aber sie ist
22 sozusagen mit ner normalen Trage und da der Fixierung, damit sie nicht runterfällt in
23 irgendner Form. Und der Kollege hat sowohl die Hand als auch ihr Kuschel/ Das ist ne
24 Jugendliche, ne große kräftige Jugendliche ((lacht)). Aber die dann noch so n Kuscheltier hat.
25 Und Herr * hat dann beides gehalten, sagte er. Irgendwie so. Das fand ich eindrücklich, weil
26 ganz viele Aggressionen auch mit eigentlich so ner Sorge: Oh, wird das wieder schief gehen?
27 Oder wie auch immer? Und die Belastungs-, Überlastungsanzeigen der Kollegen von vor zwei
28 oder drei Wochen nicht zu knapp. Ähm. #00:28:35-8#
29
30 AJP: Was sind denn das? Anzeigen/ #00:28:35-8#
31
32 KJPKKW 3: Überlastungsanzeigen. Hier gibts die Möglichkeit, aus unterschiedlichen Gründen
33 zu sagen, diese/ Diesen Dienst habe ich mich überlastet gefühlt aus folgenden Gründen. Das
34 kann Personalmängel sein, aber auch die Intensität der Arbeit, die auf mich zukommt. Die
35 einfach nicht zu schaffen ist. Und das Mädchen hat an nem vorletzten Wochenende oder vor

1 drei Wochen, das weiß ich gar nicht mehr, hat/ Da hat ne Eins-zu-Eins-Betreuung nicht
2 ausgereicht teilweise mit Zwei-zu-Eins-Betreuung war schwierig. #00:29:09-0#

3

4 AJP: Hm ((bejahend)). #00:29:07-5#

5

6 KJPKKW 3: Und/ Und/ Mit nem/ Ja, insgesamt dann/ Wenn dann noch Krankmeldungen
7 kommen. Und dann gibts die Möglichkeit, zu sagen, ok/ Dann wird Stationsleitung/ Dann
8 werden Herr * und ich als Leitung Pflege- und Erziehungsdienst und bis hin Das geht hoch/
9 Mitarbeitervertretung/ informiert. #00:29:26-7#

10

11 AJP: Hm ((bejahend)). #00:29:24-9#

12

13 KJPKKW 3: Ja ((gedehnt)). Ich fand/ Ich fand da die Geduld/ Also erstmal, es gab nen/ Es gab
14 jetzt nicht nen durchgehenden Plan. Aber auch zu gucken, was wir versuchen, die Sicherheit
15 von uns und die Sicherheit aber auch der Patientin so in den Mittelpunkt aller Überlegungen
16 zu stellen. Das war da/ Das fand ich da zentral. Und ((gedehnt, stockend)) gut. Und da gabs
17 immer noch mal so ein Hin und Zurück. Äh, ok, dann gehen wir doch den nächsten Schritt
18 weiter, immer noch mal abgestimmt. Und dann auch gleich der Patientin mitgeteilt. ((unv.))
19 Da war noch spannend, dass da halt auch noch Zuschauer dabei waren, die nichts mit der
20 Kinder- und Jugendpsychiatrie zutun haben. ((unv.)) #00:30:18-2#

21

22 AJP: Die/ Die Security? #00:30:19-3#

23

24 KJPKKW 3: Security, die da/ Da ist/ Das ist nen Raucherplatz für alle Möglichen. Da waren,
25 ich glaub, Reinigungskräfte, ich weiß nicht, wer da/ wer jetzt grade noch geraucht hatte.
26 Auch/ #00:30:29-1#

27

28 KJPKKW 1: Auch Passanten. #00:30:30-4#

29

30 KJPKKW 3: Andere Passanten. Äh. Ganz im öffentlichen Bereich. Ja. (.) #00:30:34-1#
31 #00:30:35-9#

32

33 AJP: Und kann man irgendwie/? Sie hatten jetzt ja so zwei Situationen mit ihr erzählt. Ist
34 sozusagen in der zweiten Situation im Vergleich irgendwas besser gelaufen? Hab ich grad
35 mal so überlegt. Weil sie öfter gesagt haben, in der ersten waren ja Zwangsmaßnahmen. In

1 der zweiten konnten wir es irgendwie vermeiden oder haben uns anders aufgestellt.
2 #00:30:52-0#
3
4 KJPKKW 3: Ich glaube, dadurch, dass/ Also das wär meine Vermutung und ich bin gar nicht so
5 in der Behandlung, also wir machen ja immer nur ne kurze Akutbehandlung und dann geht
6 sie. #00:31:02-4#
7
8 AJP: Ja. #00:31:02-4#
9
10 KJPKKW 3: Äh ((gedehnt)). Dass sie nochmal nachvollziehen konnte/ Und das war so ein
11 Anker. Sowohl die Oberärztin als auch die Kollegen, die verhalten sich wieder so. Die
12 erzählen mir Ähnliches. Die schätz/ Also ich würde das mal sagen, das ist schon/ Die schätzen
13 mich irgendwie wert. Aber irgendwie lassen sie sich auch nicht erpressen. Wir haben nicht
14 gesagt: „Ok, dann rufen wir jetzt in Lüneburg an. Wir machen jetzt hier, gut, Behandlung. Du
15 kannst hier machen was du willst, das wird nicht/ Das wird nicht funktionieren.“ Trotzdem
16 Sicherheit, Schutz, alles/ Alles ist in irgendeiner Form uns wichtig. Aber/ Das Wort ist nicht
17 gefallen. Aber es ist fast so/ Also/ Das, ich will nicht sagen, das ist erpresserisch. Das wirkt
18 dann so erpresserisch. Aber in ihrer Not und ihrer Bedürftigkeit hat sie sehr viel gemacht,
19 sehr viel druckvoll, um hier aufgenommen zu werden, um auch hier zu bleiben. Und
20 gleichzeitig die Haltung: „Ne, das haben wir dir beim letzten Mal schon gesagt. Das geht
21 nicht. Das andere Angebot, auch wenn du dich hier scheiße benimmst, bleibt trotzdem. Du
22 kannst nächsten Dienstag/“ Die ist nicht gekommen. „Bei Frau Daude ein Gespräch haben.
23 Also ((unv.)) da ist überlegt worden/ (Telefon klingelt dabei), mit *, das ist ne Kollegin. Also
24 ich glaub auch der Gewöhnungs- Auch von der Patientin. Die wusste schon n bisschen, wie/
25 Wie/ Glaub ich zumindest, wie wir funktionieren. Und was wir nicht machen. Dass wir keine
26 Ge- ((unv.)). Eigentlich, also zumindest bei ihr, ich würd... Wir machen das auch. Also. Keine
27 unvorhersehbare Gewalt. Natürlich, weil großer Begriff. Wir alle ((unv.)). Wenn wir
28 jemanden einschließen, das ist Gewalt. Feierabend. Aber ähm ((gedehnt)), ich glaub, die
29 konnte sich auf das Verhalten ein bisschen einstellen. Und hat dadurch auch es zugelassen,
30 nicht mehr ver-. Letztes Mal ist sie fixiert nach Lüneburg gefahren worden. Diesmal ist sie
31 eben nicht mehr fixiert nach Lüneburg. Schon noch mit Begleitung und ((unv.)). Also, das
32 kann ich mir vorstellen. Und vielleicht waren wir dadurch sicherer. Das war/ Wir hatten so
33 ne Situation/ Ich we- Äh ((stockend, unv.)). Das erinner ich noch. Das hätte ich beim ersten
34 Mal glaube ich nicht gemacht. Wir waren zu dritt oder zu viert dann hinten und wollten, dass
35 sie sich durchsu- Dass sie in dieses Zimmer geht, in das sie nicht wollte. Es ist n sicherer
36 Raum, wo man sie dann auch in Ruhe durchsuchen kann. Da ist kein Stuhl, den man durch/
37 Und ich hab einfach, fast schon unabgesprochen gesagt: „So, wir schaffen das auch zu zweit
38 mit *.“ Und du hast gedacht/ Und das ist richtig und das ist gut so: „Ich drück lieber den
39 Pieper.“ Und ich hab/ Dachte: „Ok, ich kenne sie irgendwie schon. Ich glaub nicht, dass die
40 mich schlägt oder so.“ Also das war/ Beim ersten Mal hätte ich das nicht gewusst, wie
41 reagiert sie drauf oder, dass ich sie traumatisiere oder so/ So. Ich glaube, dass, wenn ich jetzt
42 noch mit jemandem von euch sie unterhake. Und hier komm/ Wir/ Den Schritt, den schaffen

1 wir. Du hast es bis hierher geschafft. Also, das war so mein/ Das hätte aber auch schief
2 gehen können. Und dann wär ich froh gewesen, wenn im Hintergrund die weiße Wolke da/
3 Wir sind nicht mehr Weiß. Aber wenn die da gewesen wäre. Da haben wir's z.B. nicht
4 abgesprochen. Eigentlich hätten wir es vielleicht machen müssen. Aber vielleicht ((unv.
5 stockend)). So im Nachhinein. So, der * geht einfach los. So, das machen wir jetzt. #00:34:19-
6 0#

7

8 KJPKKW 1: Ja, aber ich glaub/ Aber wenn ich was dazu sagen kann. Ich glaub, das ist
9 aufgrund dessen, dass es sich noch mal nach draußen verlagert hat und dann/ Also ich glaub
10 für mich war es weniger gut einschätzbar, weil ich sie vielleicht auch beim ersten Mal nicht
11 miterlebt hatte. Das wollte ich nämlich auch nochmal dazu sagen. Wahrscheinlich diese
12 Beziehung, die man dann schon so selbst nach nem zweiten Mal hat, die/ Dann kann man
13 einfach/ Die ist immer so goldwert, finde ich. Dann kann man natürlich viel deeskalierender
14 da mit umgehen. Das gleiche hatte ich auch bei meinem Beispiel. Also nach Stunden des
15 gegenseitigen Kampfes waren wir dann irgendwann/ wusste ich, der wird mir nix tun. Der
16 wird auch nicht über den Zaun springen. Ich werd ihm aber trotzdem sagen, dass er wieder
17 runterkommen soll. Und so, ne. Das geht natürlich erst nach ner gewissen Erfahrung, die
18 man miteinander machen muss. Ja. #00:35:17-7#

19

20 AJP: Können Sie noch die Deeskalationsmethoden benennen, die die/ In der/ In dem Fall,
21 den Sie/ So als Stichwörter? Also, Sie haben eben schon gesagt/ #00:35:27-9#

22

23 KJPKKW 3: Also wir sind/ Wir haben, ok/ #00:35:30-5#

24

25 AJP: Sie haben eben schon Transparenz gesagt, Geduld. #00:35:32-0#

26

27 KJPKKW 3: Also wir sind/ Äh/ Also einerseits glaub ich, gucken wir schon jetzt in der
28 Akutsituation, wo ist der richtige Raum und der Rahmen. Wir haben/ Die Kollegen haben sich
29 z.B. hier entschlossen/ Ist hier mit Polizei gekommen. Und trotzdem war der Entschluss
30 erstmal, in welche Räumlichkeit gehen wir. Also das ist das Erste. Und eigentlich wollten wir/
31 Ok, wenn wir jetzt gleich schon im Akutbereich anfangen, ist es vielleicht sch- ((unv.)). Also
32 ich glaub so die Überlegung, wann/ Wir wollen sie erstmal als eine Notauf- also als/ Als/
33 Nicht als Not- als Notfallpatient, nicht schon als ne Notaufnahme/ Immer noch mit der
34 Möglichkeit, du kannst auch noch nachhause. Also das ist so die Räumlichkeiten, zu gucken,
35 ist deeskalativ. Leute zu informieren. Also ich war relativ, die ganze Zeit schon: Die kommt
36 auf uns zu. Ihr wart informiert. Und dann war klar: Mit wie viel Leuten gehen wir in das
37 Erstgespräch. Wer bleibt im Hintergrund? Wer informiert wen noch? Das habt ihr/ Also ich
38 glaub, das/ Also das ist der/ (unv.)). In der verbalen Deeskalation, so wie wir sie auch
39 schulen, gehts erstmal, zumindest wens mit hochangespannten Patienten, drum/ ((unv.)).
40 Ich war jetzt bei dem Erstgespräch nicht dabei, aber/ Gehts wirklich dann um klar Ansprache.

1 Und erstmal zu gucken, was ist grade bei dir los gefühlsmäßig. Und was steckt vielleicht in
2 irgendner Form dahinter. Ähm. Es gibt bestimmte, gerade Deeskalationstechniken, die/ Wo
3 ich mir zumindest vorstellen kann/ Also, unsere Obersärztin war auch/ war noch gar nicht so
4 lange her ((lacht)), bei uns im Deeskalationstraining. Wobei die das echt, find ich, auch so
5 schon drauf hat, wie auch immer. So da zu gucken, und dann gemeinsam nach ner Lösung zu
6 gucken. So. Es war zumindest erstmal klar, was sie wollte. Und es war auch in irgendner
7 Form erstmal klar, was wir anbieten können. Und die/ Und die/ Und die Alternativen, die
8 waren benannt. Wir hätten uns gewünscht, die hätte sich für die erste ((lacht)) entschieden.
9 Und die anderen. Ja, haben wir ((gedehnt)) klar benannt. Auch in diesem Bereich. Also, dass
10 die Kollegin noch mit, also Oberärztin, noch mit auf den Parkplatz geht, find ich toll. Auf den
11 Bereich so. Ich wahr den Abstand, aber ich guck immer noch, solange/ Ich hab noch ne
12 Verantwortung. Also dieses Gucken, was ist die richtige Nähe und die Distanz. Und ja,
13 letztendlich, dann mit nem Gewaltübergriff auch zu gucken, machen wir das alleine? Ne,
14 rufen wir die Polizei dazu. Das kann, ist auch ne wichtige Entscheidung. Ja, da war es glaube
15 ich auch die richtige Entscheidung. Das ist dann nicht mal zu nem körperlichen/ Die
16 Polizisten haben uns nur im Hintergrund noch begleitet und sie ist mit uns mitgegangen. Also
17 das/ So das als Deeskalations- Und dann in irgendner Form auch immer zu gucken, was ist
18 das? Das sagst du auch, was ist die richtige Räumlichkeit? Würde ich Ihnen gern nochmal/
19 Jetzt ist der Akutraum gerade belegt. // #00:38:45-2#

20

21 KJPKKW 1: Ja, aber kann man trotzdem zeigen. Also ist nicht darauf angelegt. #00:38:46-9#

22

23 AJP: Ja, das wär/ Das wär gut. #00:38:51-5#

24

25 KJPKKW 3: Also, welche Räumlichkeiten benutzen wir? Da sind wir im Augenblick/ Seit ihr
26 gerade auf der Akutstation/ Noch ein bisschen flexibler geworden. (.). Ich weiß gar nicht, ob
27 Herr * mal die alte KJP gezeigt hat. Ne, ok? #00:39:05-2# #00:39:05-2#

28

29 AJP: Ne. Hm ((verneinend)). #00:39:06-9#

30

31 KJPKKW 3: Das war ein Raum ungefähr/ Also gut, eher quadratisch. Aber ungefähr so groß
32 wie der hier. Und das war unser Akutbereich ((lacht)). Und da gab es auf der anderen Seite
33 jemanden, wo man durch ne Scheibe gucken konnte. Jetzt haben wir drei Zimmer, ne Küche,
34 nen Außenbereich, mit der wir für jede Situation irgendwie spielen können. Den Raum enger
35 machen können, Raum weiter machen können und so weiter. Das möglich/ Ist/ Seid ihr
36 bemüht, sind wir bemüht, den Raum anzupassen. Also, jetzt schwätz ich so viel/ ((unv.))
37 #00:39:35-7#

38

39 AJP: Das ist, nein, das ist alles ganz relevant. #00:39:37-0#

1

2 KJPKKW 3: Ja, weil die Kollegen ja auch/ #00:39:38-2#

3

4 AJP: Nö, das ist glaub ich gut. Solang keiner ganz/ Gibts irgendwas, was man im Rückblick
5 anders gemacht/ machen würde oder was Sie anders/? #00:39:46-5#

6

7 KJPKKW 3: (.) Ich weiß/ Also/ Ja. #00:39:51-1#

8

9 AJP: Muss ja nicht. #00:39:54-2#

10

11 KJPKKW 3: Ja, also/ Also ich fands gut, dass sie noch ein bisschen diesen Spielraum hatte.
12 Und ((unv.)) Also die Frage war/ Oh scheiße. Ich glaub, da war ein Spiegel. Das ist doof. Es
13 hat nen Spiegel am Auto dran, da hatte ich jetzt nicht so viel Herz. Ich bin auch noch
14 Fahrradfahrer. Aber für/ Aber das ist doof. Es ist ein gewalttätiger Akt. Hätte man das in
15 irgendner Form/ Da können wir uns rausreden. Die war noch nicht unsere Patientin. Sie ist
16 aus nem Ambulanzgespräch, einem Notfallambulanzgespräch, ist sie raus. Wir haben
17 Angebote/ Also da kann man sich gleich so/ Ich glaub das war schon: „Oh, hätte ich da
18 früher/“ Ich weiß nicht, ob Ulrike das irgendwie/ Ich weiß nicht. #00:40:34-1#

19

20 KJPKKW 1: War bei uns kein Thema. Aber ja, kann natürlich sein, dass man da/ dass das der
21 ein oder andere dachte, ne? Hätte man vielleicht früher sich/ Ne sicherere Unterbringung
22 irgendwie anberaumen müssen. #00:40:48-5#

23

24 KJPKKW 3: Ja, hätte sie vielleicht auch toleriert. Ich weiß es nicht. #00:40:50-8#

25

26 KJPKKW 1: Ja ((bejahend)). (.) #00:40:55-3#

27

28 AJP: Muss auch nicht. Haben Sie noch ne Situation? #00:40:58-4#

29

30 KJPKKW 2: Ähm, nicht so umfassend. Aber gerade das mit dem Stichwort "Hätte man früher
31 irgendwie?". Das hatte ich in meinem vorletzten Dienst jetzt am Donnerstag. Das war auf ner
32 anderen Station. Also nicht der meinigen. Auf ner Nachbarstation baten die Kollegen um
33 Hilfe und es war eigentlich erstmal ein total pädagogisches Problem. Was macht man mit
34 dem Jugendlichen, der gerade einen Raum blockiert, in dem der Rest der Gruppe eigentlich
35 jetzt gern ne Aktion machen würde. Und da ging es mir im Nachhinein natürlich auch

1 irgendwie: "Mensch, hätte man da früher sich vom PED gemeinsam ne Entscheidung treffen
2 müssen. Wir müssen jetzt ihm aus seiner Not raus helfen." Weil er es von sich aus nicht
3 schafft, den Raum zu verlassen. Aber haben uns darauf geeinigt: Wir wollen nicht diejenigen
4 sein, die natürlich an ihn ran gehen, weil unterm Strich, er in Anführungszeichen gar nichts
5 macht. Es wurde leider später dann doch noch mal bedrohlich in einer Situation, die man/ in
6 der/ in der/ Auch im Nachgang hätte man das gar nicht einschätzen können ehrlich gesagt.
7 Ähm. Weil er schnell impulsiv wurde und eine andere Mitpatientin schlug in nem Moment,
8 in dem wir uns nochmal kurz zurück gezogen hatten. Nämlich in nem total friedlich, ne,
9 vordergründig friedlich aussehenden Moment. Das ist so, dass/ Wir haben uns fürs
10 Aushalten gemeinsam entschieden. Das würd ich auch/ Das glaub ich, hätten die Kollegen
11 auch weiterhin gemacht. Ja, es ist immer schwierig, in der, meistens ja auch
12 adrenalingeladenen, Situation/ Da, wenn die da nochmal, die Ruhe reinkommen zulassen.
13 Also: Wo befinden wir uns jetzt gerade? Was passiert denn jetzt unterm Strich? #00:42:57-
14 5#

15

16 AJP: Sie haben eben gesagt, Sie würden an ihn rangehen. Was bedeutet das, wenn Sie schon
17 früher auf ihn zu oder ihn irgendwie begrenzt hätten? Was hätte das/? Ganz am Anfang, wo
18 Sie gesagt haben: „Dann haben wir uns aber noch mal überlegt, wir lassen ihn da.“ Er/
19 #00:43:12-4#

20

21 KJPKKW 2: Es gab/ Es gab zwischendurch die Idee eines Kollegen: „Ok, dann bitten wir ihn
22 heraus, indem wir, ne, natürlich uns nähern.“ Und wir haben uns da klar gegen entschieden,
23 weil das nicht der Weg war, den wir gehen wollten. #00:43:25-8#

24

25 AJP: Also auf ihn zu, ok. #00:43:26-5#

26

27 KJPKKW 2: Genau. Ähm. Dann haben wir uns da natürlich mit denen Mitarbeitenden, die es
28 gab, äh, die Zeit genommen. Das ist glaub ich auch das, was transparente Gespräche/ und
29 die Zeit, die man sich nehmen muss. #00:43:42-3#

30

31 AJP: Die Technik, ja. #00:43:41-7#

32

33 KJPKKW 2: Also wir sind ne Stunde länger geblieben. Das ist/ Das ist dann halt mal so. Aber
34 ich glaube, das ist oft ganz wichtig. Und das ist dann/ So funktioniert. Ich kannte den Jungen
35 vorher nur vom Sehen einmal ganz kurz. Und manchmal schafft man das vorher da die
36 Bindung einzugehen. Und das bleibt dann in ner Akutsituation vielleicht dann auch doch
37 noch mal hängen. Und verhindert Fremdgefährdung. Und manchmal muss man das nach
38 solchen Situationen dann nochmal nachholen. Also ich war glaub ich dann zwei Stunden
39 danach bei ihm. Taute er dann auch wieder auf. Wurde klarer. Und wo es dann natürlich

17

1 auch deutlich war, in was für ner Not steckt er denn eigentlich gerade. Aber ja, das/
2 #00:44:28-6#

3

4 AJP: Und was ist passiert, als er die Mitpatientin geschlagen hat? Wurde dann nochmal
5 einge- #00:44:31-9#

6

7 KJPKKW 2: Wir haben dann getrennt. Dann mussten wir natürlich zu ihm. Haben ihn
8 begleitet, nicht runter in den Akutraum, sondern auf den eigenen Time-Out-Raum. Ein nicht
9 abschließbarer Raum. Und habens da mit ihm ausgehalten. Und das war auch wieder das
10 Stichwort. Natürlich lassen wir ihn da nicht alleine. Begleiten das, ja, begrenzen ihn. Das war
11 in dem Fall natürlich gegen seinen Willen, dass wir ihn in den Raum begleiten. Musste dann
12 aber in dem Moment sein. Einfach aus Schutz vor anderen Patienten oder dass er seine
13 Therapie nicht weiter gefährdet. Natürlich auch vor ihm. #00:45:15-2#

14

15 AJP: Ja. Ne, für uns ist das sehr hilfreich, wenn wir so im Detail erfahren dürfen. Jetzt
16 nochmal der Schwenk über diese Vorfälle, das kam eben auch schon. Wie werden die
17 eigentlich dokumentiert? Das ist ja auch ein Anteil von unserer Forschungsaufgabe gewesen.
18 Wir sollten eigentlich in Irland/ In Finnland ist das tatsächlich so, dass sie wie beim
19 Bundesamt für Statistik/ Es gibt öffentlich zugängliche Statistiken darüber, wie oft ein Kind
20 oder Jugendlicher oder Erwachsener übergreifig ist in einer Einrichtung der Jugendhilfe oder
21 der Psychiatrie. Und in Deutschland ist es schwierig. Also wir kommen nicht wirklich an
22 Daten. Und genau, jetzt sind wir einfach interessiert, wie wird es eigentlich hier, in diesem
23 spezifischen/ Im Wilhelmstift, wie wird es dokumentiert? Gibt es irgendwie eine interne
24 Vorlage? Und welche Informationen werden dokumentiert? Also wir wissen jetzt, in Irland
25 und Finnland haben die wirklich ne Excel-Tabelle, die ist sehr detailliert. Und auch was
26 geschieht, wenn ein Vorfall gemeldet wird? Und gibt es irgendwie Hürden? Also wäre
27 irgendein Mitarbeitender vielleicht, der noch neu ist oder/ Gibt es irgendwas, was jemanden
28 zurückhalten könnte, diese Fälle zu dokumentieren? #00:46:23-5#

29

30 KJPKKW 3: Also grundsätzlich wird das, alles was mit aggressiven, fremdaggressiven,
31 eigenaggressiven Verhalten, selbstverletzendem Verhalten, was mit Weglaufen und mit
32 Gewalt androhen und Suizid androhen zu tun hat, als besonderer Vorfall gekennzeichnet.
33 Wir haben mittlerweile eine digitale Akte. Da könnt ihr/ Da seid ihr Fachmänn- ((unv.)). Sonst
34 ist es so, dass jede Station ein Infobuch hat. Da wird das einmal eingetragen als besonderer
35 Vorfall. Damit klar ist, es kriegen alle mit und auch ich, mittlerweile. Herr * hat das früher
36 auch gemacht, aber mittlerweile ich. Ich krieg es auch mit. Und kann dann in die Akten
37 gehen und gucken, was genau ist passiert. Besondere Vorfälle sind in Meona Rot. Das sieht
38 man ((unv.)), ansonsten Schwarz, oder was ist das? #00:47:24-2#

39

40 KJPKKW 1: Ne, sonst ist Blau. #00:47:25-3#

1

2 KJPKKW 3: Oder Blau, ich weiß es nicht ((lacht)). Ähm ist mit Rot hinterlegt, besonderer
3 Vorfall. (.) Um zu gucken, also insbesondere was/ Wir dokumentieren das dann aber jetzt
4 nicht statistisch jenseits der Patienten. Das war ja so eine Frage. Jenseits der Patientenakte
5 wird das nicht dokumentiert. Was ich dokumentieren muss, ist jegliche Zwangsmaßnahme.
6 Und das ist/ Die wird quartalsweise an die Behörde weitergeleitet. Wir haben darüber
7 Gespräche dann auch jährlich mit Behördenvertretern. Ähm. Und die gucken dann genau,
8 haben wir/ Dokumentieren wir das. Das muss minutengenau dokumentiert werden.
9 Stimmen die rechtlichen Hintergründe? Bishin/ Also es ist anonym, weil die Behörde darf das
10 nicht wissen, wer das jetzt war. ((unv.)) Aber ja. #00:48:30-1#

11

12 AJP: Also gibt es so ne feste Vorlage oder gibt es/? Ich weiß, in der Jugendhilfe schreibt man
13 wirklich so ein Buch, ne? Da schreibt man dann einfach den Tagesbericht. Oder gibt es dann
14 ne echte Vorlage? #00:48:36-6#

15

16 KJPKKW 2: Ja, nen Pflegebericht gibt es. Ja. Also, darüber/ Also interdisziplinär ja auch der
17 Austausch mit den Ärzten, dass es im Ärzteteam bekannt ist. Darüber läuft die Info an
18 Sorgeberechtigte. Ähm. Es gibt Gefährderanalysebögen vom/ Also, die ((zögernd)) neuen
19 Mitarbeitenden werden in den Schulungen befragt bezüglich Auftreten herausfordernder
20 Situationen und bilden da einen Durchschnitt. Also das ist/ Es gibt schon den Raum, das
21 zumindest noch mal aufzuschreiben. #00:49:29-6#

22

23 KJPKKW 1: Und Zwangsmaßnahmen werden auch noch mal gesondert dokumentiert. Also,
24 wenn wir die Tür geschlossen haben. Aufgrund/ Also, oder auch bei Fixierungen wird das
25 noch mal gesondert dokumentiert, dass einfach/ Das geht auch an die Behörde bzw. ist für
26 uns da nochmal nachvollziehbar, wann genau was war. Ja. #00:49:55-4#

27

28 AJP: Ok. #00:49:55-5#

29

30 KJPKKW 1: Und wenn es wirklich zur Fixierung kommt, dann gibts auch nochmal, ist auch
31 alles ne Vorlage. Also, muss eben genau dokumentiert werden, wer dabei war, welcher Arzt
32 das angeordnet hat und so und zu welcher Uhrzeit. Ja. Mit welchem Fixiersystem. Solche
33 Geschichten. #00:50:16-2#

34

35 AJP: Ok. Wird da auch aufgeschrieben, wie es zu der Fixierung gekommen ist? Also würde
36 man da auch n bisschen Info bekommen, welche/ #00:50:22-4#

37

1 KJPKKW 1: Das würde, genau, das würde/ #00:50:25-3#
2
3 AJP: Welche Form von gewalttätigem Verhalten dem voraus gegangen ist. #00:50:27-1#
4
5 KJPKKW 1: Doch, ja, das wird dann halt als so ein besonderer Vorfall dokumentiert.
6 Manchmal/ #00:50:34-4#
7
8 AJP: Entschuldigung, der besondere Vorfall hat eine feste Vorlage, ne? #00:50:36-8#
9
10 KJPKKW 1: Der hat ne feste Vorlage, genau. Ähm. #00:50:40-0#
11
12 AJP: In allen Kliniken in Hamburg, oder? #00:50:40-8#
13
14 KJPKKW 3: Nein. Also vielleicht/ #00:50:42-6# #00:50:42-5#
15
16 AJP: Ne, ne? Das ist hier für Sie entwickelt. #00:50:44-2#
17
18 KJPKKW 3: Nein, wir haben uns da jetzt nicht abgesprochen. #00:50:47-0#
19
20 AJP: Es gibt so einen Fragebogen, wo dann in der Literatur manchmal steht, der ist inoffiziell
21 das Tool in Deutschland. Ich würde das jetzt nach meinen bisherigen Interviews bezweifeln
22 ((lacht)). #00:50:53-6#
23
24 KJPKKW 3: Toll ((gedehnt, lachend)). #00:50:54-6#
25
26 AJP: Ja, mir fällt auch grad nicht ein, wie er heißt. Schick ich Ihnen gern mal ((lacht)).
27 #00:50:59-7#
28
29 KJPKKW 3: Ne, es gibt wie auch immer von/ Von unterschiedlichen Gesellschaften gibt es
30 natürlich in der Form/ Also es gibt noch keine S3 Leitlinie dazu, aber/ #00:51:11-7#
31
32 AJP: Ne, ne? #00:51:15-3#

1

2 KJPKKW 3: Es gibt jetzt von der/ Der ärztlich-therapeutischen kinder- und
3 jugendpsychiatrischen Gesellschaft, da gibts: Wie gehen wir mit freiheitsentziehenden
4 Maßnahmen um, ein Vorschlag dafür. #00:51:26-7#

5

6 AJP: Ja, ja. #00:51:24-9#

7

8 KJPKKW 3: So, was ist alles zu bedenken. Genau. Aber jetzt kein festen
9 Dokumentationsfragebogen. #00:51:40-8#

10

11 AJP: Ich hatte Sie glaub ich gerade unterbrochen. #00:51:40-8#

12

13 KJPKKW 1: Ne, ich glaub, ich war fertig. Ich wollte aber zu den Bögen noch was sagen. Die
14 find ich/ Gibts nicht. Also aus Sicht des Mitarbeiters ist es eher, natürlich ist der Zeitfaktor
15 immer ne Hürde. Man muss sich an den PC setzen und dokumentieren. Aber eigentlich ist es
16 eher/ Also ich bin ja als Mitarbeiter auch nicht/ Auch kein Freund der Zwangsmaßnahme und
17 versuch das immer zu vermeiden und immer erst den deeskalativen Weg zu gehen. Und so
18 habe ich die Möglichkeit nochmal so ein bisschen den ((stockend)) Hergang zu
19 dokumentieren und das eben auch nach Außen transparent zu machen, warum es zu dieser
20 Situation gekommen ist. Nicht, um mich zu rechtfertigen oder so, aber vielleicht auch, um
21 selbst so ein bisschen/ Ja, das transparent zu machen einfach. Oder offen zu legen und auch,
22 ne, sich selbst auch zu hinterfragen, ja. An welcher Stelle, wie wir das vorhin schon hatten,
23 hätte man vielleicht, ne, was ändern können oder was anders machen können. Aber ich find
24 das immer nen Vorteil eigentlich, dass das so exakt dokumentiert sein muss. Und auch eben
25 auch nicht so im Alltagsgeschäft untergeht, sondern ne Besonderheit bleibt und ja. Und
26 natürlich an sich, klar, wenn man dann nach so ner Stresssituation sich noch mal dransetzen
27 muss, ist vielleicht ne Hürde, aber ich find nicht vom/ #00:53:20-3#

28

29 AJP: Ja das ist interessant im Kontrast zur Jugendhilfe, da haben mir manche Mitarbeitenden
30 gesagt es ist echt ne Hürde, weil ich hab einfach Angst, der wird danach tagessuspendiert.
31 Wenn ich das jetzt aufschreibe. Dann krie- dann gibt es so ne Art Sanktion und, genau, die
32 dokumentierens eben auch sehr wenig und haben auch gehört: "Vielleicht sollten wir
33 anfangen, es zu dok-, also ne, damit damit überhaupt unsere Mitarbeitenden Sensibilität
34 aufbauen: "Oh, wenn ich angeschrien werde, oder ich werde angespuckt oder ich werde
35 bedr-, fühle mich bedroht, hmh, aber #00:53:43-9#

36

37 KJPKKW 1: Ja, oder mir gibt das auch immer son bisschen das Gefühl, äh, andere können das
38 auch noch seh-, also ne, ich bin nicht alleine, äh, der sich das Gebrüll anhören musste,

21

1 sondern ich kann das wenigstens noch mal irgendwie ((lacht)) jemandem mitteilen, so. Was
2 davon nachher gelesen wird, ist natürlich immer was anderes, aber, ähm, das hat eher so ein
3 befreiendes Gefühl für mich, manchmal. Kommt auf die Situation drauf an, ne, also/ Und mir
4 fällt's und mir fällt's eher schwerer, wenn wenn bei Jugendlichen nichts passiert, den ganzen
5 Tag dann, da zu sitzen und irgendwie noch mal zu überlegen, was, irgendwas muss ja sein,
6 weil sonst wären wir ja nicht hier, ne. Das ist ja ((lacht)), äh ne/ #00:54:24-5#

7

8 KJPKKW 3: Naja und auch wenn wir ein Verständnis für die Gefühle haben, ähm, äh, das
9 Verhalten zumindest zu beschreiben. Also, äh, ähm, ist so wichtig für so, äh, und und und es,
10 ähm, legitimiert halt auch nicht, ne, also auch wenn wir es verstehen, wie auch immer, in
11 der Notsituation, aber/ äh, das das in irgendeiner Form einfach nur hinzunehmen, so, nee:
12 "War heute wie immer." Ja, aber wenn er mich/ äh, wenn wenn das so passiert wär, dann:
13 "Herr ((unv. Wort)), du Arschloch, lass mich raus!", dann kann ich das in ((unv. Wort))
14 Worten: "Wirkt immer noch angetrieben. Beschimpft mich." #00:55:06-0#

15

16 AJP: Welche Unterstützungsangebote gibt es genau? Also ich bin mir sicher, es gibt welche?
17 Und welche gibt es genau, wenn so was passiert? Was/ Auf Leitungsebene oder auf
18 kollegialer Ebene oder vielleicht noch außerhalb, weiß ich nicht, Supervision also was, was
19 kann man so/ was kriegt man so, wenn man jetzt so angeschrien wurde oder geschubst
20 oder geschlagen oder sich irgendwie dann ((unv. Wort))/ für ansich vielleicht, oder auch
21 wenn man, wenns einem auch vielleicht längerfristig nicht gutgeht damit. #00:55:35-3#

22

23 KJPKKW 2: Ja, das haben Sie glaube ich schon angesprochen, ne, also natürlich erstmal, und
24 das kommt auf diesen äh, Bögen eigentlich klar zum Ausdruck. Auch da ((langgezogen))
25 Anwesenheit von Kolleg*innen, ähm, das ist das was immer wieder gesagt wird. Gespräche.
26 Und auch da wieder die Zeit. In der Nachsorge oder, ne, das, also im akuten Fall gibt es die
27 Notrufsysteme und und die Anwesenheit und die Hilfe von allen, ähm. #00:56:08-5#

28

29 AJP: Und im Nachklang? #00:56:11-0#

30

31 KJPKKW 2: Genau, im Nachgang gibt es auch, äh, die Nachsorge über, je nach Heftigkeit gibt
32 es, äh, auch ((unv. Wort)). Und wird, muss organisiert werden. Ne Einzelsupervision, die sich
33 jeder holen darf, der Bedarf hat, ähm/ Ich hab vor drei Stunden einen Arbeitskollegen
34 gerade gefragt, wie es ihm jetzt im Nachgang von gestern ging, weil er gestern als "Wickser
35 in gelb", äh, was auf sein, äh, sein Hemd anspielig schon war, Bezug genommen hatte und er
36 hatte das erstmal erzählt. Also der ist schon ganz ganz viele Jahre hier im, äh, im Haus und er
37 erzählte das nonchalant irgendwie und dann habe ich mir mal kurz noch mal die Zeit
38 genommen, zu fragen wie es ihm geht. Ich hatte gar nicht mit so ner großen Antwort
39 gerechnet. Ähm. Und ja, auch da war klar: Doch, den der der hört das natürlich auch nach 20
40 Jahren, nach 30 Jahren, ähm. Das ist die Psychohygiene, die in den, ähm, Fällen selber n

22

1 gutes Auge bedarf: Braucht der/die Kolleg*in in der Akutsituation selber gerade ne Pause?
2 Da müssen wir, und schulen wir auch für, dass man da wachen Auges immer noch ist, in der
3 Situation selber. Und im Nachgang natürlich auch eben die Situation einfordern darf,
4 Gespräche über Leitung, über die Erziehungsleitung oder Supervision. #00:57:48-2#
5
6 KJPKKW 1: Ja, ich seh das ähnlich. Also, äh, und aber mal, äh, also zu es gibt natürlich
7 offizielle, ähm, Geschichten, wie Supervision, wir haben Fallsupervision, wir haben
8 Teamsupervision. #00:57:58-3#
9
10 AJP: Wie oft findet das statt? Das interessiert mich nur mal im Vergleich zur Jugendhilfe. Also
11 wie oft/ #00:58:02-3#
12
13 KJPKKW 1: Fallsupervision in der Regel einmal im Monat und Teamsupervision zwei Mal im
14 Jahr ungefähr. Wir haben außerdem bei uns auf Station in meinem Teambrennpunkt einmal
15 die Woche und dann machen wir immer so ne Befindlichkeitsrunde, wo jeder auch noch mal
16 sagen kann: Was war irgendwie schwierig die Woche. Oder: Wie gehts mir so allgemein oder
17 habe ich vielleicht auch privat irgendnen Stress und deshalb sehe ich hier so abge- ((lacht))
18 abgerockt aus. Und, genau, das sind so die offiziellen Sachen. Dann versuchen wir jede
19 Fixierung immer nachzubesprechen. Auch wenn alles gut lief, ne, es gibt immer Sachen, die
20 dann doch noch mal auffallen. Oder der eine trägt dann doch noch mal was mit. Wir
21 versuchen auch sonst immer die schwierigen Situationen nachzubesprechen. Ja der
22 Austausch einfach im im Team, die gegenseitige Wertschätzung und vielleicht auch die
23 Beziehung untereinander im Team ist natürlich wichtig. Ja. Was gibts noch an offiziellen
24 Sachen? #00:59:20-6#
25
26 AJP: Von Leitungseben noch irgendeine/ #00:59:23-6#
27
28 KJPKKW 1: Da gibts auch nur/ #00:59:26-1#
29
30 KJPKKW 3: Jetzt schweig ich, ich rede immer gerne so viel, das ist doch/ #00:59:28-4#
31
32 AJP: Gut so! Das ist dankbar für mich. ((lacht)) #00:59:29-8#
33
34 KJPKKW 3: Nee, wir haben tatsächlich auch, und, also erstmal gibts diese informellen Wege.
35 Ihr macht das im Team. Zumindest versucht die Sensibilität dafür herzustellen. Dann auf
36 Akutstation gibts den Anspruch, und ich glaub ihr macht das zu 90 % genau, besondere
37 Vorfälle immer direkt mit den Beteiligten nachzubesprechen und zu gucken, wenn das was

1 Übergreifendes war, also, oder mehrere Stationen beteiligt waren, manchmal seid es nur ihr,
2 weil es in dem/ aber wo dann auch über das Notruf((unv.))system Kollegen/Kolleginnen
3 beteiligt waren, zu gucken: Wann ist der nächstmögliche Zeitpunkt für ne Nachbesprechung?
4 Wie gehts wem, wie, wo, was? Ich hab eine Kollegin, die in großer Stundenzahl fürs
5 betriebliche Gesundheitsmanagement zuständig ist. Die Ansprechpartnerin ist für
6 insbesondere alle neu- für alle neuen Kollegen/Kolleginnen. Macht regelmäßig Termine mit
7 denen, denn da gibt es ein offizielles Vorgehen, dass es sobald es zu einem Vorfall, und ich
8 geb Ihnen das einfach mit, bevor das #01:00:41-2#

9

10 AJP: Ja, gerne! #01:00:42-6#

11

12 KJPKKW 3: Das ist für alle Kollegen/Kolleginnen zugänglich. Sozusagen, Mensch, was kann,
13 was passt, was, wenn mir was passiert ist, was kann ich hier tun? Und dann gibt es diese
14 zwei Formen der Checkliste nach kollegiale Nachsorge, sozusagen, zu gucken. #01:01:00-4#

15

16 AJP: Und das ist der Unfallmeldebogen. #01:00:59-8#

17

18 KJPKKW 3: Es gibt n Unfallmeldebogen. #01:01:01-6#

19

20 AJP: Da gibt es nämlich n paar Statistiken. Entschuldigung, jetzt habe ich Sie abge-, jetzt hab
21 ich Sie wieder abgelenkt. #01:01:07-7#

22

23 KJPKKW 3: Alles gut. Wenn mir was passiert: N Unfallmeldebogen schreiben. Auf jeden Fall,
24 auch bei der kleinsten Verletzung. Und wenn ich merke, dass mich das auch belastet, dann
25 auch, also auch ein Unfallmeldebogen: Boa, ich bin psychisch belastet. Das ist dafür da. So,
26 dass was wir dann Deeskalationsmanagement ((lacht)) schulen. Und darüber hinaus. Manche
27 machen das un- informell: "Ich möcht jetzt nicht noch was noch was ausfüllen müssen." Und
28 kommen dann entweder auf ihre Stationsleitung: "Ich brauch noch das und das. Ich hätte
29 gerne", darüber hinaus, wenn so was ist, und das haben viele Kolleginnen schon wahr
30 genommen und Kollegen, jenseits von dem kollegialen Gespräch, "ich hätte gerne mit ner
31 außerhäuslichen Supervisorin/" #01:01:52-3#

32

33 AJP: Ok, das geht auch. #01:01:52-3#

34

35 KJPKKW 3: Ja. Bieten wir unbedingt an. Das ist auch hilfreich! Ne, zu gucken, weil manche
36 sich tatsächlich dann so ne Überlegungen haben: "Wie hab ich was, hab ich was falsch
37 gemacht? Weil mich das so betrifft und andere betrifft gar nicht." Und wenn wir dann

24

1 sagen, nee, toll, wenn du, also, blöd, dass dich das jetzt fertig macht, aber das es dich
2 berührt, das sagt dass du sensibel für/ in irgendeiner Form bist, so. Das ist/ Und wenn du
3 dann schnell damit umgehst, kann das eher hilfreich sein, bevor du es weg drängst.
4 Deswegen gibt es dann so tatsächlich so ein Lauf hin zu gucken: "Mensch, was ist/ was ist
5 mir passiert? Bin ich speziell betroffen?" Und dann: "Was wünsche ich mir eigentlich? Es gab
6 schon eine Nachbesprechung im Team. Möchte ich, dass die Leitung/ mich noch einmal mit
7 der Leitung aussprechen? Habe ich das als Arbeitsunfall gemeldet?" #01:02:37-5#

8

9 AJP: "Darf ich das haben?" #01:02:38-4#

10

11 KJPKKW 3: Alles. Das ist eine Überlastungsanzeige. Die muss man/ die kann schon vorher
12 geschrieben sein werden. Das kann das/ Aber auch bei einem, sozusagen, besonderen
13 Vorfall. Die geht dann auch an/ entschuldigung, dass ich jetzt so ((unv. Wort)) werde, aber
14 die geht dann auch sowohl an, also, Geschäftsführung, das ist bei uns die Pflegedirektion, an
15 Herrn Kopser und mich und auch an die Mitarbeitervertretung. Und die, das ist auch ganz
16 toll, ich schätze die echt, die fragt auch nach. So: "Was haben Sie/ was/" Wenn das jetzt
17 gehäuft vorkommen würde. Bishin wir sind schon auch nach/ wenn das so nach nach
18 Dienstplanbesetzung gefragt worden von der Mitarbeitervertretung: "Gucken Sie denn
19 darauf? Dass genug Kollegen/Kolleginnen im Dienst sind?" #01:03:19-2#

20

21 AJP: Wenn jemand jetzt auch öfter Opfer wird, vielleicht auch, ne? #01:03:21-0#

22

23 KJPKKW 3: Genau. Al- also also das in dem Bereich, das ist ((unv. Wort)). Die Durchdringung,
24 die ist unterschiedlich, würde ich sagen, dass d- dass da es/ also, die Kollegen, die bei uns in
25 der Fortbildung waren, die wissen das. Weil es gibt dort, glaube ich, auch manche alte
26 Kollegen, die gar nicht wissen: "Oh!/" Oder es schon wieder vergessen haben. "Stimmt, das
27 könnte ich auch noch nutzen." Oder da kann man nur/ Haben gerade noch mal heute drüber
28 gesprochen, dass wir wieder mal durch die Teams gehen und uns noch mal vorstellen und:
29 "Das und das und die und die Möglichkeit gibt es in den Bereichen." Ja. Nee. Aber/
30 #01:03:58-3#

31

32 AJP: Ich seh schon. Da da gibt es gan-, also, da gibt es viel auf allen Ebenen. Ich würde noch
33 mal ganz kurz, das kam eben auch auf, an Ihrem Arbeitsplatz hier in der KJP gibt es
34 irgendwie, jetzt noch mal ganz anders, organisatorisch oder auch wirklich so, vom Baulichen
35 her, gibt es hier eigentlich Risikofaktoren für Eskalationen in dem Gebäude? Sie haben eben
36 schon gesagt: "Früher war das, was das hier irgendwie die Akutstation, das ist anscheinend
37 ja schon/ hat sich verändert. Aber baulich oder von den organisatorischen Abläufen, die, die
38 so was, die das vielleicht sogar erhöhen, die Wahrscheinlichkeit? Oder die in sich schon so
39 gebaut sind oder so organisiert sind? Da haben Sie auch schon ganz viel dazu gesagt. Dass es
40 deeskalierend wirkt. #01:04:39-9#

25

1

2 KJPKKW 1: Naja, wir haben/ wir haben natürlich das Glück, dass wir jetzt hier einen Neubau
3 haben. Und aus der/ und wir haben das Glück, dass uns der nicht einfach hingestellt wurde,
4 sondern wir mitbestimmen konnten, wie das auch arch- von der Architektur her ablaufen
5 soll. Oder zumindest, ne, klar, sind das ganz viele Leute, die da mitreden. Aber man kon- man
6 hatte da schon auch die Möglichkeit, bestimmte Sachen wie zum Beispiel gab es von den
7 Farb- vom Farbmanagement schon gibt es unterschiedliche Methoden, ne? Und auch von
8 den Räumlichkeiten. Also, ich finde das/ da sind viele Risiken ausgeschlossen worden.
9 Natürlich gibt es immer Risiken. Gerade was Selbstverletzung angeht, ne? Wir können nicht
10 jeden Gegenstand wegschließen oder wegpacken. Da gibt es immer Risiken, aber/ Und
11 natürlich gibt es so Risiken, die immer bleiben, auch. Wie zum Beispiel, das wir eben auch
12 mal unfreiwillig ne Tür zumachen, ne? Das ist einfach auch von der Struktur so gegeben.
13 Aber ich finde, da ist viel abgebaut worden. Da sind wir natürlich auch interessiert noch mal
14 in den Teams zu fragen: "Wo/ wo sind jetzt die Knackpunkte? Was hat sich geändert?" Das
15 gibt immer/ ja, es ist, also auch in unserer Erhebung taucht immer wieder auf, dass es immer
16 wieder bestimmte Zeiten zum Beispiel auch gibt, wo Sachen eskalieren. Also so
17 Dienstübergabe. #01:06:28-4#

18

19 AJP: Interessant! #01:06:28-4#

20

21 KJPKKW 1: Oder zum Abend hin ist natürlich anstrengender wie am Vormittag, wo die
22 Patientinnen und Patienten Termine haben. So, das sind so die Faktoren, würde ich sagen.
23 #01:06:52-6#

24

25 KJPKKW 2: Durch den Neubau haben wir einen großen Raumgewinn. Es gibt für die
26 Jugendlichen viel viel mehr Plätze, viel viel mehr Rückzugsmöglichkeiten auch. Manchmal
27 kann das dazu führen, dass jemand aber nen/ weniger mitbekommen, was vielleicht jetzt
28 mal in den Kontakten mit Familie, Freunden, zu Hause abläuft. Unsere Büros befinden sich
29 vor dem Eingang der Station. Es gibt Balkonnischen, die werden sehr gerne benutzt. Kleine
30 Räume. Da/ Es war in unserem Altbau so, dass man relativ in Hörweite immer irgendwie
31 viele Situationen, die potentiell sich irgendwann mal ein bisschen/ oder sie sich potenzieren
32 könnten, schon früher mitbekommen hat dann, ja? Bedarf es jetzt gerade ein/ noch mehr
33 nachfragen, zuhören, Aufmerksamkeit, aufmerksam sein. #01:07:59-9#

34

35 AJP: Ja da/ #01:08:02-4#

36

37 KJPKKW 3: Also ein, weiß ich nicht, ein Haupt ((unv. Wort)), aber ich glaube da gewöhnen
38 sich Kollegen auch immer mehr dran, ist der erhöhte Dokumentationsaufwand. Das darf
39 man einfach nicht vergessen. Also eben zumindest im Vergleich zu vor 20 Jahren. So was ihr

26

1 und wie ihr dokumentieren müsst ist mehr geworden. Es ist, ja, also ich weiß nicht wie viel
2 wie viel Prozent eurer Arbeitszeit, die dann auch mit Dokumentieren zubringen, ne? Und da,
3 da, da gilt es aber irgendwie zu gucken: "Wie kann ich das gut in meinen Arbeitsalltag
4 integrieren?" Und dann, das fände ich auch mit den mit den Räumen, klar, ich muss/
5 Einerseits wollen wir denen auch so einen Rückzugsraum bieten. Die Jugendlichen brauchen
6 das auch. Es gibt auch ein Zuviel an Kontakten, aber da/ je nach Millieu der Station ist/
7 Kinderstation: Ich muss präsenter sein. So. Jugendlichenstation, da muss ich ein Gefühl dafür
8 kriegen: Das ist gut, da passiert gerade nichts Malignes. Wenn sich Jugendliche, hattet ihr
9 auf Station auch schon mal, dann gegenseitig eher der Therapie mit/ gemeinsam der
10 Therapie entfernen oder dem Zugang zu zu den Kollegen / Kolleginnen. Das finde ich schon,
11 also/ grundsätzlich ist die Möglichkeit. Wir haben mehr Betten als Plätze. Das ist ganz toll.
12 Also es spielt/ eigentlich wollen wir jedem Jugendlichen das zutrauen, auch ein
13 Doppelzimmer zu belegen. Weil das ist auch wieder eine Auseinandersetzung mit anderen.
14 Da wo es nicht geht, kriegt er aber auch, oder die, ein Einzelzimmer. Das war früher auf
15 eurer Station überhaupt nicht möglich. Da gab es vier Doppelzimmer und ihr musstet immer
16 mit acht voll sein. #01:09:41-3#

17

18 AJP: Eieiei! #01:09:41-3#

19

20 KJPKKW 3: Rumms! Das war alleine schon/ #01:09:44-4#

21

22 AJP: Das ist die Station für ((lacht)), ok, Störungen des Soziallebens ((lacht)) #01:09:49-9#

23

24 KJPKKW 3: ((lacht)) Ich kenne, nein, das/ Ein bisschen war die Sorge: Wie ist das, wenn wir
25 jetzt doch weiter auseinander sind? Also, früher waren bei zwei Stationen die Büros
26 nebeneinander. Und da war/ oh, bin ich je- insbesondere im Nachtdienst ist das son
27 bisschen: "Oh, da bin ich jetzt alleine auf einer Station." Und, wir sind wesentlich weiter
28 auseinander auseinander. Ich fand es spannend, wie die Schleuse angenommen wird. Wir
29 waren früher eine Akutstation ohne irgendeine Schleuse. Da gab es dann gar nicht so diese
30 aggressiven Sachen, aber es war schneller, leichter zu entweichen, so, ne? Das ist irgendein
31 kurzes Gerangel, irgendjemand macht auf, es ist ein Handwerker, es ist irgendwer, der nicht
32 genau achtet und schwupp, weg war sie. Und da hab/ hab ich so gefragt: "Mensch", hab ich
33 mich so gefragt, "wenn wir uns jetzt so als Hochsicherheitstrakt bauen, mal sehen was, was
34 das so mit den Jugendlichen macht. Aber ich finde, dadurch, dass die so hell ist und so
35 gläsern/ bis jetzt/ Kämpfe an der Schleuse sind jetzt/ gabs noch gar nicht. Oder? #01:10:47-
36 2#

37

38 AJP: Schleuse ist so der Übergang in- #01:10:49-9#

39

1 KJPKKW 1: Das ist einfach so eine Doppeltür. Und man kommt erst durch/ die eine Tür geht
2 erst auf, wenn die andere zu ist. #01:10:55-0#
3
4 AJP: Ja, okay. #01:10:55-5#
5
6 KJPKKW 3: Genau, man kann nicht direkt/ #01:10:58-0#
7
8 AJP: Okay, kann ich mir vorstellen. #01:10:58-0#
9
10 KJPKKW 1: Ein bisschen wie auf der ISS. #01:10:58-0#
11
12 AJP: ((lacht)) #01:10:59-9#
13
14 KJPKKW 3: Genau, dass man nicht in den Weltraum raus gesogen wird ((lacht)). Nee, aber
15 das war so/ das Ding, es bleibt/ ist eigentlich, also zumindest von der Idee her auch schon
16 ein bisschen sicherer, aber man kann viel mehr damit spielen. Das finde ich so/ ((zieht die
17 Luft durch die Zähne)) Ja und wir sind, aber das ist wie bei jedem Neubau glaube ich erstmal
18 gewissen Problemen unterworfen. Also ihr musstet schon mit ganz vielen Neuerungen
19 erstmal klar kommen. Und manchmal mit technischen Fehlfunktionen bis heute, die noch da
20 sind. Angefangen bei diesen Piepersystemen. Das hat überhaupt nicht funktioniert. Also wir
21 sind hier auf/ mit/ in irgendeiner Form/ ohne funktionierendes Notrufsystem, sind wir
22 gestartet. #01:11:44-4#
23
24 AJP: Oha! #01:11:44-4#
25
26 KJPKKW 3: So. Im Augenblick haben wir ein Türenproblem [,] ohne Ende, dass teilweise die
27 Türschließung, nun elektronische Türschließung, nicht richtig funktionieren oder nur halb
28 funktionieren. Ich glaube bei euch sind selbst Patiententüren im Augenblick völlig/ die sind
29 neu und gehen nicht, ne? Oder manche Türen darf man nicht schließen, oder? #01:12:13-0#
30
31 KJPKKW 2: Ja, ja. Auch weil/ #01:12:16-1#
32
33 KJPKKW 3: Ja das ist für manche Patienten unaushaltbar. Also vielleicht tollerieren die alles,
34 aber/ also das ist gerade/ #01:12:20-9#

1

2 AJP: Ja. Hier kommt unser letzter großer Schlenker. Was verstehen Sie unter Grenzsetzen
3 oder disziplinarischen Maßnahmen? Das ist schon ganz oft aufgekommen, ne? Und trotzdem
4 ist es noch mal wichtig. Wir müssen ja immer in der Forschung alles/ ne? Was halten Sie von
5 der Art, wie Zwang eingesetzt wird? Ist ja auch immer interessant, wenn jemand lange dabei
6 ist: Hat es sich irgendwie verändert? In der Klinik. Genau. Also, was, was verstehen Sie
7 darunter? Ist eher auch noch mal eine Frage für die Jugendhilfe. Die müssen das für sich
8 manchmal erst so ein bisschen definieren. Aber was würde da so darunter fallen? Genau.
9 Wie geht es Ihnen so mit dem Umgang damit hier? Was halten Sie davon? #01:13:01-1#

10

11 KJPKKW 3: Also für mich sind das ja schon drei völlig verschiedene Begriffe. Also ganz
12 unterschiedlich! Mit "disziplinarisch" habe ich ein großes Problem. Ich bin ein groß/, also,
13 weil, ich bin ein großer Freund von gut, gut und wohl überlegt eingesetztem
14 Zwangsmaßnahmen. Also, wir haben das so definiert bei uns: Zwang, und dem sind wir uns
15 auch bewusst, das ist- muss legitimierte Gewalt sein. Sonst ist es, also ich, ja/ und dann ist es
16 ein Zwang und dann weiß ich, dass ich Gewalt ausübe, aber das darf ich nicht in irgendeiner
17 Form aus irgendeinem Grund. Wir brauchen dazu eine rechtliche/ einen rechtlichen
18 Rahmen, sonst, also Zwangsmaßnahmen wären bei uns: Türen schließen, jemanden
19 festhalten, bis hin zur Fixierung, Zwangsmedikation, Zwangsernährung. Und für all das
20 brauche ich: a) eine psychiatrische Begründung erstmal, dass es ärztlich- und dann brauche
21 ich aber auch, sozusagen, etwas Legitimiertes. Also dann dür- dann dürfen wir in irgendeiner
22 Form Zang anwenden. Ich glau- Da ist/ so/ Grenzsetzung finde ich etwas Wichtiges und
23 Tolles und Gutes. Meine eigenen Grenzen zu zeigen: "Du das geht/" Also, ohne jetzt
24 irgendwie authentisch, weil ich jetzt scheiße drauf bin, bin ich jetzt authentisch und brülle da
25 rum, nein! Aber sozusagen, das ist, wir versuchen, das ist auch so ein Teil von Deeskalation.
26 Und das sollen die Jugendlichen hier auch Lernen: Der Herr Schmidt hat vielleicht ein bissch-
27 also, im Rahmen, ne andere Grenze. Den stört nicht, wenn ich Motorhead höre. Aber wenn
28 Herr Kille kommt, dann spiele ich doch lieber Schlager oder, ich weiß es nicht, nee, aber das
29 bringt, wie auch immer/ das soziale Lernen funktioniert mit Grenzen. Aber das muss
30 beidseitig sein. Die Jugendlichen dürfen uns auch angemessen, oder selbst ein Kind, Grenzen
31 setzen. Ich habe da/ Ich habe vor ein paar Wochen ein Mädchen angesprochen: "Junge
32 Dame, kannst du mir sagen wo/" Und die hat zu mir/ und das fand ich so toll, ich habe meine
33 Tochter gesehen. "Ich bin ganz bestimmt alles, Herr Niederkahl, aber keine junge Dame."
34 Und dann habe ich mich wirklich entschuldig. Toll! Wow! Grenze gesetzt! Super! "So sprichst
35 du nicht mit mir!" Ganz angemessen, ((unv. Wort)). Danke! Grenzsetzen ist super wichtig.
36 Muss natürlich gucken, in welchem ange- angene- und damit, also, ist ein, ein zentrales
37 Mittel unserer Arbeit hier, aber mit, mit einem Hintergrund: Wem mache ich das
38 gegenüber? Und wie mache ich es? In welcher Art und Form? Und, und wir haben doch
39 einen Auftrag, nämlich Behandlung von Jugendlichen in Krisen. Den muss ich dann auch im
40 Hintergrund sehen. Das ist wie Grenzen ((unv. Wort)). Ja und disziplinarisch, wir versuchen/
41 wir hatten das früher mal: disziplinarische Entlassungen." Nennen wir heute auch noch so,
42 ne. Und unser Chefarzt hat damit: "Ah, disziplinarisch!" Geht ja nicht um Disziplin, sondern
43 eher zu gucken, also wenn wir eine, wenn wir eine Behand- wenn wir jetzt sagen eine

29

1 Behandlungsunterbrechung, weil wir es in irgendeiner Form so abgesprochen haben. Das
2 Verhalten ist noch tolerabel, das wusstest du aber vorher und eigentlich trauen wir es dir
3 auch zu. Aber du verstößt trotzdem dagegen und dann ((seufst)) dann markieren wir es oder
4 sanktionieren es oder wie auch immer. Also diese Haltung: "Aber du, du/ Wir haben dir das
5 vorher angekündigt." Oder Ihnen oder wie auch immer, als Jugendliche siezen wir ab 16.
6 Also deswegen diese drei Begriffe, wären da für mich jetzt so unterschiedlich. #01:17:04-6#

7

8 AJP: Ja, aber das haben wir jetzt schon/ das war gut, dass Sie das jetzt/ #01:17:09-4#

9

10 KJPKKW 2: Nur ergänzend zu einer Unterbrechung der Behandlung. Da folgt auch dann aber
11 auch immer eine Einigung und auch das Angebot an Wiederkehr. Und: "Wir sind trotzdem
12 mit dir noch weiterhin bereit, das weiter zu gehen. Aber im Moment klappts heute nicht und
13 dann klappts morgen wieder." #01:17:29-9#

14

15 AJP: Das ist eben in der/ auch ein sehr spannendes Thema in der Jugendhilfe, ne? Zu dem wir
16 ja auch jahrelang jetzt schon was machen. Der Umgang/ und deshalb auch die vielen
17 Begriffe, weil die Jugendhilfe muss man manchmal erstmal ein bisschen einfangen, weil die
18 sonst immer sehr schnell: "Also nee, da, also so was haben/ das ist ja bei uns/ machen wir ja
19 nicht." Und dann, aber so etwas wie Tagessanktionen gibt es eben auch. Und/ genau, es gibt
20 ja auch so Vorstöße auch von der KJP Elmshorn, die jetzt anscheinend, ich weiß nicht wie
21 ((unv. Wort)) das wieder gemacht hat, irgendein Gesetzesbeschluss durchgekriegt hat, dass
22 sie eine Jugendhilfeeinrichtung hat, wo die jetzt zum Teil mal festhalten können. Auf eine Art
23 und Weise, wie sie es eigentlich nur in der KJP dürfen. Und, also, sie sagt, das hat irgendwie
24 wirklich bahnbrechende Erfolge jetzt schon bei manchen Kindern und Jugendlichen gezeigt.
25 Und das ist ja so ein bisschen diese Grenze, die sich/ die manchmal so aufgebaut wird, die
26 sich aber glücklicher Weise immer mehr auch so ein bisschen auf/ ne, das ist/ in der Sozialen
27 Arbeit kann es manchmal sein, dass es sehr schnell sehr ideologisch wird und sehr/ genau,
28 und deshalb ist es so ein bisschen so/ ist es immer spannend zu hören: Wie, wie ist es hier?
29 Und: Gibt es hier noch manchmal dieses Gefühl, wir müssten noch was verbessern? Also
30 mein Eindruck ist jetzt gerade: Es ist sehr reflektiert mit dem Umgang mit Zwang. Oder/
31 #01:18:40-5#

32

33 KJPKKW 1: Also es ist manchmal/ Wir haben oft, also, wenn wir, es ist/ geht auch manchmal
34 in die andere Richtung. Also ich war schon mit manischen Patient*innen stundenlang hinten
35 auf dem Feld draußen unterwegs. Wir haben natürlich auch immer so ein bisschen die
36 Grenzgänger, Systemsprenger, wie auch immer, wie man die nennen mag. Wo es dann/ die
37 dann hier zwar geschlossen untergebracht sind, aber ich auch die Möglichkeit haben muss,
38 mit denen raus zu gehen. Das ist oft nach außen schwer zu kommunizieren, gerade mit der
39 Polizei ist das manchmal schwierig, die dann nicht versteht, warum wir die raus lassen. Oder,
40 ne: "Die sind doch hier geschlossen untergebracht." Und viele haben da ein bisschen eine
41 andere Vorstellung von. Und ich finde das aber sehr wichtig und die Möglichkeit hat zum

30

1 Beispiel ja die Jugendhilfe viel mehr. So in diesem/ auf dieser Beziehungsebene unterwegs zu
2 sein mit denen. Und dann, ich habe dann natürlich den Druck: Okay, meine Station, ich bin
3 nicht auf Station, ne, für zwei Stunden. Weil ich mit irgendeinem Jugendlichen da draußen
4 Spaziergänge mache und so weiter. Da macht sich so eine Kette auf, die mich natürlich auch
5 unter Druck setzt. Und trotzdem ist es auch wenn wir, auch im Akutbereich, Psychotiker zum
6 Beispiel länger isolieren müssen wirklich einfach für die Reizabschirmung, die wieder so
7 stückweise in die Welt raus zu begleiten, sozusagen. Oder mal Spaziergänge, so wie wir das
8 früher auch immer zu zweit vielleicht begleitet oder so. Und das ist eben sehr wichtig und ist
9 auch so förderlich dann für die Behandlung. Aber im Gegenzug steht dann immer die
10 geschlossene Unterbringung sozusagen, oder die Zwangsmaßnahme oder das/ Und das aber,
11 ja, da immer wieder auch die Möglichkeiten aufzumachen, dass das auch möglich ist.
12 Genauso wie auf/ man mit anderen Jugendlichen mal die Möglichkeit hat, ein Eis essen zu
13 gehen oder so, ne? Einfach um nicht aus dieser Alltag- oder mal aus dieser Alltag- oder einen
14 Ausflug zu machen, das ist genauso wichtig. Und da finde ich, da kommen dann auch immer
15 so die, die guten Gespräche bei rum. Und die förderlichen. Oder auch die Bindung, die dann
16 auch hält, vielleicht, längerfristig. Ja. Und das ist/ den Vorteil hat eben die Jugendhilfe, ne?
17 Auf der anderen Seite haben sie aber nicht/ #01:21:15-4#

18

19 AJP: Genau #01:21:15-4#

20

21 KJPKKW 1: können sie nicht in unsere Richtung sozusagen. #01:21:18-0#

22

23 AJP: Ja. #01:21:18-0#

24

25 KJPKKW 1: Deswegen ist ja so eine Schnittstelle so wichtig, eigentlich. #01:21:20-7#

26

27 AJP: Ja. Genau. Nee das war auch überhaupt, ne, genau/ Die Jugendhilfe hat da einfach ihre
28 Grenze, ihre eigenen Herausforderungen auch, in dem Moment. #01:21:27-5#

29

30 KJPKKW 3: Absolut. Ihr beide kennt sie, ne, Torsten? Die Arbeit. Oder? In der Jugendhi- Also/
31 #01:21:33-9#

32

33 KJPKKW 2: Ja, ja, ja. Genau. Wir haben beide Jugendhilfe auch gemacht. #01:21:37-0#

34

35 AJP: Achso, ja dann muss ich das schon mal nicht als Thema/, genau. Aber das war noch mal
36 so, da, ne? Weil da ja auch so, ich glaube die benennen das schon manchmal auch
37 "disziplinarisch". #01:21:46-5#

31

1

2 KJPKKW 3: Ja. #01:21:46-5#

3

4 AJP: Gibt es denn noch irgendetwas? Also, es gibt ja immer etwas zu verbessern. Genau.
5 #01:21:50-5#

6

7 KJPKKW 3: Also es gibt eine ganze Menge zu verbessern. Also natürlich, weil die Arbeit ist
8 verdammt anstrengend. Die ist teilweise überfordernd, also wir haben/ diese
9 Belastungsanzeigen werden genutzt. Und manchmal nicht zu knapp. Und das ist/ Kollegen
10 stellen schon in Frage: Was wird mir hier teilweise auch zugemutet? Da müssen wir uns,
11 also/ so bei all dem was wir, ich glaube/ ob es das zu verbessern, vielleicht, ja, aber auch/
12 #01:22:16-7#

13

14 AJP: Also auch in Bezug auf den Zwang? Vielleicht würde mich ganz kurz noch vorher/ Wie
15 oft kommt es überhaupt zu so Zwangsmaßnahmen oder grenzsetzenden Maßnahmen? Kann
16 man das ungefähr sagen? Und gibt es da auch so klassische Auslöser für? Also was ist da die
17 Häufigkeit? #01:22:32-7#

18

19 KJPKKW 3: Bei Zangs-, also die erste Zwangsmaßnahme ist erstmal, es kommt eine
20 Neuaufnahme und dann/ die unfreiwillig kommt, und dann wird die Tür geschlossen. Hat
21 einen Beschluss, richterlicher Beschluss, und dann wird eher geguckt, wann können wir die
22 wieder aufheben? Haben wir Statistiken dazu. Wie viel Tage im Jahr wir/ jede Station,
23 geschlossen. Also, ich frage mal Herrn Kopps, ob/ der kann Ihnen das auch schicken. Also das
24 ist/ #01:22:57-9#

25

26 AJP: Da gibt es ganz viel zu, ja. Nee, nur so gefühlt mal, dass man ungefähr sagen kann/
27 #01:23:04-8#

28

29 KJPKKW 2: Also bei uns ist das schon hauptsächlich die Tür geschlossen, wegen/ #01:23:07-
30 1#

31

32 AJP: Also ich meine, das ist ja auch in der Institution hier so. Das hätte ich jetzt auch
33 erwartet. Ja. #01:23:10-5#

34

35 KJPKKW 2: Das trifft dann alle. #01:23:12-4#

36

1 KJPKKW 3: Das betrifft dann alle. Das trifft dann auch die Patienten, die freiwillig da sind. Die
2 müssen dann fragen: "Können Sie mich bitte raus lassen?" Sonst müssten die sich nur
3 abmelden: "Herr Killich, ich geh ((unv. Wort))." Aber jetzt/ Oder wie auch immer. Und dann
4 müssen wir die Tür aufschließen. In dem Bereich Isolation, das heißt das wäre bei uns:
5 Jemand wird aus der Gruppe raus genommen und hinten in den Akutbereich gebracht, wo
6 dann niemand mehr in irgendeiner Form sonst ist, außer ich habe da eine Eins-zu-eins-
7 Betreuung. Ja könnte/ Ich schätze mal so, das ist/ Also der Akutbereich ist schon häufiger
8 genutzt. Also, vielleicht ein Drittel? Ich weiß es nicht. Bis zur Hälfte, je nach dem, was für
9 Patienten denn/ Ist aber auch genau und minutengenau wird das dokumentiert, die
10 Isolation. Und Fixierungen, das hängt manchmal von bestimmten Patienten / Patientinnen
11 ab. Wir hatten vor zwei Jahren zwei oder drei Patientinnen, die ständig fixiert werden
12 mussten. Und wir sind nicht raus gekommen. Und wir haben so gerne irgendeiner Form/
13 ((lacht)) Immer wieder/ und dann hatten wir, ich glaube in zwei, drei Monaten fast täglich
14 eine Fixie- also, so wie/ Und dann haben wir wieder ganz lange Phasen, in der ersten Zeit
15 hier hatten wir glaube ich gar keine, also, gar keine Fixierung. #01:24:43-0#

16

17 AJP: Was machen Sie denn stattdessen? Wenn Sie/ wenn Phasen sind, wo gar nichts/ Haben
18 Sie dann einfach keine Vorfälle? Keine Auslöser? Oder gibt es dann andere Verhaltensweisen
19 oder andere Sachen die/? #01:24:52-8#

20

21 KJPKKW 3: Na auf jeden Fall/ Patienten / Patientinnen, also/ dann reichen alle anderen
22 ((lacht)) Unterformen, Möglichkeiten und Gespräche. Also, wir fixieren dann, wenn aus
23 psychiatrischen Gründen wirklich Gefahr für Leib und Leben, entweder für den Patienten /
24 die Patientin, was auch häufig vorkommt. Die sich so sehr selbst verletzen, schwer verletzen.
25 Oder für Mitarbeiter. In der Verkennung von Aggression dann wirklich eine
26 Gewaltbereitschaft herrscht, die uneinschätzbar ist, ne. #01:25:35-0#

27

28 AJP: Alternative Umgangsweisen mit Aggressionen und Gewalt. Die Aggressionen und
29 Gewalt verhindern, hatte ich da gerade noch so/ Das meinte ich damit, ne, wenn/ Gibt es da
30 irgendwie etwas/ oder würden Sie Trends beschreiben über die letzten/ weiß ich nicht, wie
31 lange Sie jetzt schon hier sind, Jahre, Jahrzehnte. ((lacht)) Nein, aber die sich so/ die jetzt/ In
32 der KJP Elmshorn kam das Thema so auf, da hat sie so/ passt so ein bisschen/ historisch
33 auch, ne? Früher haben wir dies und jetzt machen wir/ sind wir traumasensibel. Jetzt sind,
34 ne/ versuchen wir noch mehr in die Selbstfürsorge zu gehen. Dann arbeiten wir an der
35 Haltung. Und hat das dann so ein bisschen aufgezählt. Genau. Was bei Ihnen so/ #01:26:15-
36 5#

37

38 KJPKKW 3: Da glaube ich läuft eine ganze Menge. Also, seit dem ich da bin/ Ich habe hier
39 2000 a-, also hier 2000 angefangen. #01:26:27-0#

40

1 AJP: Ja, das ist/ finde ich interessant. #01:26:27-5#

2

3 KJPKKW 3: War vorher in einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wir hatten Regeln
4 ohne Ende. Wir haben Dinge gemacht, wo ich denken würde: Oh uff, nein, würden wir heute
5 nicht mehr so tun. Weder die Dinge auch dokumentiert/ Durch/ Wir hatten früher nicht die
6 Notfallpflichtversorgung. Die ist 2001 gekommen. Und haben dann noch erst überhaupt die
7 Möglichkeit gehabt, Patienten in irgendeiner Form zu fixieren. Und da mussten wir auch
8 ersteinmal rein wachsen. Und das, sowohl das Meldewesen, als auch die Hürde, so etwas zu
9 tun, die ist wesentlich höher geworden. Ich glaube am/ in der Einarbeitung von Kollegen /
10 Kolleginnen hier/ die Sensibilität für dieses Thema "Umgang mit Aggression und Gewalt" ist
11 eine ganz andere. Wir schulen schon/ also Grenzsetzung ist wichtig, aber in einer eskalativen
12 Phase hat Deeskalation immer Vorfahrt, koste es was es wolle. So. Also ich erinnere noch
13 Szenen: "Nee, aber, wenn jemand das und das kaputt macht, dann muss ich mich doch
14 dazwischen werfen. Das ist doch mal/" Nein! Dein Job ist erstmal für deine Sicherheit zu
15 sorgen und dann für/ und wenn du dann noch, das ist dann toll, wenn du dann auch noch für
16 die Sicherheit der anderen sorgen kannst. Insbesondere für die des Patienten. So. Darauf.
17 Und/ also das hat sich verändert. Aber wir haben mittlerweile/ genau, was so
18 traumasensible Kollegen und Kolleginnen auch im Pflege- und Erziehungsdienst, die sich
19 traumpädagogisch sehr gut auskennen. Mit einer Spezialstation, die BTA, wo fast die ganze
20 Station und wo/ Teile auch von anderen Stationen auch, ne. Also die Station ist komplett
21 geschult worden im Umgang damit, aber auf jeder Station waren einige Kollegen /
22 Kolleginnen, die da mit die Ausbildung gemacht haben. Wir schleusen viele Kollegen durch
23 Motivierende Gesprächsführung. #01:28:48-7#

24

25 AJP: Interessant! #01:28:48-7#

26

27 KJPKKW 3: Da finde ich, passiert mehr. Ja. Würde ich sagen. Und kann man auch nicht,
28 sozusagen ((lacht)), genug tun. Ich glaube Corona war ein bisschen schwierig, auch in dem
29 Sinne, dass es so ein bisschen zur Isolation von ganz vielen Sachen geführt hat. Auch von
30 sozialen Kontakten der Teams untereinander. Das ist ja so, Team stärken, sich auch mal
31 privat in irgendeiner Form zu treffen. Und das zu machen, das läuft wieder an und das ist
32 gut. Also das/ da würde ich ja sagen: Naja, aber wir haben nachwievor noch das Problem,
33 dass wir durch den Neubau und durch das Größer werden halt auch die Personalstellen
34 nachbesetzt. Die Teams sind schnell gewachsen. Und das hat in vielen Teams gut geklappt,
35 aber in manchen Teams gab es dann trotzdem Fluktuation. Auch auf der Akutstation. Nicht
36 weil die unzufrieden waren, sondern da gab es wieder den Grund und den Grund und da hat
37 es doch nicht gepasst und klack klack klack klack klack. Und ich glaube, wenn wir so da hin
38 kommen, auch zu gucken, dass wir so eine gute mittlere Fluktuationsrate haben, neue
39 Mitarbeiter sind auch toll, aber wenn die/ das ((unv. Wort)) stimmt. "Dieser Arbeitsbereich
40 ist für fünf Jahre jetzt, was für mich." Also, dann kann man das auch gut reinbringen in die
41 Teams. Ihr seid gerade dabei/ Safe Wards, ich weiß nicht ob Ihnen das etwas sagt, ist ein/
42 Sichere Station heißt das. Das ist ein Konzept von Kinder- und Jugend/ #01:30:35-0#

34

1
2 AJP: Safe Wards, ja, doch, kenne ich von einer Konferenz. #01:30:35-7#
3
4 KJPKKW 3: Das macht die/ Station G4 führt das gerade ein. #01:30:41-4#
5
6 AJP: Ach interessant. Ja. #01:30:40-5#
7
8 KJPKKW 3: Hat auch etwas Deeskalatives. So in dem Bereich. Und, ja, und ich glaube was
9 auch wich- in Teams glaube ich wichtig ist, ist dieses, dass das Multiprofessionelle auch
10 gelebt wird. Wir hatten ((unv. Wort)) schon immer der PED, der ärztlich therapeutische
11 Dienst, die es schon versuchen, zumindest, auch. #01:31:05-4#
12
13 KJPKKW 1: Ja. #01:31:05-4#
14
15 KJPKKW 3: Da arbeiten wir, klar, es gibt Funktionsbereiche und die haben auch
16 unterschiedliche ((lacht)) Aufgaben, aber dann muss das zusammengeführt werden. Und, ja,
17 Das glaube ich schon so. Und ich habe auch das Gefühl, da sitzt zum Beispiel eine
18 Stationsleitung/ dass das auch so dieses Miteinander im Team, dass das/ im Sinne der
19 Patienten auch was Wichtiges ist, was versucht wird zu leben. Also ((unv. Wort)) #01:31:36-
20 6#
21
22 KJPKKW 2: Das ist bei uns auch so, ja. Also dass ist immer/ Ich glaube da, aber das betrifft
23 alle Teams, die Jugendlichen kriegen immer schnell mit, wie so die Stimmung unter den
24 anderen ist. Und/ #01:31:51-6#
25
26 KJPKKW 3: Ja. #01:31:51-6#
27
28 KJPKKW 2: das ist einfach/ Also, alles was damit zusammenhängt, Teamhygiene oder
29 gegenseitige Unterstützung oder/ das ist schon viel wert. Ja. #01:32:09-6#
30
31 KJPKKW 3: Ja, das glaube ich auch. Also das steht und fällt mit der Teamhygiene. Die kriegen
32 das sofort mit. Also, die haben ein feines Gespür dafür. #01:32:17-4#
33

1 KJPKKW 2: Und das führt eben auch/ Also bei uns ist das tatsächlich so, wir haben sehr
2 wechselnde Gruppe immer, ne, wir haben täglich neue Aufnahmen und Entlassungen. So
3 dass das immer sehr schnell wechselt in der Gruppe. Und dann gibt es immer wieder
4 Situationen, wo so die Patientengruppe versucht, irgendwie gegen die Betreuer zu agieren.
5 Oder versuchen, irgendetwas raus zu/ Vielleicht auch Grenzen auszutesten und so weiter.
6 Alles was dazu gehört. Und das war immer hilfreich, dann dem entgegenzusteuern durch
7 Präsenz, die Leute ernst nehmen, Wertschätzung. So hat man das/ Klar muss man auch dann
8 manchmal räumlich/ und dann kann der mit dem nicht in einem Zimmer bleiben oder so und
9 die müssen wo anders hin. Das geht auch. Aber das ist dann, ja, macht dann schon viel aus.
10 Sonst spitzt sich das so zu. Und dann kommt es irgendwann zur großen Eskalation. Das ist
11 dann auch nicht förderlich. Also das hat schon viel, finde ich, viel auch, ja, wie wir/ Wir
12 nennen das immer so ein bisschen das Stationsklima. Oder, ne, also so wie so die
13 Atmosphäre ist. Das macht einfach sehr viel aus. Im Gegensatz zu allen Sachen, die es so
14 gibt. Und selbst auch in einer Zwangsmaßnahme, wir haben oft auch Patientinnen /
15 Patienten, die zwar in einer Zwangsmaßnahme bei uns sind, aber das nicht so empfinden.
16 Sondern eigentlich froh sind, dass ihnen jemand diese Verantwortung abnimmt. Dass sie
17 sagen: "Okay, wir/ ne, ich muss das jetzt nicht entscheiden. Wo ich bin, ob ich zu Hause bin
18 oder in irgendeiner Therapie oder in irgendeiner WG von der Jugendhilfe. Sondern das hat/
19 die Entscheidung hat mir jemand abgenommen. Und dann kann ich endlich mal jugendlich
20 sein." Oder wie auch immer. #01:34:16-3#

21

22 AJP: So etwas wie Zwangsmedikation, wie oft kommt so was überhaupt vor? Oder auch, so
23 diese/ wie im Film mit der Spritze und/ Was ja auch viel so Mythen sind, die sich so
24 übertragen. #01:34:29-8#

25

26 KJPKKW 3: Ganz selten! #01:34:26-4#

27

28 KJPKKW 2: Tatsächlich hatte ich das gestern ((lacht)). Aber das kommt wirklich nur/ also es
29 kommt sehr selten vor. Das sind wi- #01:34:37-2#

30

31 KJPKKW 3: Wir haben zwei/ #01:34:38-5#

32

33 ((alle durcheinander)) #01:34:41-7#

34

35 KJPKKW 3: Bei Kimberly war es auch. War es so. Bei dem ersten/ Also es ist ganz selten.
36 Nein. #01:34:45-4#

37

38 KJPKKW 2: Vielleicht fünf mal. #01:34:47-7#

1

2 KJPKKW 3: Wir bieten Bedarf an. So, wenn das zum Beispiel ist, dass ist was wir anbieten.
3 Dass/ dann würden wir/ wenn erstmal jemand nein sagt, glaube ich zumindest, zumindest da
4 wie es auch wenn es aushaltbar ist, ist das so, das kommt, manchmal bei akuten, wirklich bei
5 Erstmanifestation akute Psychose. Und das ist so/ obwohl, das habe ich auch schon lange
6 nicht mehr, oder? Erlebt. Ich weiß es nicht. #01:35:13-5#

7

8 KJPKKW 2: Ich weiß nicht, wie es auf der essgestörten Station ist. Ob das da vielleicht eher
9 mal Thema ist? Aber #01:35:21-3#

10

11 KJPKKW 3: Sondierung, ja da, da/ #01:35:23-0#

12

13 KJPKKW 2: da Sondierung auch eine Medikation ist. #01:35:24-6#

14

15 AJP: Okay, das ist natürlich speziell. #01:35:25-5#

16

17 KJPKKW 3: Sondierung, das läuft teilweise tatsächlich gegen deren Willen, aber da haben wir
18 zumindest die Zustimmung der Eltern. Aber das ist natürlich eine Zwangsmaßnahme,
19 absolut. #01:35:34-3#

20

21 KJPKKW 2: Und manchmal sind es auch Ambulanzpatienten. Also gestern hatte ich auch
22 jemand mit/ wo einfach eine Behinderung hat, wo das auch über Zustimmung der Eltern
23 erstmal ist. Der aber so eine Angst vor Spritzen hat, dass das im Grunde auch gegen seinen
24 Willen gelaufen ist, ne. Aber- #01:35:51-6#

25

26 KJPKKW 3: Hast du gestern in der Ambulanz ausgeholfen? #01:35:52-3#

27

28 KJPKKW 2: Nee, das machen wir dann hier bei uns auf Station. #01:35:54-5#

29

30 KJPKKW 3: Echt? #01:35:54-5#

31

32 KJPKKW 2: Und/ Aber es sind, das ist ein ambulanter Patient von Herrn Walter. Und der
33 kommt immer nur für eine- das sind so Depotspritzen einfach, ne. Wo die dann geschützt
34 sind, für eine ganze Weile. Und dann muss wieder neu aufgefrischt werden. Das machen

37

1 Leute freiwillig ganz oft, aber es gibt dann auch so Leute, die das eben nicht/ Aber die Eltern
2 trotzdem- #01:36:20-8#

3

4 AJP: Die Spritze einfach an sich? #01:36:20-8#

5

6 KJPKKW 2: Genau. Oder die Sorgeberechtigten, dann, zumindest mal/ #01:36:23-9#

7

8 KJPKKW 3: Mir ist noch eine, ja/ Wo wir gerade am Verbessern sind, Verbesserung oder
9 zumindest ein großes Problem, was wir gerade haben. Das ist die Verteilung von Akut- und
10 Notfallpatienten. Und das ist wirklich etwas, was alle Stationen, was wir auch/ beunruhigt.
11 Eine Akutaufnahmeaufnahme, die aber schon seit einiger Zeit immer wieder eigentlich so voll
12 läuft, dass sie gar nicht/ Und dann gibt es Überlegungen, wie kann welcher Patient wann wo
13 hin abfließen? Sozusagen entweder auf eine andere Station oder kann schon entlassen
14 werden, muss in der Krise noch dabehalten werden. Und das übersteigt teilweise tatsächlich
15 sowohl die Kapazitäten der Akutstation, als auch dann die Kapazitäten der therapeutischen
16 Stationen, die geplant aufnehmen und dann immer noch jemanden dazu aufnehmen sollen.
17 Wenn die Akutstation/ Und das ist wirklich etwas, was sowohl natürlich die Patientengruppe
18 auch, in irgendeiner Form, beun-, verunsichert, beunruhigt. Da kommt jemand, geht jemand.
19 Das ist/ manchmal klappt das gut. Aber halt auch die Kollegen und Kolleginnen ((unv. Wort))
20 der Arbeit. Das ist ein hohes Thema gerade. So von hinten/ bis auch der Rückfluss
21 umgedreht. Auf der Station G4 ist jemand der jetzt so akut ist, dass wir eigentlich das Gefühl
22 haben: Wir können den gar nicht halten! Der soll aber auf die Akutstation. Und aber auf der
23 Akutstation ist schon alles voll. Und, nee, da sind wir/ Wir haben noch keinen völligen Wurf,
24 aber das ist gerade halt auch ein Thema. Bis hin: Brauchen wir eine zweite Akutstation? Aber
25 was ist mit den ganzen/ #01:37:56-9#

26

27 AJP: Ich wollte gerade sagen, dass man sich vergrößert, oder wie kann man auf so etwas/?
28 Kann man ja gar nicht ((lacht))/ Nach Lüneburg verschiffen. Geht ja auch nicht. #01:38:03-6#

29

30 KJPKKW 3: Ja wir haben ein Bettenbedarfsplan von 61 Betten. Wir dürfen nicht einfach/ Der
31 ist mit der Behörde abgekannt. Aber man könnte überlegen. Ja genau, das war auch schon.
32 Brauchen wir eine zweite Akutstation? Gleichzeitig haben wir Wartelisten für die regulären
33 Patienten schon. Weiß ich nicht, was. Wen ihr alles im Orbit auf einer normalen Station habt.
34 Also, und das bringt zusätzlich in irgendeiner Form Unruhe und Druck. Und das müssen wir
35 irgendwie gucken, wie wir irgendwie/ wie wir das gut regeln. #01:38:35-5#

36

37 AJP: Das ist meine letzte Frage. Ich gehe mal davon aus, ne, Sie hier haben alle Erfahrung mit
38 Deeskalationstrainings. Sind alle irgendwie geschult, die hier arbeiten? Im Kontakt?
39 #01:38:47-5#

1

2 KJPKKW 3: Na wir haben, ich sage mal, zwei Gruppen, die nicht geschult, noch nicht oder
3 nicht geschult sind. Das ist das Sekretariat, was ich wichtig fände. #01:38:58-2#

4

5 AJP: Okay. Ja, ja. #01:38:58-2#

6

7 KJPKKW 3: ((unv. Wort)) bei den Patienten, was die sich teilweise anhören müssen, oder wie
8 auch umgehen müssen oder pop, pop, pop und unsere Lehrer. #01:39:07-4#

9

10 AJP: Ach! Achso. Okay. Das finde ich jetzt/ ja. #01:39:11-2#

11

12 KJPKKW 3: Da geht es glaube ich nur um in irgendeiner Form, das ist total doof, weil die nicht
13 hier ange- Die sind/ das ist eine andere Baustelle. Die sind nämlich in der Behörde. Die sind
14 in der Schulbehörde angestellt. #01:39:22-5#

15

16 AJP: Ahja. Wieder dieses Versollte. #01:39:24-0#

17

18 KJPKKW 3: Genau. Und da zu gucken/ Und ich glaube das gehen wir irgendwie an ((lacht)).
19 Das kriegen wir auch noch hin. #01:39:29-9#

20

21 AJP: Die Frage ist auch eigentlich nur ganz, ich wollte Sie jetzt nicht unterbrechen. #01:39:31-
22 6#

23

24 KJPKKW 3: Nee, sonst sind alle/ #01:39:33-6#

25

26 AJP: Sonst sind alle/ es hat mich nur mal gerade interessiert. Immer im Vergleich zur
27 Jugendhilfe. #01:39:36-9#

28

29 KJPKKW 3: Pflicht, Pflicht! Alle verpflichtend. #01:39:39-6#

30

31 AJP: Das interessiert mich dann. #01:39:39-6#

32

1 KJPKKW 3: Wir müssen einmal eine Grundschulung und dann alle drei Jahre mindestens
2 beschult in Deeskalation. #01:39:47-7#

3

4 AJP: Aber jetzt Frage an Sie: Was ist besonders hilfreich? Und was ist eigentlich in so
5 Deeskalationstrainings, die Sie gemacht haben, was ist tatsächlich nicht so nützlich? Jetzt
6 auch in Hinsicht auf unser Training. Wir können ja sowieso nur so viel liefern, damit, mit
7 dieser Brille. Man kann ja gar nicht, kann ja wahrscheinlich da nur bestimmte/ Aber was ist
8 so, wenn Sie jetzt noch mal so am Ende noch mal sagen: "Das ist so besonders hilfreich! Das
9 muss da rein." #01:40:11-4#

10

11 KJPKKW 3: Am Deeskalationstraing, speziell? #01:40:12-9#

12

13 AJP: Training, ja, ja. Also natürlich auch in Bezug darauf, dass wir eines entwickeln ((lacht)).
14 #01:40:19-2#

15

16 KJPKKW 2: Im Hinblick auf das Projekt: Ich finde schon die Situationstrainings, die wir
17 machen, in der Schulung, schon sehr hilfreich, weil man mal, natürlich ist es keine life
18 Situation, wie es dann vielleicht eher noch zum Tragen kommt durch so eine virtuelle
19 Geschichte. Aber es ist schon sehr nah dran. Und dadurch, dass ich das einfach selber spüre
20 und so der Situation erstmal ausgesetzt/ und das nicht theoretisch ist. Ich glaube das ist
21 einfach sehr hilfreich. Und, ja. #01:40:58-4#

22

23 KJPKKW 1: Mir fällt dieser Übertrag jetzt ein wenig schwer. Bezogen auf die Brille muss auf
24 jeden Fall da sein: Das Kontakt jederzeit da ist, ne. Jederzeit findet Beziehung statt. Selbst bei
25 Fixierung, und da einigen wir uns vorher drauf, erklären wir. #01:41:16-3#

26

27 AJP: Ja. #01:41:16-3#

28

29 KJPKKW 1: Wir erklären vom schwierigen Noch-nicht-Aufnahmegespräch durchgehend bis
30 die Situation vorüber ist. Also, wie gesagt, mir fällt der Übertrag gerade schwer. #01:41:29-
31 1#

32

33 AJP: Muss auch gar nicht. Hier steht auch nur: Was finden Sie an und für sich besonders
34 nützlich. In jedem Training, das Sie gemacht haben. Wie wir das jetzt übertragen bei uns, ist
35 ja/ die Frage kann ich gerade auch noch nicht beantworten. #01:41:40-5#

36

1 KJPKKW 1: Beziehung, Kontakt. #01:41:41-9#
2
3 AJP: Das finde ich, dass ist halt erstmal so als Komponente irgendwie wichtig, so. Und was
4 war irgendwie weniger hilfreich oder was ist gar nicht so nützlich, in Trainings die Sie jetzt
5 gemacht haben? Oder in Ihren Erfahrungen? Oder gibt es überhaupt irgendwas? #01:41:57-
6 8#
7
8 KJPKKW 1: Der Anspruch, glaube ich, schnellstmöglich eine Lösung zu finden. Das ist das, ich
9 muss davon wegkommen, dass ich jetzt mit der Lösung/ die kann im schlimmsten Fall
10 sowieso nicht passen, weil das nicht ((unv. Wort)) ist. #01:42:09-9#
11
12 AJP: Interessant! Ja. Ja. Also kann es im Grunde genommen fast auch nur zu üben in dem
13 Kontakt zu sein. Ohne dass man da jetzt das groß auflöst. Aber gut, das ist jetzt die
14 konkreten Gedanken, wie man das/ Das wird dann eben spannend, wie man das strukturiert.
15 #01:42:27-7#
16
17 KJPKKW 1: Natürlich schon die konkrete/ Wir schulen schon konkrete Techniken, Abläufe,
18 natürlich, dass man/ durch Widerspiegelung/ aber eben halt auch gemeinsam dahin kommt,
19 zu einer Deeskalation. #01:42:39-1#
20
21 KJPKKW 2: Ja, dass der Weg mehr so das Ziel ist. Und nicht: Am Ende muss irgendwie alles
22 Friede, Freunde, Eierkuchen sein, sondern/ #01:42:46-3#
23
24 AJP: Es hat sich alles aufgelöst. Ja. #01:42:46-9#
25
26 KJPKKW 1: Würde ich auch so sehen. Ja. #01:42:55-9#
27
28 AJP: Bei Ihnen noch etwas? #01:42:58-2#
29
30 KJPKKW 3: Das hat mich total abgelenkt, weil ich die ganze Zeit an den Holodoc denke, von
31 Raumschiff Enterprise. #01:43:03-8#
32
33 KJPKKW 1: Sagt mir nichts. #01:43:03-8#
34

1 KJPKKW 3: Bitte? #01:43:05-5#
2
3 KJPKKW 1: Das sagt mir nichts. #01:43:06-5#
4
5 AJP: Mein Mann ist auch großer Fan, aber ich schlafe jedes Mal ein. #01:43:09-4#
6
7 KJPKKW 3: Okay! #01:43:09-4#
8
9 AJP: ((lacht)) #01:43:10-2#
10
11 KJPKKW 3: Die haben auf dem/ in der zweiten Generation haben die ein Holodeck. Und da
12 kannst du einfach in solche Situationen, das ist virtual reality. #01:43:19-9#
13
14 KJPKKW 1: Achso. #01:43:19-9#
15
16 KJPKKW 3: Kannst du, zack! #01:43:20-8#
17
18 AJP: Achso! #01:43:21-3#
19
20 KJPKKW 3: Ein/ Daran denke ich gerade! Und der ist auch/ und die haben auch ein Holodoc,
21 also der die/ das könnte/ der behandelt. Der hat schon mal das Schiff gerettet! #01:43:29-7#
22
23 AJP: Witzig! #01:43:29-7#
24
25 KJPKKW 3: Wie auch immer. #01:43:31-9#
26
27 AJP: Es gibt immer irgendeine Assoziation zu Enterprise. #01:43:33-8#
28
29 KJPKKW 3: Aber die gehen halt auf das Holodeck, wenn die zum Beispiel auch irgendwas
30 üben wollen. Also/ #01:43:39-1#
31

1 AJP: Das ist so #01:43:39-7#
2
3 KJPKKW 3: Eine Kampfsituation, oder wie auch immer, oder auch eine Krisensituation. Also,
4 das gibt/ ich/ mir ist jetzt noch mal klar geworden, ich setze eine virtual reality Brille auf und
5 dann werde ich in irgendeiner Form/ also das ist das was ihr/ #01:43:53-0#
6
7 AJP: Ja! Und die Frage habe ich nämlich erfunden, dass ich immer jetzt am Ende frage: So,
8 wenn ihr jetzt die Programmierer seid, was soll/ wie soll die Situation aussehen? Ja.
9 #01:44:01-4#
10
11 KJPKKW 3: Weil das ist jetzt so, alles gut. Alles gut. Was das/ und deswegen/ und da war ich
12 gerade. Okay. Was kann ich da noch rein bringen. Da war ich gerade. #01:44:04-5#
13
14 AJP: Ja, das würde mich interessieren! #01:44:04-5#
15
16 KJPKKW 3: Was kann ich/ #01:44:07-4#
17
18 AJP: Wie soll die aussehen, die Situation? #01:44:09-4#
19
20 KJPKKW 3: Na, das ist/ #01:44:11-4#
21
22 KJPKKW 2: Naja, ich glaube realitätsnah ist einfach noch wichtig. Also dass es, ne, tatsächlich
23 sowohl ein Betreuer in der Jugendhilfe, also man weiß ja so ein bisschen, wie die ganzen
24 WGs aussehen. Und da gibt es natürlich auch tausend verschiedene unterschiedliche Sachen,
25 aber es muss glaube ich/ Aber das bringt wahrscheinlich schon die Technik mit sich, aber
26 dass es einfach sehr realistisch #01:44:36-5#
27
28 AJP: Ausieht. Und deshalb muss es zwei geben. #01:44:39-8#
29
30 KJPKKW 2: Ja #01:44:39-8#
31
32 AJP: Weil die planen tatsächlich so ein bisschen so ein eher klinisches/ #01:44:42-7#
33

1 KJPKKW 2: Setting #01:44:42-7#
2
3 AJP: Gut, ich war jetzt ja bis jetzt nur immer in der KJP Elmshorn. #01:44:48-7#
4
5 KJPKKW 3: Kann ich das zu zweit machen? Also das wäre für mich/ Weil ich rufe manchmal
6 Unterstützung. Oder ich habe/ Also, ich weiß gar nicht, ob das technisch möglich, also, ist,
7 so. Zu gucken, es kann ja auch eine Entscheidung sein: Du ich hole noch eine Unterstützung.
8 Oder kann ich/ #01:45:03-5#
9
10 AJP: Doch, das denke ich jedes Mal nach den Gesprächen. Also außer in der Jugendhilfe, wo
11 ich wirklich jetzt Situationen mir erzählt wurden, wo jemand ganz alleine/ Ich sitze im Büro
12 und irgendjemand das Messer nimmt weg im Raum nebenan und dann kommt der rein und
13 dann sitze ich wirklich alleine. #01:45:18-5#
14
15 KJPKKW 3: Also das wäre/ #01:45:20-9#
16
17 KJPKKW 2: Aber das ist technisch wahrscheinlich schwierig dann. Weil das kann ja eine
18 Situation sein, wo ich/ also ich kriege es alleine gemanaged dann, oder ich hole mir
19 Unterstützung. Das ist natürlich schwierig. Da ist wahrscheinlich so eine Situation wie in der
20 Jugendhilfe, wo man alleine im Büro sitzt, einfacher darzustellen. Oder das technisch
21 umzubauen. #01:45:42-2#
22
23 AJP: Vielleicht ist ja auch der Mehrwert schon diese Erregung einmal zu spüren. Diese Angst.
24 Vielleicht die noch mal an/ Vielleicht ist das ja schon ein Mehrwert. Vielleicht muss man auch
25 bescheiden dran gehen. #01:45:50-9#
26
27 KJPKKW 2: Ja, oder einfach die Situation zerlegen. #01:45:54-2#
28
29 AJP: Die Situation zu erleben. #01:45:55-1#
30
31 KJPKKW 2: Da kann ich auch aus meiner Erfahrung sprechen. Natürlich hat man schon viele
32 Situationen erlebt und man baut auch, also/ das ist so ein komischer Begriff, aber man wird
33 erfahrener einfach, dadurch. #01:46:08-9#
34
35 AJP: Ja na klar! #01:46:08-9#

1
2 KJPKKW 2: Und kann Dinge besser einschätzen. #01:46:11-7#
3
4 AJP: Ja. #01:46:11-7#
5
6 KJPKKW 2: Überblickt die Sachen schneller. Checkt den Raum irgendwie ab oder/ #01:46:16-
7 8#
8
9 AJP: Oder erlebt sich selber auch noch mal. #01:46:18-5#
10
11 KJPKKW 2: Oder erlebt sich selber oder/ genau. Kann mit seinen eigenen Gefühlen besser
12 umgehen und solche Geschichten. Ja. #01:46:25-7#
13
14 AJP: Wenn Ihnen da noch was einfällt, was wir im ((lacht)) Holodeck ((lacht))/ Weil das,
15 genau das ist es. Die Programmierer, die haben natürlich nichts von dem Thema. Die sitzen
16 jetzt immer vor uns und zeigen uns irgendwelche Bilder von der Feuerwehr, ne. Die machen
17 das halt auch total viel. Dass man dann so ein Feuer löscht. Solche Filme werden/ Und dann
18 sollen wir eben sagen: Wie soll das Zimmer/ Und dann/ Jetzt musste ich hier erstmal diese
19 internationale Gruppe, die aus/ Und dann auch noch sind die ja alle KJP, wir sind die
20 Einzigen, die auch noch die Jugendhilfe- Und das, genau. Ich wusste nich, dass Sie auch in der
21 Jugendhilfe tätig sind. Ich immer: "Die Jugendhilfe, da ist es übrigens so und so!" #01:47:01-
22 6#
23
24 KJPKKW 2: Nee, war/ #01:47:02-3#
25
26 AJP: Ja, aber dass ich hier so versuche zu erklären, wie die Jugendhilfe ist. Natürlich Quatsch
27 ((lacht)). #01:47:07-4#
28
29 KJPKKW 2: Nee, nee. #01:47:07-4#
30
31 AJP: Nur manchmal ist es, genau, es sind manchmal wirklich zwei Welten. Obwohl ich sagen
32 muss, in den letzten zehn Jahren hat sich da, auch in der Hochschule, wirklich viel verändert.
33 Also ich habe jetzt wirklich so viele Studierende, die so heiß sind, diese Interviews zu hören
34 und zu lernen und es geht nicht mehr so sehr um diese Diskussionen der/ #01:47:26-6#
35

1 KJPKKW 2: Ja und die Schnittstelle ist so wichtig. Weil wir haben immer, wir kommen da
2 immer an die Grenze. Da wissen wir/ wir würden dem Jugendlichen gerne/ also, es ist
3 immer, oder mal ganz oft sind es/ ist da auch ein Wechsel zwischen, ne? Da haben wir
4 Patientinnen / Patienten, die auch wechseln: Jugendhilfe, wieder zur Krise zu uns kommen,
5 wieder Jugendhilfe, wieder zu uns und so. #01:47:47-5#
6
7 AJP: Genau #01:47:47-5#
8
9 KJPKKW 2: Und da, ich finde das schon auch wichtig. #01:47:49-8#
10
11 KJPKKW 3: Aber da haben wir im, also ich glaube auch, also, sowohl was bei uns jetzt in den
12 Teams viele Kollegen, die Arbeit in der Jugendhilfe kennen. Ganz viele. Wir haben einen
13 hohen Anteil an Erziehern / Erzieherinnen, die wirklich da Erfahrung haben in
14 unterschiedlichen Bereichen. Und/ Aber ich glaube das ist zumindest, ich weiß das von
15 Harburg, ich glaube es ist in Elmshorn auch so. Also, in Harburg Frau Ott, oder vorher Herr
16 Braneck und hier Herr Walter und Thomas Koppser. Die sind halt an dieser Vernetzung mit
17 der Jugendhilfe von Kooperationen/ #01:48:22-3#
18
19 AJP: Mit denen habe ich schon 2013 Interviews geführt ((lacht)). #01:48:24-7#
20
21 KJPKKW 3: Sind die sowas von dermaßen interessiert, die sind davon so, also das ist
22 #01:48:28-6#
23
24 AJP: Besessen. #01:48:28-6#
25
26 KJPKKW 3: So wichtig! #01:48:31-3#
27
28 AJP: Nee, das ist wirklich/ Ja. Gibt es noch etwas, was interessant oder gut zu wissen sein
29 könnte? #01:48:38-7#
30
31 KJPKKW 3: Sie dürfen jetzt den Kuchen auspacken. #01:48:39-9#
32
33 AJP: Den habe ich extra nicht/ Weil wegen Corona darf man ja nicht. ((lacht)) Oh das war
34 wirklich peinlich heute morgen. Vielen, vielen Dank! #01:48:48-6#

1

2 KJPKKW 1: Danke auch. #01:48:48-6#

3

4 AJP: Jetzt hat vielleicht Herr Nieber- mein Mann hat mich ja ausschlafen/ Wir haben
5 eigentlich so einen Familienkalender, aber da hat er irgendwie nicht rein ge- "Doch, heute ist
6 doch ihr Tag, wo sie nur in die Hochschule fährt. Da kann sie auch mal ein bisschen-" Wenn
7 sie bis fünf Uhr mit meiner Tochter da hängt, sehr nett. Aber dann- oh Gott. Nee, aber gibt
8 es noch irgendwas? Vielen Dank! Das war echt anstrengend! Es war wirklich la- ((lacht)).
9 Also, nicht anstrengend, aber es war wirklich lang! Ich bin so dankbar, dass Sie sich so viel
10 Zeit für mich genommen haben. #01:49:10-4#

11

12 KJPKKW 3: Ja gerne! Nee das/ Wir lernen daraus auch, also, wie auch immer, auch.
13 #01:49:15-1#

14

15 KJPKKW 1: Ja. #01:49:15-1# #01:49:16-0#

16

17 KJPKKW 3: Und wir gucken auch gerade: Wie können wir noch etwas in irgendeiner Form
18 anders, neu aufstellen? Also so, das ist toll. Und wenn irgendwem, keine Ahnung, also/ auf
19 jeden Fall interessiert/ #01:49:33-2#

20

21 AJP: Ich schicke Ihnen alles! Und ich würde Sie wieder, wenn wir dann diesen Piloten
22 durchführen, dann würde ich Sie tatsächlich noch mal ansprechen. #01:49:36-3#

23

24 KJPKKW 3: Total gerne! #01:49:36-3#

25

26 AJP: Und, genau, wir machen dann ja auch mal eine Fachtagung und alles Mögliche. Und ich
27 freue mich auch einfach auch immer so über diese Studierenden. Wir haben halt wirklich
28 mittlerweile echt so einen Pulk von Studierenden, die dann/ vielleicht haben die dann ja/
29 Also so was manchmal auch für die KJP oder für die Jugendhilfe, dass die Prak- Also dass das
30 einfach auch bei den Studierenden bei uns auch noch mal mehr auftaucht, dass das auch
31 hier eine Stelle ist. Obwohl da haben Sie glaube ich nicht so Sorgen, ne? Sie haben viel
32 Nachbe- Also viele Leute die hier arbeiten wollen, ne? In der Jugendhilfe ist es tatsächlich
33 manchmal so, dass sie/ #01:50:08-8#

34

35 KJPKKW 3: Wir können immer gute Leute gebrauchen. ((lacht)) #01:50:11-0#

36

1 AJP: Ich mach jetzt aus, ne? Ja und wir haben ja auch wirklich/ Nee und für mich ist es auch
2 immer ein Bild, für mich ist es immer auch so ein Auftrag, so die Stereotypen, obwohls die
3 tatsächlich nicht mehr so gibt. #01:50:17-9#

4

5

6

7

V. Transkript KJP2

1 AJP: Ja, herzlich willkommen ich sag nochmal kurz eine Sekunde was zu mir. Ich bin Astrid
2 Jörns-Presentati, Frau Fettern und ich kennen uns schon seid [...] boah 2013-14 so in dem
3 Sinne. Da haben wir unsere erste Studie zusammen gemacht und ich bin ja viel mit Herrn
4 prof. Groen an der Arbeit diese Schnittstell eigentlich zwischen Kinder und Jugendhilfe und
5 Kinder und Judenpsychiatrie so ein bisschen zu bearbeiten. In der angewandten
6 Praxisforschung und dieses Mal geht es ja um Deeskalation. Und in unserem Projekt wollen
7 wir ja sozusagen im nächsten Schritt so eine Weiterbildung entwickeln mit virtueller Realität,
8 dass man sich so ne Brille aufsetzten kann und sich in eine Situation versetzten kann in der
9 man auf ne Art und Weise, ja eine Situation mit einem Kind erlebt in der man das Gefühl hat
10 man wird angegriffen, man hat, ne, man genau man ist so ner Situation ausgesetzt und
11 durch diese virtuelle Realität kommt man tatsächlich wirklich auch in dieses
12 Erregungsgefühl. Und um diese virtuelle Realität, diese Situation sozusagen überhaupt [...] ja
13 konstruieren zu können oder den Programmierern sagen zu können wie die, wie die das
14 ausgestalten sollen, brauchen wir natürlich das Input aus der Praxis. Ne. Also wie sind Sie in
15 diese Situationen überhaupt aus? Wie fühlen Sie sich? Wie gehen Sie damit um? Und da
16 haben wir ja so ne Art, genau so nen Fragebogen entwickelt im Projekt, das wird auch noch
17 in Irland, Bulgarien und in Finnland durgeführt und den würden wir tatsächlich zusammen
18 einfach durchgehen. Jetzt spricht dieser Fragebogen, manchmal hört sich das so an als
19 würde der nur eine Person ansprechen, wenn es so um, ne erzählen Sie mal aus einer
20 konkreten Erfahrung, ob ich / wir können es auf je-/ also wir würden es gerne so machen,
21 dass jeder und jede von Ihnen auf jeden Fall erzählen kann und erzählen sollte und auch
22 wenn die Fragestellung jetzt nicht so formuliert ist. Wenn es keine Rückfragen mehr gäbe,
23 würde ich einfach starten, wenn das in Ordnung ist. Ja soll ich starten? Okay. #00:02:04#

24

25 AJP: Ja in der ersten Frage geht es darum: Inwiefern machen Sie in der KJP überhaupt
26 Erfahrungen mit Aggressionen und Gewalt? und zweite Frage: Auf welche Art und Weise
27 greifen Sie oder Kolleg:innen ein wenn ein Kind oder eine Jugendliche aggressives oder
28 gewalttätiges Verhalten zeigt? Vielleicht fangen wir am Anfang an. Wie häufig kommt es
29 überhaupt bei Ihnen alltäglich vor? #00:02:28#

30

31 KJPEH1: Ich glaub die Kinderstation sollte zuerst antworten. Es gibt eine deutliche
32 Unterscheidung zwischen Kindern und Jugendlichen / #00:02:41#

33

34 KJPEH2: Also so pauschal kann man nicht sagen, [...] aber [...] Gruppenkonstellation nicht so
35 wirklich gut ist, ((unv. Wort)) auch noch ((unv. Wort)) miteinander ((unv. Wort)) dauert das
36 manchmal, bis die Gruppe sich gefunden hat, schon wirklich, manchmal. #00:03:03#

37

38 AJP: Mhhh Täglich, ja. #00:03:08#

39

1 KJPEH1: Tägliche Konflikte glaub ich auch sind auf der Kinderstation an der Tagesordnung,
2 weil wir da auch überwiegend Kinder im Bereich von 6 - 12 haben ((unv. Wort)) ähnliche
3 Patienten aufgenommen, die in der Regel wegen einer Störung des Sozialverhaltens mit
4 depressiver Störung in Behandlung sind. Das heißt, es geht um ne abgewehrte Depression
5 die wir häufig eben dann ((unv. Wort)) abgewehrt wird, und da ist, geht es dann eben auch
6 häufig um Aufnahmegründe wie es aggressiv und impulsiv in der Schule in der Familie im [...]
7 irgendeinem Kontext kommt es zu Aggressionen, und kann dann da unterscheiden, geht es
8 vor allem um Aggressionen ((unv. Wort)). ((unv. Wort)) Führungspersonal und Regeln und
9 irgendwie gehorchen sollen oder gibts auch oder nur Konflikte mit Gleichaltrigen. "Ich will
10 bestimmen, ich will, dass durchsetzen was ich machen will, ich will mehr haben, du sollst
11 weniger haben" und so und das ist Alltag würde ich sagen. Auf der Kinderstation, da haben
12 wir für uns selber für die Stationszusammensetzung haben wir selber so die Regel, dass nicht
13 mehr als zwei von zehn hochexpansiven Kindern auf einer Station haben können. Wir ((unv.
14 Wort)) arbeiten aber mit Wartelisten und leider ist es nicht so, dass wir jetzt noch eine
15 unendliche Auswahl hätten ((unv. Wort)) dann die anderen armen Kinder ganz ängstlich und
16 depressiv und nur impulsiv gestört dann dazu mischen können, sondern leider ist schon
17 ((unv. Wort)) das Hauptanliegen, dass irgendwelche bindungsgestörten sozial [...] völlig
18 auffälligen und impulsiv aggressiven Kinder sich da sammeln auf den Wartelisten und dann
19 auch entsprechend eine solche Konstellation auf Station zusammenkommt, die auf der
20 Kinderstation für, denke ich, ein tägliches Aggressionsaufkommen auch sorgt. Genau.
21 #00:05:07#

22

23 KJPEH2: So, dass die Kinder [...] unterschiedlich reagieren. Manche nehmen sich erste ein,
24 zwei Wochen auch zusammen, bis sie richtig ausrasten, manche sofort, deswegen kann man
25 schon so nicht sehen. Mann kann nicht damit arbeiten, wie die angesagt werden, weil die es
26 verbrauchen bei uns auch so angewöhnt. Das wir wirklich zeigen, was denn fehlt. Alle
27 Problematiken. #00:05:36#

28

29 KJPEH1: Und dann im Jugendbereich ist so der Shift. Also ab 13 Jahre gibt es noch viele [...]
30 Jungs auch die auch vor allem in Behandlung kommen, weil sie eben in der Schule nicht
31 hören und aggressiv auffallen, so zwischen 13 und 15. ((unv. Wort)). Aber auch ab 13
32 zunehmend Mädchen, die vor allem wegen einer autoaggressiven Symptomatik und eher
33 ner Depression, die im Vordergrund steht zu uns in Behandlung kommen. Und deshalb ((unv.
34 Wort)) auf der Jugendstation für die älteren Jugendlichen kommt es nicht täglich zu Gewalt.
35 Also gerade, wenn es um den Aspekt ((unv. Wort)) Aggression geht, ((unv. Wort)) bisher vor
36 allem wichtig oder geht es auch ((unv. Wort)) // #00:06:23#

37

38 AJP: Ja. Ne es geht tat-. Also es geht tatsächlich auch um beides im Projekt also die wollen
39 auch wissen, zum Beispiel auch selbstverletzendes Verhalten. #00:06:32#

40

1 KJPEH1: Selbstverletzendes Verhalten, kann man schon sagen, oder? #00:06:37#
2
3 KJPEH3: Ja klar. #00:06:37#
4
5 KJPEH1: Also wenn man das, gerade wenn man das mittelt und dann anguckt welche
6 Selbstverletzungsgorgien es teilweise gibt, weil die Patienten auch gegenseitig triggern und
7 der eine dekompensiert, weil er mitkriegt, wie sich der andere schneidet oder wie ((unv.
8 Wort)) andere hat. Oder alle haben irgendwie dasselbe Thema von sich ausgeschlossen und
9 ungeliebt fühlen. Und dann gab es dazu auch noch ne Gruppe und dann gabs irgendwelche
10 Konflikte. Die eine Gruppe findet die andere Gruppe doof und alle finden sich irgendwie
11 nicht richtig wertgeschätzt und ((unv. Wort)) gibt so ne blöde Interaktion miteinander, dann
12 gibt es gleich mehrere Selbstverletzungen von unterschiedlichen Patienten. An einem Tag /
13 #00:07:20#
14
15 KJPEH3: ((unv. Wort)) #00:07:20#
16
17 KJPEH1: Genau. Also / #00:07:22#
18
19 AJP: an einem Tag? Täglich? Ich wiederhole das jetzt manchmal// #00:07:25#
20
21 KJPEH1: Ja. #00:07:25#
22
23 AJP: ...weil das so ein bisschen schlecht rüberkommt. Ah okay. Täglich. Ja. #00:07:29#
24
25 KJPEH1: ((unv. Wort)) täglich zu Gewalt kommt ((unv. Wort)). #00:07:33#
26
27 AJP: Okay. okay. #00:07:35#
28
29 KJPEH3: Man kann bei uns natürlich auch, auch muss man glaub ich gut unterscheiden in
30 wohin die Gewalt gerichtet ist. Ich glaube, dass gibt bei uns auf der zwei zumindest [...]
31 wenige, wenige Tage und Wochen irgendwie wo wirklich die gerichtete Gewalt gegen uns
32 gewandt wird. Das ((unv. Wort)) Ausnahmepatienten. Wenn man den einen oder anderen
33 Grenzgänger hat, oder wirklich schon fortgeschrittene Krankheitsbilder irgendwie die hier
34 gelandet sind. Oder alkoholisierte Jugendliche mal die nach ((unv. Wort)) -intox oder sowas

1 kommen. Dann hat man glaub ich schon das fünfte Potenzial an fremdaggressiver Gewalt,
2 die glücklicherweise überwiegend Verbal eigentlich von statten geht. Und jetzt haben wir ne
3 ganze Zeit lang so einen netten jungen Mann, der auch körperlich sehr gewalttätig war, aber
4 das würde ich sagen bildet hier glücklicher Weise eher die Ausnahme. #00:08:29#

5

6 AJP: Mhham #00:08:29#

7

8 KJPEH3: ((unv. Wort)) körperlich übergriffig. #00:08:32#

9

10 AJP: Ja. Das war jetzt, das wäre welche Station wäre das jetzt? #00:08:37#

11

12 KJPEH3: Jugendstation ((unv. Wort)) #00:08:39#

13

14 AJP: Ja. Okay. Hmmh. Vielleicht an dem // #00:08:44#

15

16 KJPEH3: oder ((unv. Wort)) wenn die Regeln und Grenzen nicht passen, dann gehts um
17 verbale Gewalt, Beleidigung vielleicht mal. Ja das täglich Brot sag ich mal. #00:08:55#

18

19 AJP: Mhham. Und könnten eine oder einer von Ihnen oder auch gerne mehrere vielleicht eine
20 etwas detaillierter über die letzte und so **besonders eindrucksvolle Situation** mit einem
21 **aggressiven** oder gewalttätigen **Kind** oder auch Jugendlichen, die sie selber erlebt haben,
22 berichten? Also wirklich einfach nur die Geschichte erzählen, wie das war. #00:09:16#

23

24 KJPEH3: ((unv. Wort)) alle. (lacht) #00:09:19#

25

26 AJP: (lacht) Ich bin gespannt. #00:09:20#

27

28 KJPEH3: Mitte/ende letzten Jahres hatten wir einen 15jährigen Jugendlichen der hier
29 eigentlich gar nicht aufgenommen werden sollte, der mutete dann so ein bisschen
30 psychotisch an, weshalb er dann aufgenommen wurde. Wurde dann am nächsten Tag auch
31 schon wieder entlassen und das hat ihm irgendwie aus **Gründen** nicht so gut gepasst.
32 Weshalb er sich entschieden hat, vorne unsere gesamte Eingangstür zu zerlegen. Da hat er
33 erst angefangen darauf einzuschlagen und zu spucken und in Richtung der Kollegen wurde
34 die Tür zugemacht und der hat sich dann, wir haben da noch so einen alten konischen

1 Aschenbecher stehen, aus Metall, den hat er sich dann genommen und hat unaufhörlich
2 damit die Tür [.] bearbeitet. So dass im Endeffekt die Glasscheibe auch rausgesprungen ist.
3 Und schon gedauert hat bis dann die Polizei da war. Und ihn dann in Gewahrsam genommen
4 hat. um ihn dann uns zu bringen, aber (lacht) das ((unv. Wort)) und das beeindruckendste
5 glaub ich was ich hier in der letzten Zeit erleben durfte. #00:10:21#

6

7 AJP: Ja. #00:10:23#

8

9 KJPEH3: Ja. #00:10:24#

10

11 AJP: Ja [.] Ja ich kenn ja auch die Tür da vorne, dass [.] ja. Gibt es noch andere Beispiele oder
12 Erfahrungen, die Sie erlebt haben? Nur, dass wir so ne, bisschen so unterschiedliche /
13 #00:10:39#

14

15 KJPEH4: Mir ist sehr in Erinnerung geblieben als ein Patient, den du wahrscheinlich noch
16 kennst, der ein Autismus hatte und den wir dann weil es auf Station nicht gut lief auch
17 rausgebeten haben, dass er sich im Garten irgendwie beruhigt. Und er nahm dann auch
18 irgendein Backstein, wo auch immer er ihn herhat, und hat ihn irgendwie durch die Scheibe
19 ins Dienstzimmer geworfen und wollte eben unbedingt wieder rein (lacht). Das war eben
20 auch, also der Patient war eben groß und kräftig. Schon auch für sein Alter, ich weiß nicht
21 mehr wie alt der war, aber es war auf jeden Fall auch sehr erschreckend, weil eben alles geht
22 zu Bruch alles liegt da irgendwie in Scherben. Mann wird sich seiner Schwachpunkte
23 bewusst. Warum ist da kein Sicherheitsglas drinnen, in dieser Scheibe? Warum ((unv. Wort))
24 Stein überhaupt ins Dienstzimmer? ((unv. Wort)) -ein. So. #00:11:41#

25

26 AJP: Mhmm. Und wie haben Sie reagiert in der Situation? Oder du? #00:11:46#

27

28 KJPEH4: Weiß ich nicht mehr. Ich glaube wir haben [.] ähnlich wie bei diesem anderen
29 Patienten versucht **verbal** erstmal auch auf ihn einzuwirken, dass er weggeht. Also wir ((unv.
30 Wort)) schon dafür zu sorgen, dass irgendwie sich die Konfliktsituation **entspannen** soll und
31 der Patient eher **weggehen** soll und nicht jetzt auf ihn mit Gewalt und noch fixieren und
32 festbinden. Das wäre eher die letzte Situation. [.] Ich erinnere nicht mehr, ob er sich dann
33 getrollt hat oder was da genau im Anschluss war, aber weil der ((unv. Wort)) Phillip
34 beschrieben hat, war es eben hoch problematisch, dass wir wie die Zwerge an der Tür
35 standen (andere lachen) und immer gehalten haben, dass die nicht nach innen bricht und er
36 immer weiter auch auf Gesichtshöhe eingeschlagen hat ((unv. Wort)) // #00:12:39#

37

1 AJP: Ah. Das habe ich gar nicht so verstanden. Okay. Oh Gott. Ja. // #00:12:42#
2
3 KJPEH4: Es war nur ((unv. Wort)) Situation und man musste sich schon überlegen oder in mir
4 lief ein Film ab: wie kriegen wir, wenn die scheiß Polizei nicht kommt, wie kriegen wir einen
5 sicheren Zugriff organisiert. Wer geht jetzt wie raus und nähert sich dem Patienten von
6 hinten und bringt den zu Boden? Ist da irgendwas Gefährliches bei zu beachten? Weil
7 eigentlich würden wir eher an diesem Plan defensiv und wir halten hier alles zu und mach
8 doch da Draußen was du willst. Ist doch nicht mein Problem, wenn du dich da so abrackerst
9 und Sachen kaputt gehen, das kann man später reparieren, aber in dem Moment wo man
10 selber dann in körperliche Gefahr gerät weil die Scheibe nicht hält und alles, was Innen rein
11 bröseln, und man denkt gleich geht der hier auf uns alle los, dann ist man doch deutlich im
12 Zugzwang. #00:13:28#
13
14 AJP: Ach der war als, jetzt versteh ich es richtig. Der war wirklich vor der Tür der KJP schon,
15 weil er gehen sollte. // #00:13:35#
16
17 KJPEH4: Er sollte entlassen werden #00:13:57-4# #00:13:35#
18
19 (mehrere reden durcheinander) #00:13:36#
20
21 KJPEH4: Zwei Kolleginnen haben ihn nach draußen gebracht. #00:13:39#
22
23 AJP: Oh Gott. #00:13:39#
24
25 KJPEH4: Dann hat er ((unv. Wort)) rausgehen nach den Kollegen treten und geschlagen, dann
26 haben wir die Kollegen, weil wir sind hingegangen und hatten das begleitet und [...] sozusagen
27 eskortiert. Und dann haben ((unv. Wort)) die Kollegen reingezogen, ihn draußen gelassen
28 und uns von innen versucht zu verbarrikadieren. #00:13:57#
29
30 AJP: Und deshalb war der/ ja // #00:13:59#
31
32 KJPEH4: Und ((unv. Wort)) das mit der Glastür und dem Aschenbecher nicht so gut.
33 #00:14:02#
34

1 AJP: Deshalb war da auch der Aschenbecher, macht ja Sinn. Und jetzt bei beiden Situationen,
2 was geschah vor dem Vorfall? Ich glaub Sie haben es eben auch schon gesagt, ne? Der sollte
3 ja entlassen werden und was geschah davor? #00:14:15#
4
5 KJPEH4: Bitte? #00:14:17#
6
7 AJP: Was geschah vor dem Vorfall? Also was wäre sozusagen aus jetziger Perspektive, was
8 war der Auslöser jeweils? #00:14:23#
9
10 KJPEH4: Das er entlassen wird. #00:14:24#
11
12 KJPEH3: Er sollte gehen. #00:14:25#
13
14 AJP: Entlassung, er sollte gehen. #00:14:26#
15
16 KJPEH4: Er wollte ((unv. Wort)) gehen. #00:14:27#
17
18 KJPEH3: Ja #00:14:27#
19
20 KJPEH4: (lacht)
21
22 KJPHE5: Naja, wobei/ #00:14:28#
23
24 KJPEH4: Der wollte Rache nehmen glaube ich. #00:14:30#
25
26 KJPHE5: Genau. #00:14:30#
27
28 KJPEH4: Also es war so, dass er im Rahmen dieser Vorstellung [...] weil ja eben irgendwer der
29 Meinung war er sei psychotisch oder irgendwas sei psychiatrisch nicht in Ordnung, waren wir
30 gezwungen, ich glaube sogar über psych- ((unv. Wort)) da kam noch so ein Richter, der sich
31 eingemischt hat, oder auf jeden Fall war es so, dass erstmal er gegen seinen Willen gesichert
32 wurde und dann wurde erst im Nachhinein entschieden, dass scheint noch aber nichts

1 psychiatrisch Relevantes zu sein. Und dann ((unv. Wort)) er sich ((unv. Wort)) -recht, er sich
2 ((unv. Wort)) rechtfertigt festgehalten worden. #00:15:08#
3
4 AJP: Ja. Okay. #00:15:09#
5
6 KJPEH4: So hab ich es verstanden. #00:15:11#
7
8 AJP: Ja. Jetzt so im Rückblick. Was würden Sie selber als positiv bewerten in den beiden
9 Situationen? Was ist sozusagen da gut gelaufen? (lacht) #00:15:20#
10
11 KJPEH3: Das ihn keiner angefasst hat und wir die Tür festgehalten haben. Das ist richtig gut
12 gelaufen. (lacht) #00:15:25#
13
14 AJP: (lacht) #00:15:25#
15
16 KJPHE5: Ja #00:15:25#
17
18 AJP: Ja. #00:15:27#
19
20 KJPEH4: ((unv. Wort)) die Kollegen, dass keiner wegläuft. Also man hat schon das Gefühl [.]
21 Man steht da wirklich zusammen (lachtet) wie die Zwerge und wenn er dann jetzt reinkommt,
22 machen wir den nächsten Schritt. Aber es würde keiner, würde den anderen alleine lassen
23 und sagen „Ja dann halt du mal die Tür ich muss noch was ganz Wichtiges erledigen“.
24 #00:15:46#
25
26 KJPEH5: Feierabend. #00:15:46#
27
28 (mehrere lachen) #00:15:48#
29
30 KJPEH3: Also was ich glaub ich gut finde ist, dass man sich hier [.] seltenst bis gar nicht
31 handlungs- ((unv. Wort)) würd ich jetzt nicht sagen, sondern handlungsunfähig fühlt. Weil
32 wir glaub ich alle gut geschult werden, immer gut im Austausch sind und immer jemand nen
33 Plan hat, mit dem man irgendwie voranschreiten kann, ne? Und wenn das heißt wir sichern

1 nur die Tür wir halten ihn nicht fest oder versuchen ihn festzuhalten wenn's zu gefährlich ist,
2 die Situation war wirklich hoch gefährlich da hätte sicherlich der eine oder andere ordentlich
3 was mitgekriegt. [...] Das kann man glaub ich gut sagen, dass wir uns nicht handlungsunsicher
4 machen lassen oder handlungsunfähig. Das ((unv. Wort)). #00:16:26#

5

6 AJP: Anna was ist bei der Geschichte mit dem Autisten gut gelaufen? Im Rückblick.
7 Irgendwas? Oder, fällt dir da noch was ein, was du sagen würdest „Ja das ist im Rückblick
8 echt positiv an unserer Reaktion gut gewesen“. #00:16:43#

9

10 KJPEH4: ((unv. Wort)) letzten Endes ist das der Auslösepatient für die Grenzgänger
11 Bemühung. Weil dieser Patient war auch deshalb so [...] schlechter Laune weil für ihn über
12 **Monate** keine Perspektive angeboten wurde und wir immer wieder in dieser elendigen
13 Situation waren eine Situation zu versorgen und zu betreuen ((unv. Wort)) -ichtig, nicht ideal
14 war und so auch für ihn kein Nutzen und keinen Mehrwert hatte. [...] Wir sind da letzten
15 Endes in so ner Missbrauchsposition. Wir werden benutzt für irgendwas, weil es in der
16 Jugendhilfe keine Perspektive gab, zu dieser Zeit für impulsiv- aggressive autistische
17 Jugendliche. ((unv. Wort)) ihn dann betreuen in einer zehner Gruppe mit älteren
18 Jugendlichen, die hier alle irgendwie hier Borderlines sind und psychotisch und Therapie
19 machen wollen oder nicht. Aber auf jeden Fall gibt es da einen ganz anderen Fokus und da
20 drin soll dann einer zurechtkommen und sich Wohl fühlen und betreut werden der was ganz
21 anderes braucht und der aber gar keine mit psychiatrischen Mitteln nicht zu händeln ist. Also
22 den kann man nicht mit Medikamenten besser machen in seiner Situation. Und denn kann
23 man auch nicht beruhigen in einer zehner Gruppe. Der bräuchte viel Einzelbetreuung und
24 irgendwie ab von einer Gruppensituation und das ist da-// #00:18:18#

25

26 KJPEH5: Auch im räumlichen Setting was ((unv. Wort)) // #00:18:20#

27

28 KJPEH4: Genau. Auch im Räumlichen Setting und das ist glaub ich gut gelaufen, dass wir
29 immer wieder diese Vorfälle zum Anlass nehmen uns selbst zu Hinterfragen im Bezug auf die
30 Rahmung, die wir zu Verfügung stellen können, im Bezug auf wen nehmen wir auf und wen
31 nehmen wir nicht auf. Wo ((unv. Wort)) -sorgungsoptionen auch entwickeln, wo wir immer
32 irgendwie fleißig dabei sind zu gucken, dass wir dass finden. ((unv. Wort)) einfach jemanden
33 aufnehmen nur weil er für die Gesellschaft untragbar ist oder gefährlich oder sonst was.
34 Weil er dann in ein Spannungsfeld gerät, wo es für ihn auch nachteilig wird, im Bezug auf
35 seine Entwicklung und für uns als Mitarbeiter gefährlich. #00:19:05#

36

37 AJP: Mhmm. Und in den eigentlichen Eskalationen, ne? Also in den Situationen. Wenn ihr
38 jetzt zurück guckt. Ist da irgendwas nicht so gut gelaufen, oder hättet ihr jetzt im Rückblick,
39 würdet ihr etwas anders machen und auch nochmal, kann man diese, da ist ja auch

1 Deeskalation auch gelaufen, in den zwei Situationen, die wir gehört haben, und könntet ihr
2 die für mich benennen oder Sie, könnten Sie die für mich benennen? Also welche Form von,
3 eben ging es schon um, wir sind gut, wir sind hier gut, wir werden gut weitergebildet, dass
4 wir die nochmal benennen? Welche Formen von Deeskalationsmethoden da vielleicht
5 genutzt wurden in den zwei Situationen? Also das beides. Was ist sozusagen im Rückblick
6 echt auch blöd gelaufen, wo würde man vielleicht jetzt was anders machen und welche
7 Formen von Deeskalationen wurden da tatsächlich genutzt oder in irgendeiner anderen
8 Situation, die jetzt noch einfällt. Dass ich so ein bisschen Info dazu hab. Welche
9 Deeskalationen werden in der KJP genutzt? #00:20:00#

10

11 KJPEH3: Also ich finde es schwierig zu überlegen was wir in der ersteren Situation mit dem
12 Jungen an der Tür hätten anders machen können. Außer vielleicht die Polizei gleich dazu zu
13 bestellen, ihn auf den Hof zu begleiten. Aber das weiß man vorher ja nicht. Und [...] der war ja
14 zielgerichtet und bei vollem Bewusstsein ne. Der war ja nicht irgendwie [...] hoch angespannt,
15 dass er nicht mehr wusste, was er tut und im Autofilm lief, sondern der war ja sehr, sehr im
16 Großhirn unterwegs und wusste genau was er tut und alle Deeskalationsversuche durch
17 verbale Deeskalation oder überhaupt einfach Raum zu geben, um verschwinden zu können,
18 sind da ja ins leere gelaufen, weil er da ja überhaupt gar nicht empfänglich für war, weil er ja
19 gen au dass wollte, nämlich Rache. Und das ((unv. Wort)) in der Situation schwierig zu sagen,
20 was man hätte anders machen können, wenn wirklich jemand nur auf Gewalt aus ist, wenn
21 dass das Ziel ist und der Sinn und Zweck seiner Handlung und die Deeskalationsmethoden
22 zielen ja immer darauf ab, dass das Verhalten ja eigentlich nicht gesteuert ist. ((unv. Wort)) n
23 Oberziel verfolgt, ne? Nämlich etwas zu erreichen und wenn das Ziel zu erreichen reine
24 Gewalt und Schaden ist, dann kann nichts dann deeskalieren. Und wenn das Ziel, aber nur ist
25 ich will aber ne Wohngruppe finden und deshalb mach ich hier so ein Radau, dann kann man
26 da ja irgendwie rankommen. Und das war in diesem Fall irgendwie nicht möglich, ne?
27 #00:21:26#

28

29 KJPEH4: Genau. Was ich da noch gut finde ist, wir haben den angezeigt, konsequent alle
30 Mitarbeiter immer wieder bei allen Situationen. Der Patient ist jetzt in U-Haft wähen wir
31 nicht so anzeigefreudig gewesen glaub ich, hätte der noch zahlreiche Runden gedreht. Mit
32 aggressiven Verhalten gegen auch unbeteiligte. Das finde ich gut. Und ich muss sagen, dass
33 das schon so ist, dass alle sich geschützt haben. Also niemand hatte die Idee [...] auf Rache
34 wieder Rache folgen zu lassen und zu sagen „Was will das blöde Arschloch, jetzt geh und zeig
35 ihm mal richtig, wo der Hammer hängt“. Und deshalb ist es auch eigentlich, finde ich, eher
36 richtig, dass wir ihn nicht direkt mit Polizei rausbegleitet haben, weil wir kannten den nicht
37 und wir gehen erstmal davon aus, dass wenn man jemanden seine Freiheit zurückgibt und
38 versucht sozusagen dem was er möchte, was seinem Besinnen, nämlich nicht in der Kinder-
39 und Jugendpsychiatrie zu bleiben, da auch ein Risiko ((unv. Wort)) zu sagen: "Okay du darfst
40 gehen.", sind da ganz viele Sachen im Sinne von den Wünschen des Patienten folgend und
41 deeskalierend gelaufen, dass ((unv. Wort)) dann nicht so für sich nutzen konnte, finde ich

1 eben dann gut, dass wir eben versucht haben uns zu schützen und die Türen zuzumachen.
2 Nicht auf ihn mit Gebrüll und ihm dann niedergestreckt haben vor der / #00:22:51#

3

4 AJP: Ja. Und je- / #00:22:53#

5

6 KJPEH4: Das hat dann die Polizei gemacht, aber dass wäre jetzt nicht unsere Intention
7 gewesen wir hätten gewartet, bis er ablässt und bis er einfach aufhört und würden dann
8 eben auch tolerieren, dass ganz viel kaputt geht, weil, dass ist dann so. #00:23:07#

9

10 AJP: Und nochmal generell gefragt, was sind denn so Deeskalationstechniken, die ihr nutzt?
11 Wenn ihr die nochmal so benennt, nur für unsere Forschung. Wir müssen ja immer alles
12 einmal aufschreiben (lacht). Was ist so das Gängige im Schwierigen / #00:23:22#

13

14 KJPEH5: Das ist ((unv. Wort)) zusammenfassen wie ich die letzten Jahre im Prozess einfach
15 auf der K1 erlebt habe. Eben wie gesagt ne gemischte Station 50/50. Fünfzig Kinder bis 8
16 Jahre überwiegend männlich. Die anderen fünfzig Prozent Jugendliche Mädchen damit sich
17 dieses System gegenseitig unterstützt und sich nicht in Konflikten einfach immer wieder auf
18 die Nulllinie zurückschießt. Und da habe ich in den letzten Jahren mit eigentlich mit Prodema
19 und mit allen überstationären Deeskalationstraining wo die Mitarbeiter auch in gemischten
20 Teams [...] immer wieder trainieren. Wir auch die Berufsgruppen übergreifende Version
21 haben. Das heißt Ärzte, Therapeuten, Pfleger alle trainieren gemeinsam an einem Grundkurs
22 und dann build freshup noch pro Jahr, das ist bei uns Mindeststandart. Das sich ((unv. Wort))
23 in den letzten Jahren auf allen Stationen so ein wiederfindbarer Ablauf herauskristallisiert
24 hat. Also eine Situation ist schwierig, der Patient spannt an, der Patient wird verbal
25 aggressiv, leicht körperlich aggressiv durch Tritte gegen eine Tür oder gegen einen Schrank.
26 So dass baut sich dann, baut sich ((unv. Wort)) eskalationsspirale langsam auf. Immer wieder
27 zu erleben, die Teams beobachten das, die wissen ab einem gewissen Punkt werden die
28 Therapeuten dazu geholt. Dass heißt das Krisenteam bildet sich allmählich, die relevanten
29 Personen sind dann auf der Station und dann gibt es immer auch eine klare Absprache Wer
30 hat ((unv. Wort)) Beziehungspatienten wer versucht auf Beziehungsebene durch ((unv.
31 Wort)) -tion, durch ein ((unv. Wort)) auch /äh/ durch Spiegeln der Situation, immer wieder
32 zu beruhigen und zu sagen "wir kriegen das gemeinsam hin", "Was ist dein Anliegen? Wir
33 schaffen das.", den Kontakt immer aufrecht zu erhalten, auf so ner konstruktiven Ebene. Das
34 gelingt / in den meisten Fällen /äh/ gut, sodass dann der Mitarbeiter mit dem besten Zugang
35 dann eins zu eins im Zimmer mit nem Tee, mit nem ((unv. Wort)) Buch oder nem Eis, da ist
36 uns ja jedes Mittel recht, um da wieder die Affekte zu beruhigen, dann sich zurückzieht und
37 dann aber ((unv. Wort)) und es steht immer jemand dann auch vor der Tür und entweder
38 hört oder sieht und ist der Arm ((unv. Wort)) Dienstzimmer wartenden Kollegen, die noch
39 nicht die Entwarnung bekommen haben, alle wieder gehen zu dürfen. Da kommen ja dann
40 von anderen Stationen auch Mitarbeiter dazu ab einem gewissen Punkt, vergrößern da den

1 Kreis, die Aufgaben werden verteilt. Das ist ne gute Routine, die / in aller Gelassenheit sich
2 langsam abbildet und entweder gelingt das, also dass ist dann so der eine Fall und der
3 Patient beruhigt sich, dass kann nach ner Stunde wieder losgehen, dann macht man es
4 nochmal, oder es ist Nachhaltig und man kriegt es vielleicht mit Eltern oder wie auch immer
5 auch nachhaltig beruhigt. Manchmal geht es auch den ganzen Tag immer on/off. Das
6 passiert auch ((unv. Wort)) . Oder es gelingt gar nicht. ((unv. Wort)) andere Gründe dann das
7 verhindert und der Patient an einem Punkt ist wo eine kognitive Verbindung / nicht mehr da
8 ist und es denkt / und letztendlich nur noch körperliche Affekte Wut ((unv. Wort))
9 Emotionen den Raum bestimmen. Ja und dann werden, dann gehen wir so langsam in den
10 nächsten Schritt, dann werden die Fixierungsutensilien verteilt, dann ist das Bett klar. Das
11 wir häufig schon ab einem gewissen Anspannungspunkt arbeitet ein Team schon dabei den
12 worst Case vorzubereiten, dass die Magnete verteilt werden, die Aufgaben werden verteilt,
13 wer ist eins, zwei, drei, wir arbeiten ja mit Prodema nach diesem Prinzip, dass die Aufgaben
14 verteilt werden, wer nimmt welchen Arm bei der Fixierung, das steht alles fest. #00:27:42#

15

16 AJP: Ach so. #00:27:44#

17

18 KJPHE5: Wir versuchen immer vorrausschauend die Aufgaben zu verteilen und wenn die
19 Situation nicht kommt, ist es gut und wenn sie kommt, sind wir vorbereitet. ((unv. Wort)) -
20 eiten wir den Patienten dadurch. Im Kinderbereich versucht man Fixierung natürlich zu
21 vermeiden. Da lernen wir einfach Griffe bei ((unv. Wort)) // #00:28:04#

22

23 (mehrere reden durcheinander) #00:28:07#

24

25 KJPHE5: Das machen wir auch im Jugendflügel, ja. Aber wenn das manchmal so kleine
26 Steppkes sind, da haben wir häufig die Situation, dass die Gute auch viel zu groß waren. Da
27 mussten wir dann versuchen sanft, aber bestimmt zu Rahmen, körperlich zu halten und da
28 kommt es natürlich immer wieder auch zu Verletzung der Mitarbeiter. Wenn die Kinder
29 dann in so eine psychische Ausnahmesituation kommen, traumatisiert sind und gehalten
30 werden müssen, ((unv. Wort)) Nummer eins ist, aber zu- ((unv. Wort)) das letzte Mittel der
31 Wahl. Dann /äh/ dann geht es über alle Grenzen. Dann wird gespuckt, dann wird getreten.
32 Wirklich, die kämpfen um ihr Leben. Und da geht auch kein Mitarbeiter ohne blaue Flecken
33 [...] dann nach Hause. Das ist tatsächlich dann nachvollziehbar /äh/. Die Haltung der
34 Mitarbeiter, also wir bemühen uns ne so ((unv. Wort)) Angela, dass wir immer wieder
35 versuchen auch in den, auch Phillip, dass die Haltung ist "Dass tut jetzt weh / . Und ich
36 erinnere mich an einen Fall, da wurde noch nicht gleich bei Schwangerschaft Arbeitsverbot
37 erteilt und das ((unv. Wort)) die Kollegin war schwanger und da wurde aber richtig in diese
38 ((unv. Wort)) getreten. Und das ist natürlich auch in der Nachbearbeitung wichtig für die
39 Mitarbeiter sowas gut aufzufangen. Ja hat geklappt sie ist noch da (lacht). So, ja. Aber ((unv.
40 Wort)) und trotzdem diese traumasensible Haltung aufrecht zu erhalten und zu sagen „Das

1 Verhalten hat einen guten Grund und die Absicht ist, des Kindes, sich selbst maximal zu
2 schützen. Wir müssen jetzt Aktionen und auch /äh/ dem Kind in einer Weise begegnen was
3 eigentlich kontraproduktiv ist, aber das geht jetzt nicht anders". Und das ist ne Entscheidung
4 die fällen wir gemeinsam ((unv. Wort)) versuchen dann halt so weit wie möglich
5 Verletzungspotential im Griff zu behalten, sag ich mal. ((unv. Wort)) kommt es eben drauf
6 an, wie ist die Konstellation, hab ich da am Bett dann mehrere Mitarbeiter, die vielleicht
7 noch neu sind, die noch unerfahren sind, oder hat vielleicht gerade jemand Rücken so wie
8 ich einmal und ist gar nicht in der Lage und denkt "Aua in dem Moment bin ich bei mir" und
9 schon ist es passiert, ((unv. Wort)) das sind die Arbeitsrisiken, die so eine Situation mit sich
10 bringst. Das Wissen alle und ich finde immer wieder, auch wenn wir auf anderen Stationen
11 solche Situationen haben, wie ruhig und professionell die Aufmerksamkeit auf diese
12 Situation von allen Berufsgruppen bis hin zum Reinigungspersonal, das ist unglaublich ((unv.
13 Wort)) und ja im höchsten Sinne professionell, wie das inzwischen läuft. Und das merken die
14 Patienten, in welcher Ruhe sich da ein neues Bild konstellierte und es ist häufiger so, dass die
15 sehr beeindruckt sind und schon auch dann ein // #00:31:16#

16

17 KJPHE: Zurückrudern. #00:31:17#

18

19 KJPHEs: Ein Zurückrudern und dass auch schon so ein kol- ((unv. Wort)) -faktor ((unv. Wort))
20 extern ((unv. Wort)) gewisse [...] ich sag mal pazifistische Weise rüber transportiert wird. Wir
21 wollen dich jetzt hier nicht so, sondern ((unv. Wort)) ganz viele Menschen und wir wissen
22 ganz genau was wir tun. Das strahlt Sicherheit aus, Fachkompetenz aus und wir müssen uns
23 immer bemühen auf der Beziehungsebene noch ein "Du bist uns wichtig und wir wollen hier
24 es gut machen" ja. Dass wir das ((unv. Wort)). Und dass ist so, dass wo man so sagen kann:
25 Zusammengefasst hat sich da in den letzten zehn Jahren hier und was richtig Gutes
26 entwickelt und zurzeit haben wir da ein Neues, wir entwickeln uns auch mit, es gibt jetzt ein
27 neues ProdeMa Konzept was eigentlich gewisse Dinge auf den Kopf stellt, gewisse Dinge
28 ergänzt. Wo man nochmal ganz anders rangeht und der Fokus auf verbaler Deeskalation
29 wird immer größer, Gesprächstechniken werden immer wichtiger. Und da haben wir jetzt in
30 Phillip gefunden mit ner Kollegin von der Jugendstation, die das jetzt mit so viel Freude auch
31 noch in / an die Mitarbeiter geben und ja da versuchen wir uns immer mitzuentwickeln.
32 Wenn da ((unv. Wort)). Und auch personell gut ausgestattet zu sein, da mit drei Trainern. Ist
33 auch wichtig, dass die Trainingskraft finden, dass man das nachhalten kann, dass man
34 Mitarbeiter findet, die Spaß an sowas haben. ((unv. Wort)) -ein Job, dass die dann immer
35 wieder zu begeistern und zu sagen "komm ((unv. Wort)) ne wir kriegen, dass durch mit der
36 Fortbildung und wir machen was Gutes draus." #00:33:00#

37

38 KJPEH4: Wir hatten insgesamt, wenn ich das einmal ergänzen darf, #00:33:04#

39

40 AJP: Ja bitte. #00:33:05#

1

2 KJPEH4: haben wir angefangen 2012 bin ich hier Chefärztin geworden und dann haben wir
3 ((unv. Wort)) der Zeit KDM gehabt das hieß Konflikt Deeskalationsmanagement, war ein Tool
4 aus Bremen vom Kuckuck ((unv. Wort)) angeboten und da war der Fokus viel auf
5 Grifftechniken und [...] eher so Selbstverteidigungsgeschichten der Schwerpunkt gelegt.
6 Weshalb wir dann eben gesagt haben wir brauchen was anderes und wir brauchen
7 irgendwie was Zusätzliches, wir sind jetzt bei Prodema gelandet. Ich muss aber sagen, aus
8 meiner Überzeugung heraus ist weniger dieses Deeskalations-Tool, wo es dann um
9 Grifftechniken geht oder was mach ich ganz konkret in der Situation, der Schlüssel für die
10 Situation, sondern das was wir zusätzlich gemacht haben das ((unv. Wort)) eine
11 traumapädagogische Grundlagenschulung für alle Mitarbeiter anbieten und wirklich diese
12 Traumapädagogisches Denken und Handeln wirklich da versuchen für ne Durchdringung zu
13 sorgen. Weil das einfach dafür sorgt, dass man sich dem Patienten immer in einer gewissen
14 Art und Weise nähert. Und auch gerade, wenn du fragst "was haben wir präventiv gemacht":
15 Wir sorgen dafür, dass unser ganzer Alltag berechenbar ist. Da hängen Fotos, wann sind die
16 Mitarbeiter im Dienst, wer hat Frühdienst, wer hat Spätdienst, wer ist Ansprechpartner, hab
17 ich überhaupt ein Bezugsbetreuer, wann steht mir ein Bezugsbetreuer zu, wann habe ich nur
18 ein Mitarbeiter pro Schicht für mich zuständig ist, wen darf ich anrufen, wen darf ich nicht
19 anrufen, welche Eltern dürfen überhaupt wie und wann auf Station kommen, wer darf
20 überhaupt hier auf Station kommen? Also ganz viele Kriterien, die so die emotionale
21 Sicherheit und die Berechenbarkeit von hochverunsicherten Kindern angehen, werden hier
22 von der Pike auf berücksichtigt, damit wir immer quasi den Aspekt von Stresssituationen
23 über alle möglichen Maßnahmen erstmal im Fokus haben. Und dann, wenn, dass alle läuft,
24 haben wir ((unv. Wort)) -eine täglichen Ausraster, da unsere Klientel aber doch so viel
25 Erfahrungswerte schon mitbringt, sind die natürlich doch häufig im hoch-u und sehr
26 angespannt und dann brauchen wir eben auch diese spezifischen Techniken, wo es dann
27 auch um bestimmte verbale Deeskalationstechniken geht, aus diesen Bausteinkasten. Aber
28 ich würde sagen 70% ist Haltung 30% ist Technik. #00:35:50#

29

30 AJP: Ja ganz super. #00:35:52#

31

32 KJPEH1: ((unv. Wort)) 80-90% ist Haltung sagt der Kollege, der das jetzt auch gerade Schult,
33 und / #00:35:59#

34

35 AJP: Ja. #00:36:59#

36

37 KJPEH3: Dass ist das was wir auch versuchen zu vermitteln ne, dass man ne Haltung
38 entwickeln muss, wie man seinem Gegenüber gegenübersteht. Wir werden ja alle, wie Anna
39 schon gesagt hat, Traumapädagogisch ausgebildet in [...] Jahreskursen quasi. Und das
40 übernehmen wir in den Kursen bei uns eben mit, dass es drum geht zu schauen was geht bei

14

1 dem Patienten vor, wie sind seine Beweggründe warum er gerade so angespannt ist, ist das
2 Verhalten überhaupt zielgerichtet gegen einen oder ist er's willkürlich, weil er was ganz
3 anderes verfolgt und wie reagiere ich darauf, dass man sich auch mit sich auseinandersetzt
4 und sich ((unv. Wort)) reagiere ich überhaupt ((unv. Wort)) Patienten, werde ich dann auch
5 aggressiv oder kann ich das annehmen, dass es überhaupt nichts mit mir zu tun hat,
6 sondern, dass es einrichtungsbezogen ist, weil die Klinik hier einfach kacke, ist. So das ((unv.
7 Wort)) ey wie trete ich denn auf, wenn mir jemand aggressiv gegenüber auftritt. Dass man
8 da schon den ersten legen kann und sagen kann: okay, wenn ich verstehe was bei dem
9 gerade vorgeht, dann kann ich hier viel entspannter sein und mich viel mehr zurücklehnen,
10 weil es geht ja gar nicht um mich. So also ((unv. Wort)) unterstützen. Und ich glaube, dass ist
11 mehr als 70% wie so ein Konflikt oder so eine Eskalation ausmachen und ((unv. Wort)) gleich
12 irgendwie die Spannung runterzunehmen, wenn man auf jemanden gut eingehen kann und
13 eben dass ((unv. Wort)) kann was so Dollle anspannt. Man kann halt nicht immer alles was
14 doll anspannt, dann sucht man andere Lösungen, aber ich glaube, das ist so der Haupt-
15 ((unv. Wort)) was es eben ((unv. Wort)) wenig ((unv. Wort)) // #00:37:33#

16

17 AJP: Ja. Das dockt tatsächlich an unser Projekt an, dass ja auch in so nem Traumainformed
18 oder traumapädagogischen Rahmen entwickelt werden soll. Es gibt ne Frage, die ganz gut da
19 passt. Gibt es an ihrem Arbeitsplatz Rahmenbedingungen oder Umweltfaktoren, haben Sie
20 jetzt schon super viel zu gesagt, baulich oder organisatorisch die die Wahrscheinlichkeit
21 verringern oder erhöhen, dass s so ein gewalttätiges Verhalten gibt? Da hab ich jetzt bei
22 Anna schon ganz viel verstanden. So diese Sicherheit, dass man die Fotos, das die Kinder so
23 ne Voraussehbarkeit erleben, dieser sichere Ort. Gibt es noch irgendwas, wo Sie auch Ihrer
24 jetzigen Perspektive sagen: Ah, dass ist tatsächlich irgendwie baulich oder im Gebäude oder
25 in der Situation irgendwas, wo wir immer wieder merken, so eigentlich [.] (lacht). Ich muss ja
26 auch irgendwas Negatives /. Nein quatsch (lacht). #00:38:26#

27

28 KJPEH3: Also ((unv. Wort)) -weise planen wir einen Neubau (lacht) #00:38:29#

29

30 AJP: (lacht) es bleibt alles anonym. Ja. #00:39:32#

31

32 KJPEH3: ((unv. Wort)) es gibt schon den einen oder anderen Punkt ne. Gerade strukturell
33 gesehen für viele Jugendliche es ist die Hölle hier Mobiltelefon abzugeben. Dann ist es
34 immer schon der absolut coolste Opener hier zu sagen „So herzlich willkommen zur
35 Krisenabnahmen ich hätte gerne dein Handy“. So da geht es meistens schon los. Und wie die
36 freiwillig kommen, weil sie in Not sind, da geht es noch ganz gut. Und die die nicht so
37 freiwillig kommen, weil sie hoch fremdaggessiv sind oder gegen sich selber gerichtet
38 aggressiv sind, da ist dann halt ne hyper Schwierigkeit ne wenn die Ihr Smartphone aufgeben
39 sollen. Das ist aber glaub ich was, was momentan noch wenig veränderlich ist hier [.] und wo
40 man irgendwie mit umgehen üben muss. Und ich glaub die meisten kriegen das gut hin. Ich

15

1 finde Faktor geschlossene Tür ist immer nochmal ne hohe Schwierigkeit. Zumal die Tür eher
2 suboptimal ist als baulich da. Die ist halt [,] weder hübsch noch sicher, gefühlt. Das ist schon
3 was, was viele Jugendliche dazu verleitet da auszubrechen und ((unv. Wort)) -zukommen. [,]
4 Wir haben so ein Beobachtungszimmer, da ist so ne Scheibe drinnen, dass finden viele auch
5 nicht cool. ((unv. Wort)) jeder reingucken kann. Weil das auch am Flur angelegt ist. Das sind
6 so Baulichkeiten, die sind erstmal noch nicht veränderlich, weil man dafür jetzt umbauen
7 müsste aber bewusst sein für schwierige Situationen beschafft. #00:40:00#

8

9 KJPHE5: Kann man noch dazu sagen, dass gerade im Kinderbereich Einfach nochmal ein ganz
10 anderer Spannungsabbau ((unv. Wort)) entwicklungsbedingt stattfindet. Kinder bauen
11 körperliche, also psychische Spannungen eben einfach deutlich durch Bewegung ab und [,]
12 da braucht einfach ein geschütztes Außengelände ((unv. Wort)) die Spannung auch aus dem
13 Körper zu bekommen. Das ist dann, wenn die Türen geschlossen sind und man zwölf Zimmer
14 hat, einfach schwierig. Die Kinderstation hatte mal jahrelang und auch heute noch so ein Teil
15 im Innenraum, der war [,] ((unv. Wort)) wirklich als kein ((unv. Wort)) am Anfang noch zum
16 Halten genutzt, aber in den letzten Jahren immer mehr dahin, dass das so ne Art [,]
17 #00:40:53#

18

19 KJPEH4: Toberaum #00:40:54#

20

21 KJPHE5: Toberaum, gib Gas, abklatschen, also wirklich spüren, sich selber spüren und
22 dadurch auch wieder das Gehirn in die Lage zu versetzen da ((unv. Wort)) zu werden und
23 den Denkkapparat wieder anzuschieben. Da ((unv. Wort)) sehe ich sicherlich das gesamte
24 Teams noch mehr mit den Jüngeren arbeiten, die noch viel körperlicher und auch
25 spielerischer dann nochmal ne stunde Trampolin springen dürften in einem geschützten
26 Bereich. Was zurzeit ((unv. Wort)) einfach so in diesem Sinne nicht immer möglich ist und die
27 es am nötigsten bräuchten, auf die muss man ja dann irgendwie gefühlt auch am meisten
28 aufpassen ((unv. Wort)). Da ist dann häufig dieser Weg dann auch nicht möglich. Also dass
29 wäre mal, also ne ((unv. Wort)) Ergänzung und auch wichtige Erweiterung. Also
30 Beziehungsangebote im geschützten Raum auch schaffen, dass das sein kann. Ja.
31 #00:41:59#

32

33 KJPHE6: Ja vor allem wenn du sagst im Kinderbereich ja, aber wir haben das Problem mit den
34 Jugendlichen, die dann ja kurz vor 18 sind, die ((unv. Wort)) Raucher sind, wo man denn sagt
35 „Toll ich kann sie nicht rauslassen, weil geschlossene Station“. Und wir haben im Moment
36 keinen geschlossenen Außenbereich. Also wenn der Neubau dann irgendwann kommt, dann
37 / Weil, einfach dass man die rauslassen kann und sagen kann „Mensch hier hast du ein ((unv.
38 Wort)) und tob dich aus“. Das ist leider im Moment nicht gegeben. Und also das finde ich
39 gestaltet sich manchmal etwas schwierig. Ich glaub wir hätten bei einigen Patienten bessere

1 Erfolge, wenn man sagen könnte, die können nochmal raus, die sind nicht ihren Zimmern nur
2 eingesperrt. #00:42:42#

3

4 AJP: Ja. Ich mach einen kurzen Schwenker. Wie werden solche Vorfälle eigentlich
5 dokumentiert, in der Klinik? Gibt es da irgendwie nen Verlauf oder nen Ablauf und gibts da
6 Hürden das überhaupt zu melden und was kriegt man eigentlich ne Form von Unterstützung,
7 wenn einem jetzt sowas passiert? Vielleicht auch, man ist och ganz am Anfang und noch gar
8 nicht so geschult und so erfahren und jetzt geschieht sowas. Genau. Welche Form von
9 Unterstützung bekommt man jetzt auf Leitungsebene, von Kolleg:innen? Also erstmal
10 vielleicht wie wirds dokumentiert? Und [.] #00:43:19#

11

12 KJPEH3: (lacht) #00:43:23#

13

14 AJP: Haha jetzt kommt es raus. Nein (lacht). #00:43:25#

15

16 KJPEH3: Es gibt ein Formular „Besondere Vorkommnisse“. Da werden besondere
17 Vorkommnisse drin festgehalten, die entweder in starker Gewalt oder durch Zerstörung von
18 Einrichtungsgegenständen und Mobiliar ausgefüllt werden. ((unv. Wort)) -berichten sowieso
19 dokumentiert wird. Und Unterstützung kann ich sagen am eigenen Leib, dass man alle
20 Unterstützung bekommt, die man braucht. man bekommt alles und noch mehr angeboten
21 tatsächlich. Da kann ich tatsächlich guten Gewissen sagen, dass es keine Grenzen gibt
22 dessen, dass man erhalten kann, wenn es einem nicht gut geht nach so ner Situation.
23 #00:44:07#

24

25 KJPEH6: Vor allem es wird auch immer nachbesprochen. #00:44:10#

26

27 KJPEH3: Ja #00:44:11#

28

29 KJPEH6: Also jede Situation wird nachbesprochen, es wird immer wieder das Angebot
30 gemacht: Wenn was ist. wir sind da, wir hören zu, brauchst du noch mehr? Also das ist
31 tatsächlich in diese Klinik wirklich ziemlich hochgehängt die Unterstützung anzu- ((unv.
32 Wort)) #00:44:25#

33

34 KJPEH3: Es gibt da auch ein festgelegtes Verfahren ne. Wenn ein Vorfall gewesen ist, dann
35 wird Leitung informiert, dass die bescheid wissen, dass die auch den Mitarbeiter zugehen
36 können. Wir als Deeskalationstrainer wissen bescheid. Wir gehen auch nochmal auf die

1 Person zu, ob die was nachbesprechen wollen. Da gehts dann aber weniger drum /ähm/ es
2 geht darum demjenigen nen Raum zu schaffen dafür, dass er auch Dinge loswerden darf. Das
3 sind dann keine supervisorischen Sitzungen mit durch uns, sondern nur den Raum zu
4 schaffen, dass er ((unv. Wort)) runterreden darf und dann geht es eben Richtung nach oben
5 weiter was man eben an therapeutischen Unterstützungen noch zusätzlich brauchen kann.
6 #00:45:05#

7

8 KJPEH6: Ja und da haben wir ne Absprache und ne Kooperation mit unserem
9 Traumatherapeuten hier im Haus. Wir hatten jetzt gerade auf einer Jugendstation lange
10 Monate eine Patientin, die musste permanent eins zu eins betreut werden, Tag wie Nacht,
11 24/7. Da sind natürlich auch jüngere unerfahrenere Kollegen auch mit am Start gewesen,
12 weil das personell einfach nicht anders ging. Und da habe ich das jetzt das letzte Mal bei
13 einer Kollegin dann so vereinbart, da die Stationsleitungsgespräche sind gelaufen alles ist so
14 weit gut [...] im Gespräch gewesen und es waren Bereiche betroffen, die ließen sich da nicht
15 klären und dann steht unser Traumatherapeut zur Verfügung und dass ist dann meine
16 Aufgabe ihn kurz anzuschreiben und ins Bild zu setzten und er hat dann einen Termin
17 gemacht, der Kollege, und hört sich dass dann an und die vereinbaren sich dann weiter. Also
18 ((unv. Wort)) praktisch in seine therapeutischen Hände und ((unv. Wort)) Sitzung die dann
19 hatten und dann war das für alle Seiten auch gut. Also ja. #00:46:11#

20

21 AJP: Also echt n breites Angebot. Okay. Gibt es da irgendwelche Veränderungsvorschläge? In
22 dieser Dokumentation, dass scheint ja echt total / ja okay. #00:46:21#

23

24 KJPEH6: Wenn es sich um Teams handelt, die gemeinsam einfach auch ein Thema haben mit
25 einem Patienten, dann ((unv. Wort)) einer Teamsitzung nachbesprochen, wenn es individuell
26 einen Mitarbeiter betrifft, dann gibt es Einzelgespräche. Ich wüsste jetzt nicht was wir da
27 besser machen können. #00:46:39#

28

29 AJP: okay. Dann kommt jetzt unser letzter Schlenker und da gehen wir tatsächlich nochmal
30 auf den Zwang ein. Den haben wir ja eben auch schon einmal gehabt. Das wäre jetzt so:
31 Was verstehen Sie, einfach ganz selber subjektiv, unter grenzsetzen oder disziplinarischem
32 Maßnahmen, oder unter Zwangsmaßnahmen und was halten Sie eigentlich von der Art und
33 Weise wie die in Ihrem, also jetzt in dem Fall in der KJP, umgesetzt werden? Hab ich schon
34 total viel zu gehört, ne. Aber nochmal so, genau so das Thema Zwang. Wie gestaltet sich der
35 aus in der KJP und wie finden Sie das? (schmunzelt) #00:47:15#

36

37 KJPEH3: Also ich glaub der [...] mit am häufigsten genutzte Zwang, der hier stattfindet, ist ne
38 geschlossene Unterbringung, [...] dass die hiergezwungen sind zu seien und wahrscheinlich
39 auch erstmal nicht raus dürfen. Ich glaub, dass ist so das meistgenutzte Mittel, was hier

1 angewendet wird. Und bei allen anderen Zwangsmaßnahmen wo es drum geht die Freiheit
2 einzuschränken, wo es drum geht Dinge wegzunehmen, [...] oder jemanden festzuhalten oder
3 zu fixieren, sind wir relativ zurückhaltend. Wirklich nur dann erfolgt, wenn wir keine andere
4 Interventionsmaßnahme mehr übrig haben. Oder wenn keine andere
5 Interventionsmaßnahmen gegriffen haben. Aber da sind wir auch immer in nem recht guten
6 Austausch, /ähm/ pflegerisch, pädagogisch, fachärztlich. ((unv. Wort)) nicht dahin drängen
7 ist, doch es gibt glaub ich schon manchmal bei den einen der anderen Kollegen die die
8 Fantasie, dass ist doch jetzt besser wäre hier jemanden zu fixieren als noch zu warten, aber
9 ich glaube durch unsere Strukturen und Regelkonzepte die auf unserer Station, auf der J2,
10 auch sehr weich und fließend sein dürfen und können, schon da viel wegnehmen, dass man
11 eben ner deeskalativen Maßnahme vor ner Grenzsetzung irgendwie ne Vorfahrt gewähren
12 darf, ne. Dann eben es nicht heißt "hier muss jetzt aber die Regel zwingend eingehalten
13 werden und funktionieren", sondern da wird geguckt okay welchen guten Grund gibt es,
14 dass es das jetzt nicht braucht und ist es vielleicht deeskalierend oder förderlich, dass man
15 das jetzt irgendwie ändert und sagt okay für den Patientengilt diese Struktur nicht, weil, ist
16 sowieso nicht einhaltbar. Gerade ((unv. Wort)) bei Störung des Sozialverhaltens klassischen
17 Patienten ist es total wichtig, dass die solche Regeln zwar haben und solche Grenzen aber
18 dann irgendwie nie wieder angepasst wird ab wann die denn gelten und wie starr die sein
19 müssen ne. #00:49:22#

20

21 AJP: Das heißt die Patienten wissen ungefähr, wann Zwang auftreten würde? Also das ist
22 jetzt ne Frage von mir. Also die haben ne Vorstellung davon, wann sozusagen irgendein Limit
23 erreicht wäre und dass dann eine / Wissen Sie wie ich meine? Dass dann Zwang passieren
24 würde oder ne Zwangsmaßnahme. #00:49:43#

25

26 KJPEH3: Ich glaub, dass die Patienten, die es betrifft, die einer Zwangsmaßnahme /ähm/
27 unterliegen müssten, die wissen wann es so weit sein könnte. ((unv. Wort)) ja auch
28 Patienten [...] die so weit gehen immer, um in der Fixierung landen zu können, die sich vorher
29 nicht bremsen lassen. Ich glaube diese Patienten wissen es, dass es da ne Grenze und n Limit
30 gibt, wie weit es irgendwie versucht wird. Aber ich glaube der Großteil unserer Patienten,
31 gerade was an Impulsdurchbrüchen, an ((unv. Wort)) -durchbrüchigen oder an einfach
32 Interaktionsgestörten #00:50:17#

33

34 KJPEH6: Grenzverletzten #00:50:17#

35

36 KJPEH3: oder Grenzverletzten ist, die wissen nicht, ob es ne Grenze gibt, wo ne
37 Zwangsmaßnahme stattfinden könnte. Weils für uns einfach gar nicht zur Diskussion steht,
38 häufig. #00:50:27#

39

1 KJPEH4: Wir würden auch eher manchmal entlassen, als per Zwang unterzubringen. Wenn
2 wir das Gefühl haben, wir kommen hier irgendwie mit unseren Angeboten gar nicht weiter.
3 Und um noch ein bisschen Beispiel zu nennen: Es gibt ja immer wieder Patienten, die ihren
4 Kopf gegen die Wand schlagen. Da sind wir auch sehr /äh/ halten wir viel aus. Also da wird
5 nicht sofort dann irgendwie eingegriffen, sondern dann versucht man irgendwie da n Kissen
6 zwischen die Wand und den Kopf nochmal zu halten. #00:50:56#

7

8 AJP: Okay. Ja. #00:50:58#

9

10 KJPEH4: Dann eher zu begleiten und zu sagen "Ja du bist jetzt sehr angespannt aber währ ja
11 schön, wenn du dich nicht so doll verletzen würdest." ((unv. Wort)) weniger doll. Also da
12 sind wir glaub ich sehr entgegenkommend und sonst haben wir natürlich, Phillip hat das
13 auch gesagt, haben wir natürlich auch schon eher einen sehr hochschwelligen Rahmen. Also
14 /äh/ alle müssen Ihr Handy abgeben, hier wird nicht geraucht, hier hat man seine eigenen
15 Sachen nur bedingt im Zimmer, die werden alle durchgesehen, da wird gefilzt, weil wir
16 einfach auch diese grundsätzlichen Sicherheitsaspekte die sind ja schon, können ja auch
17 schon sehr als Zwang erlebt werden und für mich sind die aber wichtig im Sinne von hier ist
18 ein sicherer Ort und für den habe ich auch die Verantwortung zu tragen, dass das hier nicht
19 aussieht und jeder machen kann was er will wie Sodom und Gomorra und dann findest du
20 am ende hier so ein gewalttätiges und unberechenbares Umfeld wie du es von Zuhause
21 gewöhnt bist, sondern es soll hier schon ein anderer Ort, ein sicherer, ein Schutzort sein.
22 Und dadurch fühlen sich natürlich aber schon manche Patienten von Anfang an auch unter
23 Druck und einem Zwang ausgesetzt und Fremdbestimmt und je älter sie sind und je ((unv.
24 Wort)) natürlich ja dann auch Autonomie Bestrebungen natürlich da sind, stört die das dann
25 auch. Oder können im Kinderbereich auch ganz gut annehmen, dass nun mal abends zu Bett
26 gegangen wird und Zähne geputzt wird. ((unv. Wort)) es auch Patienten, die über Wochen
27 hier nicht duschen, die nicht ihre Sachen ausziehen, die hier unter völlig unhygienischen,
28 Krankenhaus unwürdigen Zuständen sein können, um bestimmte Konflikte nicht zu
29 eskalieren, sondern eher erstmal zu gucken wie weit kann ich Beziehungsaufbau leisten, wie
30 kann ich irgendwie Vertrauen schaffen und das ist auch manchmal ein Spannungsfeld, wo
31 man gucken muss wie kann das Krankenhaus toleriert werden. #00:53:10#

32

33 AJP: Mhmm. Gibt es so im Bezug auf Zwangsmaßnahmen irgendwas zu verbessern oder zu
34 verändern? #00:53:15#

35

36 KJPEH4: Ja also die baulichen Bedingungen die stehen auf erster Stelle. Wir brauchen da viel
37 mehr räumliche Gegebenheiten #00:53:26#

38

39 KJPEH5: Ja. #00:53:26#

1

2 KJPEH4: die uns unterstützen und die uns ((unv. Wort)) dass ein Patient außer Rand und
3 Band irgendwie in einem Isolierzimmer auf dem Flur /äh/ was direkt neben dem
4 Tagungsraum und direkt am Leben ist betreut werden muss, sondern das muss irgendwie
5 weitere- ((unv. Wort)) geben es muss ne Möglichkeit geben die für sich aber nen Freiraum,
6 am besten mit einem Innenhof, da so suggerieren, dass sie erstmal ((unv. Wort)) und dass
7 jemand am Start ((unv. Wort)) dass man deshalb ((unv. Wort)) gleich zum Zugzwang kommt,
8 weil man denkt "oh Gott und jetzt verletzen sie irgendjemanden ((unv. Wort)) brauchen
9 irgendwie mehr Raum. So. #00:54:12#

10

11 AJP: Ja. Kann man ungefähr sagen, wie häufig grenzsetzende oder Zwangsmaßnahmen
12 vorkommen in der KJP? Also wieder so ein ungefähres ne. Und vielleicht auch // #00:54:23#

13

14 KJPEH4: ((unv. Wort)) -wert in der Dokumentation da mal zu nem Monitoring zu kommen,
15 das passiert jetzt erst seit ((unv. Wort)) halben Jahr, das in der Leitungsrunde immer auch
16 melden [...] kannst zu Zwangsmaßnahmen. Wie sahen die aus? Musste jemand festgehalten
17 werden? Musste jemand fixiert werden? Ist jemand geschlossen untergebracht? Aber
18 ansonsten würde ich sagen, sind geschlossene Unterbringungen sind sehr häufig. Also
19 gerade im Jugendbereich, würde ich sagen, haben wir eher die Stationstür dauerhaft
20 abgeschlossen // #00:54:59#

21

22 KJPEH2: Ja haben wir bei uns auch. Ja. #00:55:00#

23

24 KJPEH5: Es hat sehr nachgezogen. #00:55:02#

25

26 KJPEH3: Ja. #00:55:02#

27

28 KJPEH4: Also es war tatsächlich / #00:55:04#

29

30 (mehrere Lachen) #00:55:05#

31

32 KJPEH4: Nachmacher. Ja. #00:55:05#

33

34 KJPEH3: Aber auch da sind wir ja bemüht zu sehen, dass geschlossen untergebracht nicht
35 leicht heißt Tür ist abgeschlossen, ne? Also so bald eingeschätzt wird, dass die

21

1 Weglaufgefahr relativ gering ist beziehungsweise das Risiko was passieren könnte wenn der
2 wegläuft ((unv. Wort)) auch sehr angehalten sind, dass die geschlossene Unterbringung sich
3 nur auf /äh/ die Form bezieht und du dich trotzdem hier im Haus bewegen darfst und die Tür
4 nicht abgeschlossen sein muss. #00:55:32#

5

6 AJP: Und vielleicht nochmal sozusagen / Ja.// #00:55:35#

7

8 KJPEH3: ((unv. Wort)) nichts, ne? Auch ((unv. Wort)) // #00:55:38#

9

10 KJPEH4: ((unv. Wort)) nicht so viel Fixierung / #00:55:40#

11

12 KJPEH3: Ne. #00:55:41#

13

14 KJPEH4: denn, wenn es wirklich in diese massiven Zwangsmitteln nimmst, also Fixierung
15 würde ich immer noch als selten einschätzen und würde denken, dass das wahrscheinlich [,]
16 nicht mehr als acht Patienten pro Jahr sind. Würde ich so denken. #00:55:58#

17

18 AJP: Ja und jetzt so Grenzzetzende Sachen wie mal festhalten oder / #00:56:02#

19

20 KJPEH4: ((unv. Wort)) #00:56:04#

21

22 AJP: Ja? Okay. #00:56:05#

23

24 KJPEH4: Halten ist mehr. #00:56:07#

25

26 AJP: Halten ist mehr, ne? Weil ich jetzt hier denke in meinem Fragebogen, grenzzetzend ist
27 ja schon wieder, könnte man ja schon wieder mit ein ne. Da hab ich ja jetzt eben auch viel
28 gelernt bei, genau. Ja, die ganze Palette hin von ne auch halten auch körperlich halten in
29 dem Moment. Mhmm. Und wenn man nochmal so ein / Tschuldigung. Ja sagen Sie mal.
30 #00:56:27#

31

32 KJPEH3: ((unv. Wort)) zurückgegangen in den Jahren ne. Also ich finde wir halten auch nicht
33 mehr so viel fest, wie wir es mal gemacht haben. Oder wie ich das früher von ner Akutstation

1 kenne. Da wurde wirklich richtig viel festgehalten. Aber das finde ich ist sehr zurück
2 gegangen mit der Zeit, aber auch durch Haltung ne. Durch Haltung / #00:56:45#
3
4 KJPEH5: Genau. #00:56:45#
5
6 KJPEH4: Wir halten durch Haltung. #00:56:46#
7
8 KJPEH3: Wir halten durch Haltung. #00:56:47#
9
10 AJP: Ja das ist wirklich so. #00:56:48#
11
12 KJPEH3: Und das jemand festgehalten werden muss, wäre bei uns vorher eine Fixierung
13 tatsächlich. So um die Fixierung abzuwenden nochmal festzuhalten [...] wenn wirklich ein
14 tätlicher Übergriff stattfindet oder eine so massive Selbstverletzung, dass es medizinisch
15 schwierig ist, dass man einschreiten muss. Oder eine immer wiederkehrende Suizidversuch.
16 Also das wären so Momente wo hier ne Zwangsmaßnahme irgendwie von statten gehen
17 würde und was auch eine Rechtfertigung zum Festhalten wäre. #00:57:20#
18
19 KJPEH4: Ja. Aber vorher machen wir eben zum Beispiel // #00:57:22#
20
21 AJP: Das war meine Frage auch. Ja. #00:57:24#
22
23 KJPEH4: ((unv. Wort)) Patienten haben und dann haben wir da neun andere nicht
24 wildgewordene ängstliche Patienten, dann müssen die halt alle raus gehen. Also es ist auch
25 wieder so ein bisschen, des einen Freud ist des anderen Leid und wenn man da einen sehr
26 wehrhaften Patienten hat, dann müssen die andauernd sitzen die irgendwo in der
27 Tagesklinik und auf der Station eins und warten bis dieser hysterische Anfall dann da wieder
28 vorbei ist. Und bis ((unv. Wort)) wieder auf seine eigentliche Station kann und deshalb
29 brauchen wir unbedingt bauliche Veränderung. Weil das finde ich wirklich auch ne
30 Zumutung für die andern Patienten. Da arbeiten wir zwar hochschwellig deeskalierend, aber
31 auch dann eben auf Kosten von anderen und das ist /äh/ dafür brauchen wir bauliche
32 Veränderung, um das noch idealer gestalten zu können und // #00:58:13#
33
34 AJP: Sag nochmal was die baulichen Veränderungen wären. Das habe ich jetzt gerade nicht
35 / n eigener Raum. #00:58:19#

1

2 KJPEH4: ((unv. Wort)) jetzt ein akuten Bereich. Auch ganz bewusst nur einen akuten Bereich.
3 Damit wir quasi flexibel sind in der Umsetzung unserer Maßnahmen. Wir wollen explizit
4 keine Akutstation haben, weil wir auch von unserer systemischen Grundhaltung das sehen,
5 das Patienten davon profitieren, wenn sie so viel wie möglich Normalität um sich herum
6 haben. Das heißt wir gucken, dass wir quasi Bereiche haben. Es gib einen ganz hoch
7 Akutbereich, wo man die Patienten auch wirklich auch in diesem hoch Akutbereich mit
8 Innenhofzugang isolieren könnte, von der Gruppe, bis hin dazu, dass man sie komplett in
9 ihrem Zimmer isolieren und relativ gefahrlos einsperren könnte. Bis von da ist ein Zimmer
10 direkt neben dem Dienstzimmer was aber abgegrenzt ist von der Station und man kann
11 durch intensives Bezugsangebot wieder gut einzeln betreuen, bis auf ((unv. Wort)) Zugang
12 zur Malstation und können da mit den Patienten ganz normal in den Alltag einfügen und
13 man kann das auch je nachdem ((unv. Wort)) nicht ständig so /äh/ hochgefährliche
14 Straftäter. Das auch alles ((unv. Wort)) lassen und ((unv. Wort)) nutzen. Auch den Innenhof
15 ((unv. Wort)) um da nicht auf den Bock einzu- ((unv. Wort)). #00:59:46#

16

17 AJP: Ja. #00:59:47#

18

19 KJPEH4: ((unv. Wort)) zu spielen. #00:59:48#

20

21 AJP: Ja wundervoll. Meine allerletzte Frage. Sie haben ja alle Erfahrung mir
22 Deeskalationstraining. Ich mein zwei von Ihnen sind Trainer. Wenn Sie jetzt nochmal so, weil
23 wir ja wirklich auch eins planen und genau, schon viele ganz ganz viel Input bekommen. Aber
24 welche Inhalte und Bestandteile bewerten Sie als besonders hilfreich, aus den Trainings die
25 Sie so in Ihrer ganzen Erfahrung schon mitgenommen und was war tatsächlich nicht so
26 hilfreich? Also was müssen wir wirklich in unserem Training, was ist so, was würden Sie uns
27 mit auf den Weg geben? #01:00:23#

28

29 KJPEH7: Da kann vielleicht gut drauf antworten, weil ich hab hier das erste mal zu
30 professionellen Deeskalationsmanagement oder sowieso verbalen Deeskalationen
31 Erfahrungen mitbekommen und wird ja alles intern geschult von Kollegen und das empfinde
32 ich als sehr hilfreich, dass ich irgendwie einen direkten Austausch habe mit / beim Trainer,
33 der denn vor Ort ist, der auf meiner Station arbeitet, der mich auch in Situationen nochmal
34 extra anleiten kann oder gegebenenfalls reflektieren kann. Und auch diese verbale
35 Deeskalationstraining was wir dann vor Ort machen, das gibt dann auch total viel Sicherheit
36 wenn man denn weiß, wie agieren meine Kollegen eigentlich in der Situation, wie erkenne
37 ich Gefahrensituationen und wo ist mein Kollege gerade in einer Situation, wo er wirklich
38 verbal deeskaliert. ((unv. Wort)) er braucht gegebenenfalls Unterstützung, so dass ich denn
39 schonmal reagieren kann oder vorbereiten kann, und das finde ich als wahnsinnig hilfreich
40 weil man da n direkten Austausch hat, eigentlich die ganze Zeit. #01:01:19#

24

1

2 AJP: Ja richtig gut. Danke. Und gibt es irgendwas was wir wirklich weglassen sollten? (lacht)
3 So klassisch. Oder wo man einfach sagt im Rückblick "och so, mhhm". #01:01:29#

4

5 KJPEH7: Ich würde eigentlich fast sagen zu viel kann man gar nicht machen, weil umso mehr
6 Input man kriegt, umso besser ist das und man kann ja für sich immer letztendlich selber
7 entscheiden was empfinde ich als hilfreich und was kann ich für meine Arbeit streichen, weil
8 man glaub ich auch sehr persönlich deeskaliert. Also es muss ja auch immer zu mir als
9 Mensch passen. Ich muss da meine eigene Form finden und /ähm/ wenn ich ganz ganz viel
10 Input kriege, dann habe ich mehr zum Ausselektieren und mehr, wo ich mich auch
11 wiederfinde, einfach. Und deswegen würde ich eigentlich sagen: Das Beste was man kriegen
12 kann ist n großflächiges Angebot. Und das hab ich hier erlebt, gerade auch mit den
13 Traumafortbildungen die auch mit dem Deeskalationsmanagement irgendwie kooperieren.
14 Das merkt man immer wieder, dass die Bereiche verschwimmen und da fühlt an sich
15 eigentlich ganz gut aufgehoben und dadurch, dass man auf der Station auch immer Kollegen
16 hat, mit denen man sowas nochmal gut besprechen kann, was denn jetzt wirklich auch
17 wichtige Faktoren sind, finde ich das eigentlich nicht zu viel vorhanden, was man jetzt
18 wegnehmen ((unv. Wort)). #01:02:36#

19

20 AJP: Ja vielen dank. #01:02:38#

21

22 KJPEH3: Ganz kurz. /äh/ Was wir auch machen. Dass man sich veranschaulicht, was
23 eigentlich mein professionelles Rollenbild ist und mein privates Rollenbild ist. Wir sind ja hier
24 im Bereich nicht nur Krankenhaus, sondern auch pädagogischer und therapeutischer Auftrag
25 und was ich sehr auffällig finde ist, dass es n großes Spannungsfeld des Wissens gibt
26 zwischen Krankenschwestern, die aus der Ausbildung kommen und Erziehern, die aus der
27 Ausbildung kommen oder Therapeuten, die aus dem Studium kommen. Dass die
28 unterschiedlich gut darüber bescheid wissen, was passiert in diesem Kind eigentlich was
29 denen gegenübersteht und gerade ausrastet. Und ich finde gerade da ist es wichtig
30 gebündelt für alle möglichst viel zu schaffen, ein Bewusstsein zu schaffen, dass ist nichts
31 Persönliches, das wenn du reagierst, dass du auf ne professionelle Art reagierst und nicht so
32 wie du es vielleicht früher zuhause gelernt hast, wie deine Eltern reagiert haben oder so. Das
33 man sich klar n Unterschied ne irgendwie // #01:03:35#

34

35 KJPHE5: Hat doch nichts geschadet. (lacht) #01:03:37#

36

37 (alle lachen) #01:03:37#

38

1 KJPEH3: Hör ich häufig, dass man sich klar einen Unterschied bewusst machen darf in so nem
2 Training, dass es ein Arbeits-Ich gibt und ein privates Ich. Und ich glaube, dass ist am Anfang
3 nicht allen Leuten bewusst und ich glaub wenn man da nicht aktiv anstößt und sagt, denk
4 mal darüber nach dass es doch ein Unterschied ist, dass es vielen ach gar nicht bewusst wir.
5 Weil man im Alltag glaub ich nicht nachdenken würde. Wenn man dazu nicht angestoßen
6 wird. Und auch gerade das was wir an Wissen durch diese Traumafortbildung irgendwie
7 /ähm/ aufgreifen dürfen, dass halt eben sich in diesem Deeskalationsprogramm
8 wiederfindet und sich eben total gut ergänzt. Dass man da viel verschwimmend, arbeiten
9 darf und kann, um ne Haltung zu entwickeln. Und ich glaub das ist so das wichtigste neben
10 nem Arbeitsmittel was man nochmal zusätzlich an die Hand bekommt, dass man sagen kann,
11 okay wenn ich gerade nicht weiß, was ich tun soll, dass und das und das ist [...] das wurde
12 ausgearbeitet, dass kann ich einfach anwenden. Aber wenn ich ne Haltung habe, die dazu
13 passt, ist es nochmal umso besser dass es dann auch nicht komisch oder steif oder unecht
14 wirkt, sondern dass es eben auch meine Haltung widerspiegelt ((unv. Wort)) #01:04:48#

15

16 KJPEH5: Für mich ist nochmal wichtig, dass übergeordnet, ich schau ja auf alle Konzepte und
17 gucke was haben wir an Konzeptionen hier im Haus und /äh/ welche Synergie Effekte kann
18 ich daraus letztendlich generieren, sozusagen. Und wir haben wirklich ein ausgereiftes
19 traumapädagogisches Fortwicklungsangebot, was auch immer im Prozess ist, was nie starr
20 jetzt in fünf Jahren genau so vermittelt werden würde, sondern das verändert sich von Jahr
21 zu Jahr. Da werden immer neue Inhalte wieder aufgenommen, es wird umgestellt und dass
22 ist auch ganz wichtig, dass das einfach auch dynamisch und offen bleibt, denn ((unv. Wort))
23 sind jetzt an einem Punkt, wo wir viel fachlich sehr gutes Handwerkszeug an die Hand
24 bekommen, und jetzt geht es darum das Thema Selbsterfahrung einfach anzustoßen und
25 diesem Konzept halt mit einzubinden. Sodass das was dann auch erfahren wird und das was
26 man leistet und was man die eigenen Handlungen und die Handlungen andere mit sich
27 selber zu verbinden. Daraus einfach dann das Richtige herauszufiltern. Und das ist eben dass
28 was Phillip sagte, die Rolle ((unv. Wort)) jede Rolle einfach auch /äh/ einfach gehalten zu
29 reflektieren. Die Arbeit in, und zwar nicht nur in Teams in Form von Supervisionen sondern
30 auch gerade im Thema Gewalt, was macht das bei mir selber, was triggert das bei mir an. Da
31 auch ((unv. Wort)) Größe entwickeln, dass man das erarbeitet. #01:06:20#

32

33 AJP: Ja. #01:06:21#

34

35 KJPEH5: Das ist jetzt so das nächste Level, next Level sozusagen, so. Und das ist ((unv. Wort))
36 auch mit Angela gemeinsam mit Anna, dass wir gucken, so, wie komplettieren wir das und
37 wie kommen wir immer weiter. ((unv. Wort)) Gibt unserem praktischen Handwerkszeug und
38 wie verändere ich ((unv. Wort)) wir das und wie kriegen wir das in die Köpfe. Und auch nicht
39 nur in die Köpfe sondern auch ins Gefühl. So in jede Pore in jede Ader, dass es auch einfach
40 ein Teil von uns selber wird, irgendwie. Das ist so immer unser Anspruch. #01:06:55#

41

1 AJP: Ja vielen vielen vielen Dank. #01:06:59#

2

3 KJPEH4: Darf ich noch eins zur Leitung sagen? #01:07:02#

4

5 AJP: Ja sehr sehr gerne. Das wäre jetzt auch noch// #01:07:04#

6

7 KJPEH4: Ich glaube ((unv. Wort)) denken man kann sich irgendein perfektes Tool ausdenken
8 und dann geht Deeskalation super, sondern der Fisch stinkt vom Kopf und glaube es geht
9 ganz viel darum, dass man auch mit den Leitungen [...] gucken muss, dass man wegkommt
10 von so ner Krankenhaus-Überzeugung. Hier muss alles sicher sein, hier darf nichts passieren.
11 Ich erlebe manchmal, dass wir sehr fehlerfreudig sind, so unter uns in unserer Abteilung, aber
12 es muss auch der Rahmen sowohl innerhalb des Chefarztes und von der Abteilung dass
13 ermöglichen. Als auch immer wieder die Geschäftsführung darüber steht, weil das einen
14 sonst in blöde Situationen bringt. Also angefangen von der Ausstattung. Ich würde das nie so
15 ausstatten, dass ich da irgendwie ein Blechklo oder irgendwie so unkaputtbare Sachen in
16 irgendein Zimmer ((unv. Wort)) aussieht wie im Knast und dann wunder ich mich, dass die
17 sich benehmen wie im Knast, sondern man muss immer gucken, dass so diese
18 Durchdringung auch statt findet. Und das Tool ist immer nur so viel wert wie die Haltung auf
19 dieses Feld. Und man braucht auch glaub ich da relativ viel Mut für bestimmte Fehler, die
20 einfach in einem potenziellen deeskalativen Rahmen dann viel eher vorkommen, weil diese
21 Patienten dann eben wenn sie nicht schön eingesperrt werden von der Psychiatrie, dann ist
22 halt die Frage: Ja und wer ihn rausgelassen und wer hat nicht aufgepasst und hat ihm so viel
23 Raum gegeben und wie konnte das passieren. Und ((unv. Wort)) mehr davon leiten lässt
24 „wie konnte das passieren“ und nicht „was muss ich dem Patienten anbieten, dass der sich
25 entwickelt“, Angst ist kein guter Ratgeber [...] dass ist glaub ich was, was ich auch wichtig
26 fände, dass der übergeordneten [...] Ebene zu vermitteln. #01:09:02#

27

28 AJP: Ja Danke Anna. #01:09:04#

29

VI. Transkript KJH1

1 #00:00:00-0# I: Dann fang ich direkt mit Frage eins an. Ich habe noch nie ein
2 Fokusgruppeninterview gemacht. ähm ich habe so gedacht ähm der, der den ersten Impuls
3 hat ähm fängt an und die anderen ergänzen vielleicht(...)wir probieren das einfach mal aus.
4 Also das Projekt zum Safe ähm das Interview zum Projekt Safe4Child. Erste Frage wäre (...)
5 Inwiefern machen Sie Erfahrungen mit Aggressionen und Gewalt in Ihrem Arbeitsbereich? Auf
6 welche Art und Weise greifen Sie oder Kolleg*innen ein, wenn ein Kind oder ein Jugendlicher
7 (...) aggressives oder gewalttätiges Verhalten (...) in Klammern hierzu gehört auch
8 selbstverletzendes Verhalten zeigt? (...)

9

10 #00:00:52-8# I: * dein Ton

11

12 #00:00:53-8# T: Ja ich denke mal wir kennen in der * alle Formen von Gewalt, sei es
13 nonverbale Gewalt, verbale Gewalt, Fremdaggression, Aggression gegen sich selber auch
14 und sei es aus Frust. Es gibt da wahrscheinlich viele Gründe ((unv.)) weswegen es hier zu
15 Aggressionen kommt und natürlich muss man drauf eingehen. Also...

16

17 #00:01:20-7# I: Ja

18

19 #00:01:20-7# T: ...kommt natürlich drauf an um was für eine Art von Aggression es sich da
20 handelt. Wenn es verbale Aggression ist, geht man natürlich auch verbal ran, versucht das zu
21 besprechen [.] ((unv.)) da könnt ihr jetzt gerne ergänzen.

22

23 #00:01:38-7# A: sexualisierte Gewalt auch. Also sexualisiertes, grenzüberschreitendes
24 Verhalten ist ja auch eine Form von Gewalt die es zum Teil gibt. Und [.] ja eingreifen ist ja zum
25 einen das Verbale also auf auf verbale Gewalt, auf Beleidigungen ja auch schon, auf
26 Drohungen verbal einzugehen und wenn es halt nicht auf der verbalen Ebene bleibt und es
27 eine Eigen und Fremdgefährdung gibt, dann halt [.] gehen wir in dem Rahmen darauf ein, dass
28 wir das Kind, das wir die anderen Kinder oder uns schützen müssen und dann im [.] Notfall
29 oder im äußersten Fall halt die Kinder auch körperlich begrenzen.

30

31 #00:02:18-9# I: Ja

32

33 #00:02:19-9# A: Wobei das halt immer das letzte Mittel sein sollte, wenn wirklich die Sicherheit
34 von einem der beteiligten Personen halt nicht gewährleistet werden kann anders. [.]

35

36 #00:02:30-9# K: Genau. Es gibt unterschiedliche Formen. Also Gewalt zwischen [.] zwischen
37 den Kindern, zwischen Kindern und Pädagogen, zwischen Pädagogen ist mir jetzt noch nicht
38 untergekommen, könnte es ja theoretisch ja aber auch geben. Dann zwischen Eltern und
39 Kindern bei den Besuchskontakten. Da ist es dann [.] meistens nicht körperlich aber vielleicht
40 verbal aggressiv oder irgendwas. Das man das alles im Blick behalten muss [.] und eingreifen
41 muss und das allerletzte Mittel würde ich sagen ist Halten aber auch im schlimmsten Fall die
42 Polizei rufen oder die 112.

1

2 #00:03:07-7# I: Ja [,] hast Du noch was zu ergänzen *?

3

4 #00:03:07-7# J: Ja, ich würde auch sagen, dass uns, wie die Kollegen sagen, dass uns im
5 Alltag eigentlich vielfältige Formen von Gewalt begegnen. Sei es unterschwellige Gewalt in
6 Form vielleicht von Beleidigungen, von ausgrenzen, von den Kindern untereinander [,] von
7 Kindern gegenüber Erwachsenen. Also eigentlich eine Vielzahl von Gewaltformen und das [,]
8 die quasi die schwächste Intervention ist die [,] oder die niedrigschwelligste Form der
9 Kommunikat... der [,] Form von der Intervention ist dann die Kommunikation also das
10 Ansprechen, das Hinweisen, das Hinterfragen, das Verweisen auf Regeln [,] ...

11

12 #00:03:55-7# I: Ja. Das ist nochmal ein guter Hinweis auf diese schrittweise Annäherung. Also
13 erstmal geringste Mittel versuchen bis es denn [,] genau, in den Stufen denn hochgeht. Ja.

14

15 #00:04:04-7# A: ((unv.)) ...ich glaube ((unv.)) fast alltäglich bei uns auch Gewalt. Also es ist [,]
16 wenn man wirklich so darüber nachdenkt gerade wenn wir auch über verbale Gewalt sprechen
17 haben wir das eigentlich fast alltäglich in unserer Arbeit [,] und vieles davon ist schon fast so
18 [,] Normalität in dieser Arbeitsblase sag ich so. Aber im Grunde ist es ja auch alles Gewalt was
19 jeden Tag dann zum Teil auch passiert so, das Ausgrenzen, das [,] die Drohungen und so die
20 es zum Teil gibt...

21

22 #00:04:35-5# I: Ja

23

24 #00:04:37-3# T: Ich würde dann auch ergänzen. Für mich ist auch Gewalt das bewusste
25 Zerstören von Gegenständen, weil es den anderen Kindern auch Angst macht oder wenn
26 gegen Scheiben gehauen wird oder so, mit einem Stock, macht es den anderen Kindern
27 ((unv.)) das finde ich auch eine Form von Gewalt...

28

29 #00:04:51-1# I: Ja.

30

31 #00:04:51-9# J: Ja und es fängt ja schon bei der Gestik oder Körperhaltung ist es ja auch so.
32 [,] Wenn ich schon am Gang erkennen kann das der andere eventuell bedrohlich oder
33 provokativ auf mich wirkt, dann ist es ja auch eine Form von Gewalt....

34

35 #00:05:04-3# I: Ja

36

37 #00:05:04-3# J: ...und einschüchtern von Anderen ((hüsteln)) und sei es, wenn Kinder
38 untereinander die Trigger ausnutzen von gegenseitig. Dass man kuckt, eigentlich was regt den
39 Anderen auf ist auch eine Form von Gewalt wenn man das bewusst einsetzt finde ich.

40

1 #00:05:17-0# I: Ja....
2
3 #00:05:18-4# J: ...und natürlich kann man dann auch hinterfragen eigentlich wo setzen wir
4 dann Gewalt ein im Alltag, also Macht und Gewalt.
5
6 #00:05:24-6# I: Ja, Genau das passt glaube ich jetzt ganz gut, weil Frage Zwei würde jetzt
7 fragen: Können sie uns etwas detaillierter über die letzte oder eine besonders eindrucksvolle
8 Situation mit einem aggressiven oder gewalttätigen Kind oder Jugendlichen berichten, die sie
9 erlebt haben. Hätten wir dazu ein Beispiel? Fällt euch da adhoc was ein? weil ja so dieses
10 Kleine, da hast Du ja eben drauf hingewiesen. Was im Alltag passiert, allein durch eine
11 Mittagsrunde wo es schon losgeht mit Drohgebärden [...] aber haben wir jetzt vielleicht grad ein
12 ganz detailliertes Beispiel, woran wir uns gut erinnern können?
13
14 #00:06:04-1# A: [.]((unv.)) ich hatte * die Situation halt, die für mich sehr, mal wieder mal sehr
15 eindrücklich so war.
16
17 #00:06:12-9# I: Ja
18
19 #00:06:12-9# A: Soll ich die dann einmal berichten oder wie ist das gedacht?
20
21 #00:06:18-3# I: Also, find ich gut. Und da auch, wenn Du dich versprechen solltest, du weißt
22 das ich das alles anonymisiere. Es werden keine Namen stattfinden, aber das ist ein gutes
23 Beispiel und das werde ich auch nicht in einen zeitlichen Kontext irgendwie einbringen. ...
24
25
26 #00:06:38-5# A: ...oder also ich könnte auch noch eine andere Situation, die zeitlich viel
27 losgelöster ist, wenn das Datenschutz mäßig besser ist, dass musst du jetzt sagen.
28
29 #00:06:43-3# I: Das wird nachher nicht zuordenbar sein. [...] Also, irgendeins, also das ist ja *.
30 Das find ich gut, wenn du das vielleicht beschreibst als Beispiel. Das ging ja auch aus dem
31 heiteren Himmel dann los. Also da ist ja eine schöne Eskalationskette find ich, wo es denn
32 letztendlich in dieser [...] Gewalttätigkeit auch ausgeartet ist. Also in der körperlichen
33 Übergriffigkeit...
34
35 #00:07:04-1# A: ...na ja, ich glaube so aus heiterem Himmel passt eigentlich nicht so ganz.
36 Ich glaube es ist ja oft so, dass das so Situationen sind die sich irgendwie auch anbahnen
37 und.....
38
39 #00:07:12-8# I: hm (bejahend)

1

2 #00:07:12-7# A: ...wo irgendwie vorher schon zumindest eine Anspannung schon spürbar ist
3 und irgendwo klar ist dahinter liegt irgendwas bei dem Kind und irgendwas ist grade im Argen,
4 irgendwas belastet das Kind auch und dann ist es halt so, dass das irgendwie oft dahinter
5 steht, hab ich das Gefühl und dann gibt es am Tag so kleine Momente die dann irgendwie
6 immer nochmal einen Wassertropfen mehr auf einem Fass sind und irgendwann läuft das Fass
7 halt über und das dann manchmal gar nicht geht zu sagen, das war jetzt der Auslöser, sondern
8 steht irgendetwas anderes hinter und es kommt halt immer so ein Tröpfchen mehr dazu und
9 das war ja in der Situation im Grunde auch so, dass wir im Dienst schon gemerkt haben, ok
10 das Kind ist heute sehr angespannt, schon in der Essenssituation sehr angespannt.ähm
11 Reagiert auf [.] vermeintliche Kleinigkeiten, sag ich mal, empfindlich. Im Kontakt auch mit den
12 anderen Kindern leicht reizbar. Im Kontakt mit uns leicht reizbar und dann gings in den
13 Besuchskontakt [.] mit Kindeseltern und in diesem Besuch gabs auch wieder so kleine
14 Momente, wo es so kleine Spitzen gab, wo das Kind auch reizbarer war, wo sich in der
15 Spielsituation geärgert wurde, wo sich geärgert wurde als unterbrochen wurde, dass die Kinder
16 eher mit sich im Kontakt sind als mit den Eltern, so und immer wieder so eine kleine Spitze an
17 Ärger die dann [.] irgendwann gipfelte in so einer Situation wo das Kind halt den Auslöser hatte,
18 von es wurde halt im Grunde [.] so da auf das ((unv.))das ist grad nicht in Ordnung, so, wir
19 werfen nicht mit Steinen zum Beispiel auf Lebewesen und das die Situation, der Auslöser in
20 dem Moment war, dass ich als Pädagogin und die Kindsmutter das halt gleich gesehen haben
21 und gleichermaßen auf das Kind eingeredet haben, woraufhin dann die Steine halt in unsere
22 Richtung flogen....

23

24 #00:09:15-0# I. hm (bejahend)

25

26 #00:09:15-0# A: ...und auf die Steine oder da sind wir halt, oder insbesondere ich halt erstmal
27 verbal darauf eingegangen, so es wird nicht mit den Steinen geschmissen. Es wird auch nicht
28 nach uns mit Steinen geschmissen. Worauf hin dann das Kind zuschlug und getreten hat,
29 worauf hin ich dann erstmal das Kind aus der unmittelbaren Spielplatzmitte mit Ankündigung
30 halt rausgetragen hab, die anwesende Kollegin dazu gerufen hab und dann [.] ja entlud sich
31 die Anspannung, die vorher irgendwie ja schon da war halt in grenzüberschreitenden,
32 aggressiven Verhalten uns gegenüber, der Mutter gegenüber auch also sowohl in treten,
33 schlagen, kratzen, beißen und spucken....

34

35 #00:10:04-2# I: hm

36

37 #00:10:04-2# ... und verbal halt auch.

38

39 #00:10:06-9# I: Ja. Kannst Du was positiv bewerten was Dich an Deiner Reaktionsweise
40 erinnert. Also an Deiner Reaktionsweise, hast Du da einen positiven Moment, wo Du meinst,
41 da habe ich super reagiert?

42

43 #00:10:22-4# A: Ich glaube gut war die anwesende Kollegin dazu zu holen. Also sie erstmal
44 dazu zu holen zu versuchen das Kind aus der Spielplatzsituation zu holen war glaub ich auch

1 gut, einfach um ja nicht ganz so in diesem öffentlichen Mittelpunkt zu stehen, das war glaub
2 ich schon auch gut. Ich glaube, es ist immer wichtig den Kindern [...] ähm also auch zu
3 versuchen [...] die Situation aufzulösen. So, also immer wieder auch zu fragen und zu kucken,
4 wie geht es dir gerade, kann ich dich wieder loslassen, ohne dass du mich oder andere oder
5 dich verletzt. Das finde ich auch wichtig. ähm ja.

6

7 #00:11:06-0# I: Hast Du irgendwas was auf dem Zettel was vielleicht nicht so gut gelaufen ist,
8 was du im Rückblick kritisieren würdest oder vielleicht auch anders machen würdest?

9

10 #00:11:16-0# A: Ja, ich glaube ähm [...] also was glaube ich an sich aber auch gut gelaufen ist
11 war halt die Kommunikation mit der Kollegin. Das ist an sich gut gelaufen. Ich glaube aber,
12 dass ich anders versucht hätte die Situation aufzulösen, weil wir uns dann ja im Grunde am
13 Ende aufgeteilt haben. Ich bleib da, die Kollegin geht mit den anderen Kindern vor, weil das
14 ein Besuch war, wo alle beisammen waren und dass die Kindsmutter dann gegangen ist und
15 das war dann ja nochmal so eine weitere Eskalationsstufe, zu der es da gekommen ist und
16 das hätte ich anders gemacht. Also ich würde jetzt beim nächsten Mal auf jeden Fall erstmal
17 sagen erstmal bis wir die Situation noch besser einschätzen können zu zweit zu bleiben.

18

19 #00:11:58-3# I: hm. Kannst Du dich [...] könntest Du jetzt Deeskalationsmethoden benennen,
20 die du benutzt hast?

21

22 #00:12:08-5# A: [...] ähm na ja also zum einen das ins Gespräch gehen. Also das ((unv.))
23 versuche mit den Kindern erstmal zu reden, zu zeigen warum das Verhalten nicht in Ordnung
24 ist, [...] auf Regeln zu verweisen, auf Regeln des Miteinanders. Ich finde manchmal oder bei
25 manchen Kindern funktioniert es den Fokus umzulenken auf etwas anderes. Das ist auch ein
26 Kind, wo ich ((unv.)) Deeskalierend wirkt es oft wenn man etwas zum Nachdenken bekommt.
27 Also zum Nachdenken anregen, das hatte den Tag über auch gut funktioniert in diesen
28 angesprochenen ersten Spitzen, wo immer so die Stimmung umkippte. [...] ja

29

30 #00:13:06-4# I: Können die anderen drei Beteiligten vielleicht irgendwelche
31 Deeskalationsmethoden erkennen und benennen?

32

33 #00:13:15-5# J: Ja, ich würde mal denken, dass ihr dann auch verbalisiert habt, also erklärt
34 habt was ihr grade wahrnehmt bei dem Kind. Das eigentlich hinterfragt wurde in der Situation
35 wieso, was ist eigentlich der gute Grund daran, also welche Dynamik steckt dahinter. Dass
36 machen wir ja im Alltag auch und das machen wir dann in solchen Situationen und das hilft ja
37 manchmal schon Situationen zu deeskalieren, wenn wir wissen oder wenn wir vielleicht eine
38 Ahnung davon haben und das dem Kind präsentieren können was denn dahinter stecken
39 könnte. Das denke ich mal. Der Raum war eh offen gestaltet, weil ihr ja auf dem Spielplatz im
40 öffentlichen Raum gewesen seid. Situationswechsel habt ihr so versucht. Das Kind aus dem
41 Mittelpunkt zu nehmen um Scham oder Schuld oder so. Gefühle möglichst fernzuhalten und
42 Pädagogen zu wechseln. Das würde mir so einfallen, was ihr da gemacht habt. [...] Und eure
43 Handlungsschritte erklärt.

44

1 #00:14:10-5# I: Ja. Für Transparenz gesorgt genau
2
3 #00:14:13-2# K: Genau. Noch die anderen direkt, ich sag mal Beteiligten in
4 Anführungsstrichen, also die mit bei dem Besuch waren. Die Eltern und die anderen Kinder.
5 Das die praktisch [.] aufgeklärt worden sind und so ein bisschen aus dem Schussfeld
6 genommen worden sind, weil das ja noch mehr schambesetzt, ist dann für das Kind als
7 unbekannte Leute. Das würde ich auch noch als Deeskalation sehen...
8
9 #00:14:37-8# I: Ja
10
11 #00:14:39-1# K: ...oder als Versuch zumindest.
12
13 #00:14:41-3# I: Ja
14
15 #00:14:36-9# I: Hättest Du noch was *, was Du noch beizufügen hättest?
16
17 #00:14:46-5# T: Nee, zu dem Fall nicht
18
19 #00:14:49-0# I: Ok. Kommen wir zu Frage Drei. Wie werden in ihrer Einrichtung aggressive
20 oder gewalttätige Vorfälle dokumentiert? Ich ergänze mal gleich mit den Unterfragen. Gibt es
21 hierzu eine interne Vorlage und wenn ja, welche Informationen werden genau dokumentiert?
22 Was geschieht, wenn ein solcher Vorfall gemeldet wird? Gibt es gegebenenfalls Hürden, die
23 es schwierig machen aggressives oder gewalttätiges Verhalten zu melden? und sind sie mit
24 der üblichen Art und Weise wie solche Vorfälle gemeldet und dokumentiert werden zufrieden,
25 beziehungsweise haben sie Veränderungsvorschläge?
26
27 #00:15:28-3# T: Also ich wüsste jetzt nicht, dass wir so eine Vorlage haben. Ich finde es immer
28 wichtig aufzuschreiben was ist passiert, wer war alles involviert [.] wenn man das alles
29 beschrieben hat, wenn man das mitgekriegt hat was so der Auslöser war, dann ist es immer
30 ganz gut den Auslöser zu schreiben, wie es zur Beruhigung des Kindes kommt find ich immer
31 wichtig und wenn es eine Nachbesprechung gab dann finde ich das auch immer ganz wichtig.
32 Die Schwierigkeit, die ich immer habe, ist halt [.] manchmal lässt es sich die ähm kann man
33 keine Nachbesprechung machen weil entweder das Kind noch aufgeregt ist oder so wie es *
34 [.] dann ist das Kind mal müde, legt sich schlafen und man ist nächsten Tag gar nicht da und
35 konnte das eigentlich gar nicht nachbesprechen und entsprechend hat man dann nichts zu
36 dokumentieren. Man kann vielleicht mutmaßen warum das Kind vielleicht in dem Fall aufgeregt
37 war aber so richtig aufklären kann man es nicht.
38
39 #00:16:31-2# I: hm
40

1 #00:16:32-1# J: [...] meinst du die Kontrollverluste und Krisen von den Kindern oder
2 Jugendlichen oder meinst du Gewaltvorfälle, die wir dokumentieren? Also wo Gewalt
3 aufgetreten ist.

4

5 #00:16:43-0# I: Genau. Also genau dieses Beispiel was * eben angeführt hat auf dem
6 Spielplatz. Also wie wir quasi so eine Dokumentation vornehmen, Also * hat das schon
7 ansatzweise gesagt, eine Vorlage haben wir nicht aber wir haben ja andere Schritte, die wir
8 dann gehen wie und wo wir was, also die w Fragen nutzen wir ja in unserem System. [...] genau,
9 also...

10

11 #00:17:06-3# A: Ja, wobei [...] also ja aber so richtig einen Standard haben wir ja eigentlich
12 nicht. Was ich immer noch wichtig finde aufzunehmen ist, gab es Verletzungen [...] hat jemand
13 weh getan, hat das Kind sich auch weh getan dabei. Gerade wenn es auch gehalten wurde
14 oder hat es sich eben auch nicht weh getan, das finde ich wichtig einmal zu benennen. Gab
15 es Verletzungen bei anderen Beteiligten find ich noch wichtig aber zielt die Frage auch so, was
16 * grade meint, auf andere Gewaltsituationen ab, weil das sind ja nicht die einzigen Situationen
17 und wir haben bei den Haltesituationen machen wir halt einen Bereichsleiter Klick also das der
18 oder die Bereichsleiterin dann halt auch informiert ist, dass es eine Situation gab bei der ein
19 Kind körperlich begrenzt wurde. Wir haben am Anfang ja auch gesagt, es gibt ja in ganz ganz
20 vielen Situationen Gewalt auch die [...] zum Teil dann vielleicht auch nicht so, ja einfach nicht
21 so ausführlich dokumentiert wird, weil sie halt im Alltag auch so [...] passiert.

22

23 #00:18:08-5# I: Ja [...] also...

24

25 #00:18:10-8# A: Grade verbale Gewalt, also ähm körperliche Gewalt auch zwischen den
26 Kindern wird nochmal, denke ich, mehr dokumentiert als verbale Gewalt.

27

28 #00:18:21-9# I: Ja, und so kann ich mich quasi jetzt auch in der Rolle als, einmal als
29 Interviewender auch als Teamkollege mit einbringen, dass das auch wieder ((unv.)) also wir
30 haben da keinen strukturierten [...] Plan wie wir etwas eintragen ähm wir differenzieren glaube
31 ich dann auch in unterschiedlicher Ausprägung wie wir eine Situation wahrgenommen haben
32 je nach Dienstende. Was * auch Eingangs gesagt hat [...] und wenn wir so eine, sag ich mal,
33 eine gewaltvolle Übergriffigkeit in der Mittagsrunde haben, obliegt es immer dem Individuum
34 selbst glaube ich wie er es dann denn dokumentiert und wie es auch wahrgenommen wurde,
35 also es ist ja auch schon Gewalt, wenn Kind A Kind B [...] in der Runde beiseiteschiebt oder
36 diskriminiert was wir haben, das dokumentieren wir nicht zwingend. [...]

37

38 #00:19:11-3# T: ((unv.)) vieles ist ja auch versteckt. So Provokationen, die versteckt sind,
39 kriegt man vielleicht auch gar nicht so mit, dass man sie dokumentieren könnte.

40

41 #00:19:19-9# J: Na ja und selbst wenn du sie mitbekommst, dann sind das am Ende des Tages
42 so viele. Dann schreib ich hin, hat niedrige Frustrationstoleranz, öfter aggressiv gegenüber
43 anderen Kindern...

1
2 #00:19:29-4# I: Ja
3
4 #00:19:29-4# J: ... oder so zum Beispiel und dann ist das allgemein beschrieben aber darunter
5 fallen dann vielleicht [...] 12 Situationen, in denen es aggressives gewaltvolles Verhalten war.
6
7 #00:19:41-1# A: und das meinte ich am Anfang ist auch vieles so normal in unserem Alltag, in
8 unserem Arbeitsalltag sind so viele kleine gewaltvolle Situationen Normalität, dass es dann [...] wie * gerade sagt, am Ende des Tages gar nicht so [...] alles einzeln benannt wird.
9
10
11 #00:19:57-2# I: Ja, ((unv.))
12
13 #00:19:57-2# A: ..und manches vielleicht auch, das habe ich auch manchmal das Gefühl, als
14 gar nicht in dem Moment, als gar nicht so gewaltvoll wahrgenommen wird, wie es zum Teil ist,
15 weil uns in unserem Alltag manchmal noch viel gewaltvollere Dinge...
16
17 #00:20:12-8# I: begegnen
18
19 #00:20:12-7# A: im Fokus stehen und das dann so, ich setz das in Anführungszeichen, kleine
20 Gewaltsituationen vielleicht auch so ein bisschen aus dem Fokus rücken.
21
22 #00:20:20-6# I: Ja
23
24 #00:20:20-6# K: [...] ich würde sagen bei körperlicher Gewalt ist auch noch das Verbandsbuch
25 wichtig. Ich switch jetzt mal, dass man das einträgt oder aber auch Arztbesuche, wenn die
26 erforderlich sind, genau. Und wer noch alles informiert wird also nicht nur Bereichsleitung,
27 sondern auch Eltern oder Vormünder oder Jugendamt...
28
29 #00:20:41-8# I: Ja
30
31 #00:20:41-8# K: ...das muss auch noch...
32
33 #00:20:43-5# I: Besondere Vorkommen. Wann wird ein besonderes Vorkommnis gemeldet,
34 genau [...] Ja [...] stimmt. Da [...] anhand der Frage wird einem das wieder so bewusst, wie viel
35 das da eigentlich ist. Dann haben wir, kommen wir zur fünften Frage [...] nein warte mal [...] vierte,
36 vierte Frage, sorry. Welche Formen der Unterstützung erhalten sie nach einem aggressiven
37 oder gewalttätigen Vorfall? Unterfrage noch dazu: Erhalten Sie Unterstützung von der

1 Leitungsebene, von Kollege*innen, in der Supervision oder gibt es eine Nachbesprechung
2 oder eine andere Art der Aufbereitung? [.]

3

4 #00:21:24-4# A: Also ich finde wir unterstützen uns viel gegenseitig, finde ich im Team. Ich
5 finde das es bei uns sehr gegeben und das finde ich gut. Das wir Dinge nachbesprechen
6 können, das wir uns Leute suchen können, mit denen wir die nachbesprechen und das Team
7 da einfach auch sehr offen ist. Ich finde wir sprechen in der Dienstbesprechung darüber,
8 gerade wenn man auch selber angesprochen wird. Es wird aber auch, wenn der oder diejenige
9 in einer Situation waren und das selber nicht ansprechen sonst auch immer nochmal, finde
10 ich, schon auch nachgefragt. Von Leitung auch, was los war und es kommen dann auch
11 Rückfragen wie gehts dir damit, was brauchst du noch oder brauchst du noch irgendwas zum
12 [.] nachbesprechen oder so, oder auch das Angebot Dinge nachzubesprechen noch, das finde
13 ich ist schon gegeben. [.] und ich meine Supervisionstermine sind halt dann vorgegeben, das
14 ist jetzt, also ich weiß es nicht [.] tatsächlich habe ich da noch nie darüber nachgedacht
15 inwieweit es möglich wäre zu sagen, ich brauch da jetzt nochmal einen Supervisionstermin [.]
16 zusätzlich. Inwieweit das möglich wäre oder nicht, aber grundsätzlich besteht dann halt, glaub
17 ich auch, die Möglichkeit in der nächsten Supervision zu sagen, ich müsste das oder ich will
18 das gerne nochmal nachbesprechen. Aber ich finde da haben wir ein ziemlich unterstützendes
19 Team auch.

20

21 #00:22:41-1# I. Ja

22

23 #00:22:44-5# A: [.] und auch Leitung. Also reagiert da sehr unterstützend meiner Meinung
24 nach.

25

26 #00:22:49-4# I: Ja. [.] Ja, ich find da ist immer so wichtig für mich hervorzuheben, dass wir das
27 große Glück haben, so eine gute personelle Ausstattung zu haben. Das wir in den Kernzeiten
28 zu Dritt sind oder zumindest zu zweit sind, dass wir halt so die Möglichkeit der Reflexion direkt
29 haben. Das finde ich nochmal wichtig so für mich, weil wenn ich in einer Regelwohngruppen
30 arbeiten würde, dann würde ich es ja gar nicht so direkt thematisieren können. Das weiß ich
31 sehr zu schätzen und auch das * immer vor Ort ist. Oder auch häufig vor Ort ist. Das man dann
32 auch den kurzen Weg gehen kann. [.]

33

34 #00:23:21-5# T: Was ich auch wichtig finde ist diese Fehlerfreundlichkeit die man in ((unv.))
35 darf man in diesem Team durchaus haben. Das man sagt war ein bisschen blöd gelaufen
36 vielleicht hätte ich da * hätten wir früher einen Betreuerwechsel machen sollen. Das finde ich
37 auch hier ganz gut.

38

39 #00:23:37-1# I: Ja, absolut [.]

40

41 #00:23:38-8# A: ((unv.)) ich finde in der Abfolge auch die Kinderschutzrunde gut für [.] also die
42 ist finde ich [.] ich hatte am Anfang als wir die eingerichtet haben, hatte ich auch so ein bisschen
43 Sorge, dass es manchmal so eine Situation von so einer nicht so fehlerfreundlichen Situation

1 entsteht, aber ich finde das ist es überhaupt nicht. Ich finde die sehr fehlerfreundlich und sehr
2 fehlertolerant, das finde ich gut.
3
4 #00:24:01-4# I: Kannst Du nochmal kurz erklären, was die Kinderschutzrunde ist.
5
6 #00:24:02-0# A: In der Dienstbesprechung halt, also jede Woche in der Dienstbesprechung.
7 Das wir einen Ort und einen Raum dafür haben über Themen zu sprechen die irgendwie den
8 Kinderschutz betreffen. Es können [.] Haltesituationen oder Situationen in den Grenzen
9 überschritten wurden sein, müssen es aber nicht. Also alle Situationen die uns irgendwie
10 wichtig sind zu besprechen die den Kinderschutz halt berühren. [.]da reden wir ja über
11 Haltesituationen, über Situationen in denen es Gewalt gab und können uns halt gegenseitig
12 ansprechen wenn wir Fragen haben zum Verhalten von Jemanden aus dem Team.
13
14 #00:24:43-7# I: Ja
15
16 #00:24:43-7# A: Und finde das ist sehr wohlwollend.
17
18 #00:24:47-8# K: Ich finde aber auch, dass die Kinder Möglichkeiten haben, dass ja nochmal
19 zu besprechen. Das finde ich auch wichtig oder war das nur auf die Mitarbeiter [.]
20
21 #00:24:56-3# I: nein, ich würde das direkt mit reinnehmen. Find ich halt auch gut. Ist ein
22 wichtiger Punkt.
23
24 #00:25:01-1# K: Ja, dass denen [.] also, dass das nicht einfach so irgendwie im Sande verläuft
25 oder gesagt wird, nein ist halt so. Sondern, dass das alles nachbesprochen wird und auch
26 wenn man durch Haltesituationen irgendwie das Kind verletzt hat, dass das nicht irgendwie
27 unter den Teppich gekehrt wird, sondern dass das mit dem Kind besprochen wird und da viele
28 Möglichkeiten bestehen und es ja auch ein Beschwerdemanagement gibt. Wenn es da mal
29 irgendwas nicht so gut läuft aus Sicht der Kinder, dass die sich dann halt auch beschweren
30 können.
31
32 #00:25:29-8# I: Ja, super. Danke für den Hinweis
33
34 #00:25:32-5# T: ((unv.)) finde ich auch ganz wichtig aber das Problem ist, dass Kinder auch [.]
35 das es oft schambesetzt für die Kinder. Die wollen dann auch gar nicht darüber sprechen.
36
37 #00:25:43-0# A: Hm, ja. Ich glaube auch das Beschwerdemanagement ist manchmal ein
38 bisschen hochschwellig [.] für die Kinder.
39

1 #00:25:48-1# I: Ja
2
3 #00:25:48-1# J: Würde ich auch denken. Da kann man noch [,], dass ein bisschen leichter
4 oder in leichter Sprache nochmal machen und ein bisschen niedrigschwelliger. Ich glaube....
5
6 #00:25:56-4# A: Ja ist dann halt so was wo sie an Bereichsleitung gehen können. Das ist gut
7 und wichtig das es die Möglichkeit gibt, nur es ist halt auch ein sehr großer Schritt [,] und ich
8 glaube der ist manchmal nicht niedrig also der ist eigentlich nicht niedrigschwellig genug noch.
9
10 #00:26:10-6# I: Ja
11
12 #00:26:10-6# K: Aber es gibt ihn [,] das ist nicht überall der Fall. ((lacht))
13
14 #00:26:15-4# A: Das ist gut ((lacht)) mit Potential
15
16 #00:26:19-5# K: Ja genau ((lacht))
17
18 #00:26:21-8# I: Genau ((lacht)). Da kommt gleich noch eine Frage zu. Deswegen. Ich mache
19 mal weiter. Jetzt wären wir bei Frage 5. Gibt es an ihrem Arbeitsplatz beziehungsweise
20 Arbeitsbereich Rahmenbedingungen oder Umweltfaktoren z.b bauliche oder organisatorische
21 Aspekte, die die Wahrscheinlichkeit verringern oder erhöhen, dass ein Kind oder eine
22 Jugendliche aggressives oder gewalttätiges Verhalten zeigt? [,]
23
24 #00:26:52-2# A: ((unv.))
25
26 #00:26:52-2# I: Wie bitte?
27
28 #00:26:52-2# A: Wir haben Einzelzimmer. Die Kinder haben einen Schutzraum für sich. Ich
29 finde, das ist so ein Punkt, der sehr wichtig ist als Schutzraum für die Kinder...
30
31 #00:27:01-8# J: und Türknäufe...
32
33 #00:27:01-8# A: ...und Türknäufe ((lacht)) ganz wichtig. Also der Schutzraum kann auch nicht
34 einfach so von einem anderen Kind betreten werden.
35

1 #00:27:11-9# K: Es gibt einen Toberaum [.] Das gibt es ja auch in anderen Wohngruppen nicht
2 zwingend...

3

4 #00:27:16-5# I: Ja

5

6 #00:27:17-0# K: ...und ein Snoozelraum [.] noch oder es gibt auf jeden Fall auch
7 Rückzugsmöglichkeiten [.] in beide Richtungen. Für Ruhe aber auch zum Ausagieren.

8

9 #00:27:29-7# I: Ja. Die Flure habe ich jetzt ja im Vergleich zu einer anderen Wohngruppe [.]
10 hab ich gehört, dass unsere Flure und die Wegeflächen halt breiter sind. ((unv.))

11

12 #00:27:38-6# J: Ja

13

14 #00:27:38-2# A: Zum Teil aber uneinsehbar. Also unser Treppenbereich ist sehr uneinsehbar.
15 Das ist ziemlich prädestiniert für [.] Situationen, in denen es zu Gewalt kommt, die auch nicht
16 direkt mitbekommen werden, finde ich.

17

18 #00:27:51-7# I: Ja

19

20 #00:27:47-1# T: [.] der Toberaum ist gut aber auch, ich finde zu weit weg, so. Wenn ein Kind
21 wie * das oben ausagiert und der Toberaum ist zwei Stockwerke tiefer, dann müsste wir das
22 Kind die Treppen runtertragen was wir nicht sollen, ist es problematisch finde ich. und die [.]
23 nur weil Du es fragst, was auch daran hindern kann. Ich finde die Räume recht hellhörig. Wenn
24 ein Kind sauer ist und schimpft, dann hört das Kind nebenan [.] hört das auch und schimpft
25 zurück oder wird davon angetriggert von der Wut von dem anderen Kind.

26

27 #00:28:28-8# I: Ja

28

29 #00:28:28-8# A: Es ist auch einsehbar von Außen. Also das habe ich schon oft gedacht. Wir
30 haben ja diese Riesenfensterfronten [.] so wenn wir eben über diese Spielplatzsituation
31 gesprochen haben, manche Situationen, wenn es dann irgendwie im Flur auch zu
32 Haltesituationen oder zu grenzüberschreitenden Verhalten kommt, ist das halt, habe ich auch
33 das Gefühl sehr scham... also könnte ich mir vorstellen sehr schambesetzt, weil es halt
34 einfach, wenn ich draußen die Straße lang gehe einsehbar ist. Das finde ich manchmal
35 schwierig.

36

37 #00:28:57-9# I: Ja

38

1 #00:28:57-9# J: Ja [.] Andererseits erhöht das natürlich diesen Charakter von Transparenz
2 und Offenheit auch. [.] so
3
4 #00:29:13-3# T: Kann Vor und Nachteile haben, je nach Situation.
5
6 #00:29:14-4# I: Ja, es ist krass, wenn man drüber spricht, wie das so auffällig ist. Die
7 Fensterflächen. Wie oft wurden wir darüber erpresst ((lacht)) [*Anm des Verf: Kinder drohen die*
8 *Fenster zu zerstören*], wie transparent ist es nach außen und wie schambesetzt kann es sein.
9 Wahnsinn [.] ja.
10
11 #00:29:28-3# A: Ich finde wir haben super viele Möglichkeiten für die Kinder. Also nicht nur
12 Rückzugsorte sondern auch viele Möglichkeiten [.] Dinge zu tun, die die Kinder mögen und die
13 ihnen guttun. Also wir haben den Kreativraum, den Toberaum der ja nicht nur für Krisen da ist,
14 sondern ja auch als Möglichkeit den Raum so zu nutzen. Sie haben den Garten, also es gibt
15 ja auch viele Möglichkeiten, wo die Kinder sich Räume suchen können, die für sie hilfreich sind
16 in Krisen. Die für sie selber deeskalierend wirken. Das find ich halt auch ganz schön, also sich
17 den Raum auch nehmen zu können.
18
19 #00:30:01-4# I: Ja
20
21 #00:30:01-4# A: Also wir haben ein sehr großes Haus mit sehr vielen Angeboten für die Kinder
22 einfach auch. [.]
23
24 #00:30:11-2# I: Ja [.] Ich komme zur nächsten Frage: Was verstehen sie unter grenzsetzenden
25 oder disziplinarischen Maßnahmen? Was verstehen sie unter Zwangsmaßnahmen? Was
26 halten sie von der Art und Weise wie die von ihnen genannten Maßnahmen in ihrem
27 Arbeitsbereich eingesetzt werden? [.]
28
29 #00:30:41-8# T: So viele Sanktionsmöglichkeiten, wenn man es so runterbrechen will, haben
30 wir gar nicht. Wir haben halt diese Zimmerzeiten, wir haben Taschengeldabzüge, wir haben,
31 statt Zimmerzeiten kann man auch Auszeiten sagen. [.] Das Kind mal aus der Gruppe nehmen,
32 wenn man das Gefühl hat es ist zu aufregend für die Gruppe oder für das Kind. [.] Von
33 Zwangsmaßnahmen, dass würde ja einsperren oder so bedeuten. Das machen wir ja nicht.
34 Also würde ich jetzt nicht von Zwangsmaßnahmen sprechen.
35
36 #00:31:11-7# A: Ja aber auch ein Kind festhalten ist eine Zwangsmaßnahme [.] festhalten, ein
37 Kind aus dem Raum begleiten, in einen anderen Raum an der Hand nehmen und dahin
38 bringen, tragen. Das sind alles Zwangsmaßnahmen.
39
40 #00:31:24-6# T: Ja, das stimmt.

1
2 #00:31:21-5# I: Ja, und auch Konsequenzen, Wiedergutmachungen [...] sind das
3 Zwangsmaßnahmen [...] sind das schon Zwangsmaßnahmen?
4
5 #00:31:34-0# T: Wenn das Kind die Wiedergutmachung nicht freiwillig macht [...] macht weil es
6 die machen muss.
7
8 #00:31:38-8# I: Genau
9
10 #00:31:40-1# T: Zwangsmaßnahme ist vielleicht zu hochgegriffen, aber es geht in die
11 Richtung.
12
13 #00:31:44-0# A: Ja, aber das ist so ein bisschen eine Definitionsfrage. Das weiß ich nicht, also
14 je nachdem man im Kontext von Zwangsmaßnahmen spricht, geht es dabei glaube ich eher
15 umso räumliche und Zwangsmaßnahmen wie halt zum Beispiel Festhalten oder ähm wie
16 Thomas das grad meinte, wenn man jetzt die Tür zu machen würde, so, das wäre in dem
17 Sinne glaube ich eine Zwangsmaßnahme. Ich weiß nicht, ob das andere wirklich als [...] als
18 Zwang gilt oder ob das eine Konsequenz in dem Sinne ist wo man natürlich darüber diskutieren
19 kann und muss inwieweit hat das Kind da auch eine Wahl aber ich weiß nicht ob das wirklich
20 so bezeichnet wird. [...] Das weiß ich nicht.
21
22 #00:32:26-1# I: Ich glaube das passt auch mehr auf den klinischen Kontext.
23
24 #00:32:28-4# A: Ja, und im klinischen Kontext sind Zwangsmaßnahmen halt eher so was wie
25 Fixierungen [...] sowohl auch also am Körper als auch räumlich oder Medikation und
26 Zwangsmedikation und das ist dann eher der andere Kontext würde ich sagen.
27
28 #00:32:42-7# I: Genau. Und das steht hier auch...
29
30 #00:32:43-8# A: ((unv.)) eine Frage von Macht und inwieweit haben wir dann auch Macht
31 Konsequenzen einzusetzen und inwieweit hat das Kind da irgendwo eine Wahl, aber ich
32 glaube das ist nochmal anders [...]
33
34 #00:32:57-0# T: Laut PART ist es auch eine Zwangsmaßnahme, wenn man sagt das Kind hat
35 Zimmerzeit und man stellt sich in den Türrahmen und verhindert, dass das Kind rausgehen
36 kann.
37
38 #00:33:05-8# I: Ja
39

1 #00:33:05-8# A: Ist eine räumliche Begrenzung.
2
3 #00:33:08-3# T: Ja
4
5 #00:33:08-8# I: Schöner Hinweis nochmal. Gut. Aus ihrer Erfahrung wäre die nächste Frage.
6 Aus ihrer Erfahrung gesprochen, was gilt es zu verbessern oder zu verändern? [...] Also ich
7 würde jetzt vermuten, dass es sich bezieht auf die vorausgegangene Frage, deswegen weiß
8 ich nicht ob wir dazu etwas sagen können. [...]
9
10 #00:33:31-7# T: Ja ich weiß, dass auf unserem Dienstbesprechungssammler die
11 Zimmerzeiten drauf sind, weil ja Kinder in der Kinderkonferenz gesagt haben, dass sie das
12 noch aufgeregter macht, also((unv.))
13
14 #00:33:42-8# I: Die Begrifflichkeit?
15
16 #00:33:44-5# Ja, aber ich finde es schon das es da auch Potential gibt das auf jeden Fall zu
17 verbessern, weil so wie wir Zimmerzeiten momentan, finde ich, einsetzen ist es für mich
18 manchmal nicht ganz schlüssig. Also für mich selber. Und ich finde auch, dass es irgendwo
19 das Zimmer zum Teil negativ besetzt, was ja eigentlich eine große Ressource ist, dass die
20 Kinder dieses Zimmer für sich haben. So, wie wir eben gesagt haben, auch über
21 Räumlichkeiten gesprochen haben, das ist total toll das die Kinder ihre eigenen Zimmer auch
22 als Schutzraum haben aber die Art und Weise wie Zimmerzeiten zum Teil eingesetzt werden
23 und besetzt ist, finde ich manchmal negativ.
24
25 #00:34:20-3# I: hm
26
27 #00:34:21-3# A: und ich finde schon, dass es da Luft nach oben gibt. Und dass man da
28 nochmal wirklich drauf kucken könnte was man da auch ändern kann, weil wenn ich sag das
29 Kind ist gerade nicht ähm handelt gerade gewaltvoll gegenüber den anderen Kindern zum
30 Beispiel und kann deshalb gerade nicht in der Gruppe sein, dann braucht das Kind eine Auszeit
31 von der Gruppe und [...] die kann ich aber ja im Grunde schwer messen anhand der gefallenen
32 Beleidigungen zum Beispiel *. Wenn das Kind aber schon nach zwanzig Minuten sagt, ok mir
33 gehts gerade auch wieder gut und das auch wirklich so ist, dann ist es im Grunde wieder
34 Gruppenfähig und dann wird es für mich irgendwie eine Bestrafung. Genauso kann es aber
35 auch sein das eine halbe Stunde nicht reicht, sondern dass das Kind auch wirklich länger
36 braucht, um wirklich zur Ruhe zu kommen und das finde ich manchmal schwierig. [...] Also ich
37 finde schon das es da Verbesserungspotential gibt.
38
39 #00:35:13-7# J: ((unv.)) ein Erfahrungswert, weil zum Beispiel ich weiß die Kinderklinik Ulm,
40 die machen eine halbe Stunde steht im Konzept drin.
41

1 #00:35:22-1# A: Ich finde das ist auch eine andere Perspektive. Also ich finden unsere
2 Perspektive ist manchmal so. Du hast jetzt einmal die Beleidigung ausgesprochen, das sind
3 zehn Minuten Zimmerzeit. Dann wird noch eine Beleidigung ausgesprochen. Dann sind wir
4 schon bei fünfzehn Minuten zum Beispiel. Und das ist so, das hat dann find ich so einen
5 strafenden Charakter wenn ich sag, ok du bist jetzt gerade in einer Krise, dafür braucht man
6 erfahrungsgemäß ungefähr eine halbe Stunde um wieder in Ruhe runterzukommen, dann hat
7 das, finde ich einen anderen Charakter.

8

9 #00:35:51-6# J: Ja und da ist ja auch, da kommt dann vielleicht auch das eigene Gefühl was
10 man in dem Moment hat. ähm ich kenne das ja auch von mir wenn ich dann *, du nimmst ja
11 den Namen raus, wenn ich dann jetzt mittlerweile krieg ich das viel besser hin aber am Anfang
12 wenn * dann weitergemacht hat, da hast du nochmal zehn Minuten und dann nochmal zwanzig
13 und das ist völliger Quatsch, weil in dem Moment kriegt er das nicht mit ähm ich bin dann
14 sauer oder genervt davon, weil er nicht aufhört damit, so. Das ist ja eher das Ding, wenn du
15 dann nochmal rauf packst, weil eigentlich möchte ich ja, dass das Kind eine angemessene Zeit
16 hat sich zu beruhigen und das die anderen Kinder in der Gruppe einen geschützten Rahmen
17 weiterhin haben. Das wäre der Sinn eigentlich der Sache und da ist immer ein ((unv.)) super
18 praktisch für uns [,] auch als Mittel was wir haben...

19

20 #00:36:41-3# A: ((unv.)) ja, ich glaube...

21

22 #00:36:42-0# ((unv.)) musst Du drüber sprechen, wie du das einsetzt und weil eigentlich...

23

24 #00:36:49-3# A: ((unv.)) ist auch eine Frage der Begrifflichkeit und auch eine Frage von dem
25 wie kommuniziere ich das nur ich finde, wie es bei uns teilweise kommuniziert wird ist
26 schwierig.

27

28 #00:36:55-3# J: Das stimmt, aber eigentlich willst Du ja am Ende der zwei Jahre [Anm: max
29 Aufenthaltsdauer] möchte ich ja da hinkommen oder wir wahrscheinlich [,] Mensch ich erlebe
30 dich gerade aufgeregt vielleicht brauchst Du eine Pause und das Kind sagt ja und zieht sich
31 zurück [,] vielleicht ((lacht))

32

33 #00:37:08-3# A: ((lacht)) ja das wäre der Idealfall ((lacht))

34

35 #00:37:06-6# J: ...((lacht)) das sagen ja auch manchmal die Kinder. Also manchmal sagt *
36 oder * oh ich brauch jetzt eine Pause ähm ja klasse. So dahin möchte ich ja eigentlich, dass
37 sie eigentlich ein Hilfsmittel haben, was sie nutzen können.

38

39 #00:37:22-8# I: Ja

40

1 #00:37:25-2# A: Ja genau. Also da stimme ich dir auch zu. Ich glaube nur [..], dass wir manche
2 Sachen anders nochmal benennen könnten und das dann auch anderes einsetzen könnten.
3 Also positiver als Auszeit oder wenn zum Beispiel dann darum geht ja du hast eigentlich noch
4 Zimmerzeit und dann muss die am Ende nachgeholt werden zum Zeitpunkt, wo das Kind
5 überhaupt nicht mehr aufgeregt ist, das ist Quatsch. So und manchmal fehlt uns dann aber,
6 habe ich das Gefühl, die passende Konsequenz oder die passende [..] Sprache und der
7 passende Umgang in diesen Situationen damit...

8

9 #00:37:52-2# J: Ja.

10

11 #00:37:52-2# A: ..., weil grundsätzlich sind Pausen machen, denke ich auch ein sinnvolles
12 Mittel und das tut den Kindern zum Teil gut.

13

14 #00:37:58-3# I: Ja. Und da sind wir halt ja auch gut auf dem Weg jetzt auch allein durch den
15 Impuls von * [Anm: Kind] [..] das wir da auch mal mit der Begrifflichkeit nochmal wieder
16 umgehen und nochmal kucken, wie wir auch andere Formen von Auszeiten umsetzen können
17 [..] an anderen Orten [..]

18

19 #00:38:13-7# J: Wobei vielleicht geht es * da eher um ((lacht)) möglichst weniger Pausen
20 machen zu müssen.

21

22 #00:38:19-9# I: ((lacht)) wer weiß. Ich würde jetzt...

23

24 #00:38:22-3# A: ((unv.)) ich denke auch, dass aus der Kiko [Anm: Kinderkonferenz] geht eher
25 um etwas anderes, aber ich finde schon, dass wir da nochmal hinkucken müssten.

26

27 #00:38:27-4# I: ((lacht)) Ich geh mal zur nächsten Frage, weil das passt auch dazu. Können
28 sie ungefähr einschätzen wie häufig es in ihrer Einrichtung zur Anwendung von
29 grenzsetzenden und Zwangsmaßnahmen kommt? [..] Wenn wir jetzt die Konsequenz
30 Zimmerzeit....

31

32 #00:38:42-7# A: na ja grenzsetzen jeden Tag [..] ((lacht)) also das ist ja unsere Arbeit auch
33 Grenzen zu setzen und das ist Alltag irgendwie. Das ist ja auch pädagogischer Alltag.

34

35 #00:38:55-7# I: Und jetzt steht hier noch als Untersatz. Wenn es zu solchen Maßnahmen
36 kommt, welche Vorfälle führen hierzu? Wenn solche Maßnahmen nicht eingesetzt werden,
37 welche alternativen Umgangsweisen mit Aggression und Gewalt verhindern diese in ihrer
38 Einrichtung? [..][..]

39

40 #00:39:29-0# T: Kannst du die Frage nochmal wiederholen?

1

2 #00:39:26-4# I: Ja ((unv.)) ich habe auch gedacht vielleicht machen wir erstmal die Erste.
3 Wenn es zu solchen Maßnahmen kommt, also zu grenzsetzenden und Zwangsmaßnahmen,
4 welche Vorfälle führen hierzu? [.]

5

6 #00:39:44-9# T: Ja, Beleidigungen, hauen, treten ((unv.)) es ist wo wir sagen, dass Kind muss
7 mal aus der Gruppe raus und soll mal zehn Minuten oder ...

8

9 #00:39:55-4# K: ...Eigen und Fremdgefährdung

10

11 #00:39:58-3# I: Ja und wenn solche Maßnahmen nicht eingesetzt werden, welche alternativen
12 Umgangsweisen mit Aggression und Gewalt verhindern diese in ihrer Einrichtung? [.] Also
13 bevor eine Zwangsmaßnahme, wenn wir jetzt mit Gewalt und Aggression umgehen, was
14 haben wir als Plan B bevor wir diese, sag ich mal, wenn wir jetzt auf den Aspekt Zimmerzeit
15 gehen, anwenden?

16

17 #00:40:20-1# T: Also, wenn das nicht so schlimm war, wenn es nur eine verbale Gewalt ist,
18 dann kann man auch mit Entschuldigungen arbeiten, dass das Kind sich entschuldigt, ähm
19 eine Wiedergutmachung und dann müsste man das Kind nicht auf das Zimmer schicken.

20

21 #00:40:31-9# I: Ja.

22

23 #00:40:33-7# K: Verwarnungen? Ist da sowas gemeint? ((unv.)) also das man erstmal
24 verwarnt und dann ...

25

26 #00:40:38-0# I: Ja, genau

27

28 #00:40:40-3# T: Oder auch ankündigen [.] nicht nur verwarnen, sondern auch ankündigen.
29 Hier Du hast beleidigt, wenn Du damit weitermachst, bleibt mir nichts anderes übrig als dich
30 auf das Zimmer zu schicken. [.]

31

32 #00:40:49-7# J: Oder darüber sprechen was das denn beim anderen Kind auslöst oder bei
33 einem selber, so also das Gespräch suchen. ((unv.))

34

35 #00:40:59-9# I: Ja [.] Kommen wir zur neunten Frage. Falls sie Erfahrungen mit
36 Deeskalationstrainings haben, welche Inhalte und Bestandteile bewerten sie als besonders
37 hilfreich und welche waren wenig nützlich? [.]

38

1 #00:41:16-2# T: Also, wenn ich jetzt an PART denke, finde ich besonders hilfreich ähm was
2 ihr aber auch schon alle kennt, den guten Grund rauszufinden also wenn jetzt Kind XY ist
3 aufgeregt und da mal irgendwie ähm und macht irgendwas kaputt und man soll raushören
4 warum ähm ((unv.)) das nicht gleich nur Vorurteile geht. Du hast das kaputt gemacht, dass
5 musst du jetzt wiedergutmachen sondern auch irgendwie versuchen rauszufinden ja was hat
6 dich denn so sauer gemacht, warum hast du das denn gemacht [.] oder wenn es ((unv.))
7 beleidigt zu wissen, das beleidigt mich nicht persönlich sondern ich bin grad ein Stellvertreter
8 für irgendwas was das Kind jetzt sauer gemacht hat. [.]

9

10 #00:42:02-4# J: Ich fand hilfreich die Situation schon so zu gestalten, dass das Kind einen
11 Fluchtweg hat. In der Regel. Das ich offen dastehe [.] und dass die Räume schon so im besten
12 Fall so gestaltet sind, dass ähm ja, eine Flucht möglich ist für das Kind oder es sich nicht
13 eingeeengt fühlt. Und natürlich das da keine scharfen Gegenstände liegen oder so, mit denen
14 man sich verletzen kann [.] sowas...

15

16 #00:42:29-0# A: Ich find auch hilfreich ((unv.)) oh Entschuldigung

17

18 #00:42:30-6# J: ...ach so, ich wollte nur noch sagen, dass planbarer, transparenter
19 Tagesablauf hilfreich ist. So, dass ich genau weiß, was kommt als nächstes, was hat das Kind
20 und das es sich genau orientieren kann. Das gehört ja auch zur Deeskalation schon. [.]

21

22 #00:42:49-3# A: Ich find auch hilfreich sich einmal Gedanken darüber zu machen, also wo wir
23 ja auch eben darüber gesprochen haben, was für bauliche Rahmenbedingungen wir auch
24 haben. Also wo sind Orte, die sind [.] haben ein gewisses Gefährdungspotential, welche Orte
25 sind gut einsehbar zum Beispiel, das hatten wir ja bei PART ja auch gemacht. Das fand ich
26 auch ganz [.] ganz hilfreich sich das auch mal bewusst zu machen. [.] und auch sich bewusst
27 zu machen wie stehe ich eigentlich da, wie wirke ich auf das Kind gerade, wie ist meine
28 Körperhaltung. Ist die vielleicht auch bedrohlich für das Kind, weil ich gerade selber merke ich
29 werd angespannt in der Situation, weil ich merke die Eskalationsspirale geht irgendwie weiter
30 und [.] sich sowas auch bewusst zu machen, das habe ich auch da viel mitgenommen. [.] Und
31 auch grundsätzlich, wie kann ich Halten, ohne weh zu tun. Also weil [.] das auch einfach, weil
32 ich möchte das [.] ja irgendwie [.] bestmöglich machen ohne auch das Kind zu verletzen und
33 ähm das Kind zu schützen, mich zu schützen, andere Kinder zu schützen, Kolleg*innen zu
34 schützen aber trotzdem dabei halt möglichst schonend auch zu sein [.] auch das einfach mal
35 zu üben und gezeigt zu bekommen fand ich auch ganz hilfreich.

36

37 #00:43:59-7# T: Oder so wie * sagt, wenn man mal selber drüber ist, sich auch Hilfe zu holen
38 ähm zu sagen ich brauche jetzt mal, zum Kollegen, ich brauche jetzt mal eine Pause, kannst
39 Du ((unv.)) mal hochgehen oder so.[.] Macht man vielleicht nicht wenn man hier anfängt, traut
40 man sich das vielleicht nicht aber das muss man dann auch lernen sozusagen ähm ich kann
41 jetzt gerade nicht mehr so.

42

1 #00:44:15-9# I: Ja [.] Ja super. Letzte Frage. Gibt es sonst noch etwas, was interessant oder
2 gut zu wissen sein könnte, dass sie ergänzen möchten? [.] Im Fokus [.] Deeskalation [.]
3 traumasensible Deeskalationsmethoden [.] ob ihr da noch etwas ergänzen möchtet.
4
5 #00:44:44-8# K: Das es sinnvoll ist, mit mehreren Mitarbeitern zu arbeiten. Was ja in vielen
6 Einrichtungen überhaupt nicht möglich ist wegen dem Betreuungsschlüssel, dass es aber
7 eigentlich gut wäre.
8
9 #00:44:55-7# I: Ja [.] schönes Schlusswort [.]
10
11 #00:44:59-9# K: ((lacht))
12
13 #00:44:59-9# I: Hat noch jemand was? [.]
14
15 #00:45:04-1# J: Ja [.] Doch, doch noch. Vielleicht, dass es schwierig ist ((unv.)) das habe ich
16 gemerkt, dass es oftmals schwierig ist die Balance zu halten zwischen Verantwortung
17 gegenüber der Gruppe, zwischen den anderen Kindern und dem Kind, was sich gerade in der
18 Krise befindet. [.] Also das wird ja wahrscheinlich [.] das geht ja allen Gruppen so [.] das es
19 schwierig ist dann die Bedürfnisse und die Krisen gut zu begleiten und die anderen Kinder
20 nicht aus dem Blick zu verlieren oder zu schützen. Dass das herausfordernd sein kann. [.]
21
22 #00:45:34-3# I: Ja [.] Guter, guter Hinweis. Beschäftigen wir uns ja auch gerade mit ((lacht))
23 ganz aktuell
24
25 #00:45:38-8# J: Ja, deswegen ((lacht))
26
27 #00:45:40-3# I: Ja perfekt, ja super ich drücke auf Stopp
28
29
30
31
32
33
34
35
36

VII. Transkript KJH2

1 SZ: Vielen Dank, dass ihr euch überhaupt die Zeit nehmt. Das ist überhaupt nicht
2 selbstverständlich. #00:02:15-1#

3

4 AR: Ja, vielen Dank dafür. Ähm/ Ich würde auch mit der ersten Startfrage mal anfangen und
5 wer zuerst ein Impuls hat, eine Idee hat, legt los und der Rest darf gerne dann ergänzen. Die
6 erste Frage ist inwiefern machen Sie Erfahrungen mit Aggressionen und Gewalt in Ihrem
7 Arbeitsbereich und die Unterfrage dazu ist noch: Auf welche Art und Weise greifen Sie oder
8 Ihre Kolleginnen ein, wenn ein Jugendlicher oder ein Kind aggressives oder gewalttätiges
9 Verhalten zeigt und der Hinweis noch dazu auch selbstverletzendes Verhalten gehört,
10 genau, also inwiefern machen Sie Erfahrungen mit Aggressionen und Gewalt? #00:02:49-4#

11

12 GMW 1: Ähm/ Also wir sind hier eine Wohngruppe für psychisch erkrankte Jugendliche und
13 junge Erwachsene. Dementsprechend ist selbstverletzendes Verhalten eigentlich ja nicht
14 tagtäglich aber ist hier normal, damit gehen wir immer um. Theoretisch schließen wir
15 Menschen mit fremdgefährdenden Verhalten aus. Ähm/ Nehmen die nicht auf, weil wir halt
16 hier auch ein traumasensibles Setting haben. Ähm/ Praktisch passiert das hier natürlich auch
17 mal, dass hier auch Leute austicken/ ähm/ und wir aggressivere oder fremdaggressivere
18 Jugendlichen wohnen haben und damit umgehen müssen. #00:03:29-9#

19

20 AR: Möchte noch jemand ergänzen? [...] Okay dann die zweite Frage. Können Sie uns etwas
21 detaillierter über die letzte oder eine besonders ei-/ besonders eindrucksvolle Situation mit
22 einem aggressiven oder gewalttätigen Jugendlichen berichten, die Sie erlebt haben? Also
23 vielleicht war in letzter Zeit ein Vorfall, worüber das Team auch Bescheid weiß. #00:03:56-
24 5#

25

26

27 GMW 2: Dass der Klient aggressiv wurde oder? #00:04:00-4#

28 AR: Hmm. #00:04:01-8#

29 GMW 1: Du hoffentlich nicht ((lachend)). #00:04:02-9#

30 AR: Das wäre ein anderes Setting dann ((lacht)). #00:04:06-4#

31

32 GMW 2: Wie ist das/ es geht sonst auch um familiär, ne? Also ((unv. Wort)) / #00:04:10-0#

33

34 AR: Es geht um Situationen, die Sie mit also wo ihr mit dabei wart sozusagen, die ihr
35 begleitet habt. #00:04:17-4#

36

37 GMW 3: Ja tatsächlich, ne, doch jetzt klingelst, ja. Ähm/ Wir haben eine junge Frau betreut
38 mit der Doppeldiagnose Borderline und Autismus. Und die hatte es ganz, ganz schwer hier
39 im Gruppengeschehen und war eigentlich von, puh vierundzwanzig sieben angespannt. Und/
40 ähm/ das hat sie natürlich auch laut, verbal geäußert, aber auch /ähm/ das ein oder andere
41 Mal/ äh/ körperlich in dem sie zum Beispiel eine Kollegin ganz nah/ ähm/

1 entgegengekommen ist und ihr/ äh/ halt dann fast eine [...] gelangt ((zögernd)) hätte
2 ((lachend)). Genau, daraufhin haben wir aber auch gehandelt und die junge Frau musste
3 erstmal in die Klinik, damit sich das Ganze hier entschärft. Es war aber auch ein ganz, ganz
4 langer Vorlauf also das war jetzt nicht nur wegen dem einen Vorfall gewesen, sondern die
5 junge Frau hat sich eigentlich von ja Tag eins so verhalten. Es wurde die Diagnose auch/
6 ähm/ verheimlicht, dass sie Autismus hat, genau. #00:05:14-5#

7

8 AR: Und bei dem Vorfall, von dem du gerade berichtet hast/ ähm/ gab es da einen
9 bestimmten Auslöser an dem Tag oder? #00:05:21-0#

10

11 GMW 3: Ich glaub ihr war die Küche zu voll. Ich also die Kollegin ist gerade/ gerade heute
12 nicht da. Ähm/ Ich weiß nicht, ob ihr euch noch erinnert wie genau das war, aber jedenfalls
13 war da irgendwas und wir haben sie halt/ ähm/ versucht zu begrenzen in dem wir sie
14 gebeten haben einfach leiser zu sein und das war einfach so [...] ja, das Tröpfchen, dass das
15 Fass zum Überlaufen gebracht hat und daraufhin ist sie dann [...] ja sehr aggressiv geworden.
16 #00:05:47-9#

17

18 AR: Und in der Situation selbst wie haben dann die Mitarbeiter zusammen reagiert?
19 #00:05:53-2#

20

21 GMW 3: Ähm/ Ruhig [...] ähm/ aber auch begrenzend und dann ist sie erstmal aus der
22 Situation geflohen [...] und dann kam sie erst spätabends wieder genau/ #00:06:03-3#

23

24 GMW 4: Ja, ich glaube als Erstes gehts da immer darum/ äh/, dass wir auch die Anderen
25 beschützen. [...] Ähm/, dass man sich eigentlich immer quasi guckt, dass man sich
26 dazwischen stellt/ dass man guckt, das Andere nicht gerade auch reinkommen/ ähm/ so das
27 ist glaube ich bisher immer so der/ der erste Impuls gewesen, wenn es zu aggressiven
28 Verhalten kommt. Dass man dann erstmal natürlich guckt, wo sind die Anderen/ ähm/ und
29 genau an dem Tag hat sie halt über mehrere Wochen schon/ äh/ viel provoziert und
30 eigentlich unsere Grenzen immer weiter ausgereizt und auch an dem Tag haben wir sie
31 dann auch begrenzt/ ähm/ und dann hat sie halt angefangen zu drohen und da haben wir
32 dann gesagt, dass/ da ziehen wir dann die Grenze [...] #00:06:50-2#

33

34 AR: Ähm/ genau dann gibt es jetzt noch so Nachfragen wie: Was bewerten Sie als positiv an
35 der Reaktion vom Team auf die Situation und wo würden Sie sagen, was war vielleicht nicht
36 ganz so optimal, was hätte man vielleicht ein bisschen anders/ ähm/ aufgreifen sollen/
37 #00:07:07-9#

38

39 GMW 1: Also das ist ein Fall, den wir sehr viel nachbesprochen haben, in der Supervision,
40 aufm Teamtag war das ganz, ganz viel Thema, weil das ist/ ähm/ richtig scheiße gelaufen
41 muss man sagen. Uns fehlte natürlich die Diagnose. Wir wissen, dass wir hier von/ von
42 unserem Konzept her mit Menschen mit Autismus echt also/ ((unv. Wort)) da sind wir falsch,
43 das kriegen wir nicht so gut hin/ ähm/ und im Vorlauf [...] haben wir aus meiner Sicht, haben

1 wir sie als Team [...] ihr da zu wenige Ansagen gemacht. Also sie ist dann also jeder hat sich
2 son bisschen, ne, von wegen okay, wenn sie nicht explodiert dann ist es/ dann ist es in
3 Ordnung aber sie ist hier hochaggressiv durchgelaufen, hat/ ähm/ am Ende dann auch so
4 Lieder gesungen, wie scheiße ihre Mitbewohner:innen sind und hat sich wirklich denen
5 gegenüber auch/ ist ausgerastet, wenn ne Toilette besetzt war/ hat an der Tür gerüttelt und
6 so also es ging [...] ging alles vor allem bei unseren sensiblen Leuten hier einfach deutlich zu
7 weit. [...] Ähm/ in dem Moment war es gut, dass wir gerade Teambesprechung hatten und
8 dementsprechend alle hier waren und dann nach monatelangem Vorlauf ziemlich schnell
9 entschieden haben die kriegt ein Hausverbot. [...] So und/ ähm/ das ist nicht schön, weil sie
10 ((unv. Wort))/ sie hatte auch keinen Ort an den sie hingehen konnte. Wir haben ihr dann
11 geraten bitte/ äh/ begib dich in die Klinik, du bist gerade [...] äh/ fremdaggressiv, du bist/ bist
12 gerade gefährlich für andere Menschen. Das konnte sie im Endeffekt nicht so sehen, ist
13 dann aber in die Klinik und da ist sie ziemlich schnell eskaliert und wo/ also erst hieß es sie
14 geht auf die offene Station, da ist sie ziemlich schnell eskaliert anscheinend, wir kennen es
15 nur von aus Erzählungen und wurde dann fixiert tagelang und/ ähm/ war länger/[...] länger in
16 der Klinik. Ähm/ [...] schön war es nicht [...] aber ((unv. Wort)) ((unv. Wort)) also jetzt wars aus
17 meiner Sicht die einzig sinnvolle Entscheidung da sie erstmal hier komplett rauszunehmen,
18 um die Anderen zu schützen. [...] #00:09:09-7#

19

20 AR: Und könnt ihr noch benennen in der Situation, ob ihr da Deeskalationsmethoden benutzt
21 ((stockend)) habt, ob ihr was angewendet habt von dem was ihr vielleicht schonmal gelernt
22 hattet? #00:09:21-6# #00:09:24-0#

23

24 GMW 5: Es war schwierig bei ihr also, weil sie sehr, sehr aufbrausend war und sie hatte ihre
25 Gründe aber/ ähm/ [...] sie hat nicht so gut bei sich intervenieren lassen. Also ruhig reden hat
26 bei ihr nicht geholfen also bei ihr hat halt geholfen, dass sie sich dann zurückzieht und selber
27 runterkommt. Ähm/ Gespräche anbieten hätte sie nicht annehmen können, weil sie über die
28 Zeit hinweg sich mit jedem hier [...] zerstritten hat also die Beziehung einfach/ ähm/ kaputt war
29 und sie auch auf/ äh/ der Warteliste, sie hatte eigentlich schon einen neuen Wohnplatz
30 gehabt, einen Einzelwohnplatz. Die letzte Zeit war nur noch überbrücken bis sie da einzieht
31 und da hat sich das dann hochgeschaukelt, weil sie dann abgebrochen wurde, deswegen
32 hatte/ ähm/ keine von den Mitarbeiterinnen so einen richtigen Draht zu ihr, dass man sich mit
33 ihr hinsetzt und es irgendwie/ ähm/ vorbespricht oder nachbespricht oder da gut
34 intervenieren kann. Also ich hab sie betreut, ich hatte da auch viele Probleme mit so wie wir
35 alle glaube ich hier irgendwie. War schwer/ #00:10:19-9#

36

37 GMW 4: Also was/ was ihr /ähm/ [...] geholfen hat war, wenn sie in eskalierenden Situationen/
38 ähm/ auch wo man sie begrenzt hat, dann die Situation verlassen hat und ist dann hoch.
39 Dann hat sie in dem Moment auch das Ge-/ äh/ die Gedanken, dass man also der Betreuer,
40 die Betreuerin genervt von ihr ist. Wenn man dann aber zwanzig Minuten später oder ne
41 halbe Stunde hochgegangen ist und hätte sie gefragt "Wir wollen Pizza bestellen, was
42 möchtest du für eine" also eine Sit-/ also eine ganz normale Frage, die/ die ihr signalisiert,
43 dass man eigentlich ja gar nicht mehr sauer sein kann auf dich. Dann hat sie es eigentlich
44 geschafft/ ähm/ dann wieder/ äh/ in Kontakt zu treten. Hat man das nicht gemacht war/ hat
45 sie einen eigentlich manchmal wochenlang gemieden und einfach kein Wort mehr mit einem
46 gesprochen bis man halt auf sie zugegangen ist mit Alltäglichem "Ich hab nen Kaffee
47 gemacht. Möchtest du auch einen"/ ähm/ "Ich geh jetzt einkaufen. Kann ich dir was

1 mitbringen" so/ äh/ das waren eigentlich so die Momente, wo man sofort wieder/ ähm/
2 ziemlich schnell nen Draht zu ihr gekriegt hat. #00:11:25-5#

3

4 AR: Okay. #00:11:27-1#

5

6 GMW 2: Ich war in der Zeit in Elternzeit also ich hab/ ich kenn den Fall aber ich kenn jetzt
7 nicht die Situation/ äh/ und eben war ja auch die Frage, ob wir/ ähm/ die also eskala-/ äh/
8 also Methoden angewandt haben, Deeskalationsmethoden und/ ähm/ glaub da, sie konnte ja
9 flüchten und ich glaube das war total wichtig, ne. Das Fluchtwege frei waren. Das habe ich
10 noch ausm Kopf ausm Deeskalationstraining. Das wenn jemand irgendwie hochgefahren ist,
11 dass man irgendwie guckt, dass die Person sich nicht noch zusätzlich in die Ecke gedrängt
12 fühlt also räumlich einfach, dass/ dass sie rausgehen kann, dass Fluchtwege frei sind und
13 das scheint ja der/ der Fall gewesen zu sein, ne. Sie konnte flüchten ((stockend)). Ich glaube
14 an-/ ansonsten wäre es noch mehr ((lacht)) eskaliert einfach. #00:12:13-3#

15

16 GMW 3: Ja, ich glaube/ ähm/ ergänzend eigentlich was der/ äh/ was Nikolas also der/ unser
17 Kollege schon gesagt hat. Wir haben halt schon irgendwie nochmal versucht immer jeden
18 Tag von Neuem mit ihr zu beginnen und ihr jeden Tag/ äh/ quasi/ äh/ nochmal alles neu
19 anzubieten. Wir haben Zeiten für sie quasi geblockt in unserem Tagdienst, in dem wir sie
20 runtergeholt haben, mit ihr den Tag vorbesprochen, vielleicht andere Sachen
21 nachbesprochen haben. Ähm/ und in dieser Zeit kon-/ also das war eigentlich irgendwie so
22 immer ihre Zeit/ ihre Zeit mit uns und das hat ihr eine Zeit [.] auch/ also [.] für Phasen auch
23 ein bisschen [.] weitergeholfen. Bis es dann, ja, mit dem Wohnplatz aktuell wurde und sie
24 dann dachte "Ok, jetzt ist hier Schluss." [.] / Ja/ #00:12:57-0#

25

26 AR: Auch nochmal gute Hinweise dabei ((lacht)). #00:13:00-9#

27

28 GMW 1: Ja, wir haben also/ gerade nochmal überlegt [.] wir probieren immer alles möglich
29 zu machen, um die Leute zu schützen oder denen es leichter zu machen, egal wie absurd es
30 ist, so. Also bei ihr ist natürlich, ne, dieses sie ((stockend)) hätte ne eigene Küche
31 gebraucht. Sie hätte nen eigenes Wohnzimmer gebraucht und das ab nem/ bis zum
32 gewissen Grad probieren wir das möglich zu machen. Dass sie ihren Raum hat, dass sie die
33 Tür zu machen kann, das war aber irgendwann so, wie lange haben wir sie betreut? Zwei
34 Jahre. Irgendwann so, dass es einfach, ne, das sind Gruppenräume. Das müssen die
35 Anderen auch nutzen. Also sie hat da wirklich [.] geschafft jegliche Grenzen ((seufzt)) zu
36 sprengen. Leider. #00:13:39-2#

37

38 GMW 5: Die Jugendlichen hatten auch Angst vor ihr. #00:13:42-7#

39

40 GMW 1: Ja. #00:13:43-2#

41

1 GMW 5: Weil sie sehr aggressiv war. Auch so passiv aggressiv. Auch direkt beleidigend/ äh/
2 Einfach, um da halt die Jugendlichen zu schützen war auch wichtig. #00:13:53-8#

3

4 AR: Dann anschließend die Frage, wie in ihrer Einrichtung solche Vorfälle dokumentiert
5 werden. Also hab/ gibt es da eine interne Vorlage nach der das dann immer ausgefüllt wird
6 oder/ ähm/ ja/ #00:14:14-0#

7

8 GMW 1: Also wir müssen ja wie jede Einrichtung/ ähm/ das besondere Vorkommnis melden/
9 ähm/, wenn wir es denn haben, aber ja nur für Minderjährige. Da wir im Normalfall mit
10 Volljährigen arbeiten und hier auch einfach auch jeden Tag also, ne. Da würde ja zum
11 Beispiel auch selbstverletzendes Verhalten gewertet haben/ gewertet werden. Äh/
12 dementsprechend melden wir das im Normalfall nicht also nach außen. So das was wir
13 natürlich machen ist dokumentieren, damit auch alle Kollegen das/ äh/ nachlesen können
14 und wissen/ ähm/ wie es weitergeht. Ähm/ ich als Teamleitung halte über sowas
15 Rücksprache mit meiner Regionalleitung. So A, dass sie Bescheid weiß und dass ich einmal
16 mit ihr abspreche "So, das ist unser Vorgehen. Stimmt du dem zu?". Falls auch, ne, von
17 anderen Menschen Beschwerden kommen oder Nachfragen kommen. [.] Ähm/ [.] genau.
18 #00:15:10-7#

19

20 AR: Und wenn es doch mal zu einer Meldung kommt, welche Informationen werden da quasi
21 [.] aufgenommen? #00:15:18-5#

22

23 GMW 1: Ja, es ist einfach relativ platt. #00:15:22-8#

24

25 GMW 3: Ein Formular. #00:15:23-9#

26

27 GMW 1: Ein Formular, in dem die Situation geschildert wird. #00:15:28-4#

28

29 GMW 3: So das machen wir dann immer relativ detailreich, ne, wenn da mal was passiert,
30 aber sonst ist es eigentlich wirklich einfach nur dieses Blatt Papier, was wir ausfüllen.
31 #00:15:37-1#

32

33

34 GMW 2: Ich meine das so eine Meldung von so einem besonderen Vorkommnis ja auch nur
35 dann gestellt werden muss, wie du eben gesagt hast, wenn jemand minderjähriges beteiligt
36 war und auch/ ich glaub es muss Krankenwagen oder Polizei eingeschaltet werden oder?
37 Oder hab ich das falsch in Erinnerung? #00:15:51-4#

38

39 GMW 3: Ne, bei Suizidversuch oder so auch. Also da ist ja noch nicht/ #00:15:54-7#

40

1 GMW 2: Ja, aber auch wenn jemand/ [...] ja, ok/ auch wenn jemand hier eben ja
2 fremdaggressiv ist, aber es [...] es passiert nichts sag ich mal also, ne, tritt nur/ nur
3 fremdaggressiv auf, aber es wird keiner verletzt und es kommt auch zu keiner gewalttätigen
4 ((stockend)) Auseinandersetzung, dann meldet man das halt nicht oder? #00:16:17-4#

5

6 GMW 1: Bei Minderjährigen würden wir das machen. Die haben wir ja sehr selten und
7 dementsprechend nicht. Ähm/ das was natürlich also hängt ((stockend)) von der Situation
8 jetzt ab, wenn das jetzt hier ne junge Frau ist die sich jeden Tag selber verletzt, melden wir
9 das jetzt nicht jedes Mal. Bei dem Fall wird natürlich/ ähm/ Jugendamt bzw.
10 Eingliederungshilfe informiert und gesagt "Hier, hakelig, wissen wir nicht, wie lange wir das
11 halten können." Oder halt auch bei Selbstverletzenden, dann Sozialpsychiatrischer Dienst
12 oder JPPD, dass die mit eingeschaltet werden und gesagt wird/ hier es wird, ne, oder gleich
13 ein RTW, wenn's so schlimm ist. [...] Ja. #00:16:53-8#

14

15 AR: Und seid ihr mit der Art und Weise, wie solche Vorfälle gemeldet werden zufrieden oder
16 gibt es Veränderungsvorschläge? #00:17:03-7#

17

18 GMW 1: Also die Meldung bei der Heimaufsicht finde ich immer son bisschen Banane. Ich
19 weiß nicht was das bringen soll. Also s-/ s-/ natürlich theoretischen melden die sich dann
20 irgendwann, wenn es auffällig ist, dass wir hier mehr Fälle haben. Das ist aber einfach das
21 Klientel mit dem wir arbeiten, dementsprechend ist das so/ ähm/ [...] bringt das nichts.
22 #00:17:27-6#

23

24 GMW 2: Und wenn/ wenn wir den sozialpsychiatrischen Dienst einschalten [...] also habe ich
25 das Gefühl also sind wir manchmal eben auch unzufrieden ((lacht)), ne? Also, weil/ also,
26 wenn wir auch den Eindruck haben jemand muss dringend in die Klinik/ ähm/, will aber
27 selber nicht. Und dann gegen den Willen jemanden einzuweisen ist natürlich total schwierig
28 und auch der Sozialpsychiatrische Dienst ist da ja[...] /hat da ja [...] / äh/ Regeln einzuhalten und
29 / ähm/ ja, oft kommen die einfach mehrmals immer wieder vorbei und ja und/ ähm/ es ändert
30 sich nichts an der Situation, weil sie eben die Person nicht mitnehmen dürfen. Weil, ne? Weil
31 eben nicht genug Selbst- oder Fremdgefährdung zu sehen ist. Und/ äh/ ich find daran kann
32 man nicht groß was machen. Das ist einfach/ ist so. Ist ja auch aus einem guten Grund so/
33 ähm/ ja. Aber uns macht das dann manchmal auch son bisschen ratlos oder [...] / ähm/
34 #00:18:27-3#

35

36 GMW 1: Ich find das ist immer sehr davon abhängig wen wir/ welche Person wir dahaben.
37 Also wenn die uns kennen, egal ob sozialpsychiatrischer Dienst, Polizei [...], Klinik. Wenn die
38 uns kennen und wissen wie wir arbeiten, wissen die, wie viel wir auch aushalten also das wir
39 irgendwie nicht bei jedem Ratscher irgendwie gleich ein RTW rufen. Ähm/, sondern hier auch
40 viel Krisenintervention machen und viel mit den jungen Menschen überstehen. Und wirklich
41 nur in dem Fall, wenn wir es einfach nicht mehr, deren Leben nicht mehr zusichern können/
42 ähm/ andere Externe einschalten. [...] Ich habe gerade überlegt mit dem sozialpsychiatrischen
43 Dienst, dass wir die auch häufiger anrufen, uns beraten lassen oder vorbeikommen lassen,
44 wenn wir irgendwo das stehen haben wollen, dass wir uns abgesichert haben. So also da wir
45 nutzen es schon, dass es da irgendwie in deren Akten steht. Ähm/ "Waren da, haben den
46 jungen Menschen als nicht gefährdend eingeschätzt." Ähm, ja, dann ist es in dem Moment

1 oder zumindest für die Nacht nicht mehr so wirklich unsere Verantwortung, weil wir haben
2 gesagt "Ne, wir sehen eigentlich Klinik [...] in dem Moment als sicheren Ort." #00:19:28-8#

3

4 AR: Hmm: Ja, die nächste Frage zielt auf die Unterstützung ab. Also welche Formen der
5 Unterstützung nach aggressiven, gewalttätigen Vorfällen es gibt. Also ich habe jetzt schon
6 gehört Nachbesprechung, Supervision habe ich schon gehört aber vielleicht, dass man das
7 noch einmal, genau [...], darstellt. #00:19:54-6#

8

9 GMW 1: Ähm/ ja, wir haben einmal die Woche Teambesprechung und auch ziemlich lange.
10 Meistens/ äh/ vier Stunden [...] mindestens ((lacht)). Da besprechen wir sehr viel nach und
11 auch sehr viel vor und probieren auch/ äh/ frühzeitig zu intervenieren, frühzeitig die jungen
12 Menschen runterzukochen. Ähm/ wir haben Supervision einmal im Monat um den Dreh, wo
13 wir dann immer Fälle, die uns belasten, ansprechen. Ähm/ jetzt wars mal ausnahmsweise
14 so, dass wir sogar gleich zwei Fälle auf dem Teamtag besprochen haben, obwohl der
15 Teamtag eigentlich nicht dazu da ist, Fälle zu besprechen aber im Endeffekt, wir nehmen
16 uns die Zeit, wenn wir was nachbesprechen müssen, nehmen wir uns die. Oder auch wenn
17 wir was vorbesprechen müssen im Idealfall/ ähm/ haben wir ja schon vorher ne Ahnung,
18 dass es eskalieren ((stockend)) könnte und/ ähm/ können vorher intervenieren. [...] Ähm/
19 #00:20:44-5#

20

21 AR: Mindset? #00:20:45-4#

22

23 GMW 1: Hm? #00:20:45-6#

24

25 AR: Mindset. #00:20:46-2#

26

27 GMW 1: Wir haben ein Mindset. Ja, das stimmt. Das nutzen wir auch relativ viel und
28 Kartensets zum achtsam organisieren, was so im Rauhen Haus in der Kinder- und
29 Jugendhilfe rum spukt und/ äh/ nutzen da Karten auch zum also nicht nur zum
30 nachbesprechen. Auch teilweise dann ganze Betreuungsverläufe also, ne, wie war das, was
31 können wir daraus mitnehmen, was können wir festhalten[...], was lief blöd und/ ähm/ was war
32 sinnvoll. #00:21:09-6#

33

34 AR: Okay. Ähm/ der nächste Punkt, da gehts nochmal vielleicht um Fluchtweg, was schon
35 erwähnt wurde. Ähm/ gibt es in ihrem Arbeitsplatz oder Arbeitsbereich Rahmenbedingungen
36 oder Umweltfaktoren, die die Wahrscheinlichkeit verringern bzw. erhöhen, dass ein Kind
37 aggressives oder gewalttätiges Verhalten zeigt. Also sowas wie bauliche Aspekte oder auch
38 organisatorische Aspekte [...] was [...] ja/ #00:21:40-6#

39

40 GMW 5: Wir haben ein Boxsack ((lacht)) #00:21:43-8#

41

1 GMW 2: Der ist hilfreich. #00:21:47-1#
2
3 GMW 5: Genau, grundsätzlich sind die Türen immer offen also Wohnungstür, Terrassentür,
4 Kellertür. Die Jugendlichen können jederzeit die Wohngruppe verlassen. #00:21:54-6#
5
6 GMW 1: Genauso im Büro, wenn wir Gespräche mit denen führen. Die entscheiden, ob die
7 Tür dann zu ist oder nicht. Also wenn es denen hilfreich ist die Tür offen zu lassen, ist das
8 okay. #00:22:09-4#
9
10 GMW 5: Die Jugendlichen haben ihre eigenen Zimmer, wo sie auch die Tür zumachen
11 können und dann gehen wir dann auch nicht rein. Es sei denn es droht halt wirklich ne akute
12 Selbst- oder Fremdgefährdung. #00:22:19-6#
13
14 GMW 2: Gings auch um Dinge, die hinderlich sind? Oder? #00:22:23-8#
15
16 AR: Ja. Beide Seiten sozusagen #00:22:26-1#
17
18 GMW 2: Also ich erinner mich an ne Situation, das ist aber schon ganz lange her. Ähm/ da
19 war ne/ äh/ junge Frau sehr aufgebracht und es ist auch später eskaliert. Sie war hier im Flur
20 und der ist sehr eng, ne? Also hier oben der Flur ist eng also, wenn man sich da/, wenn sich
21 da jemand begegnet und/ äh/ die andere also eine Person davon ist irgendwie sehr
22 angespannt oder aggressiv ist das ungünstig. Und auch das Treppenhaus ist sehr eng, auch
23 die/ äh/ Badezimmer sind sehr eng also, wenn da irgendwie ne Situation eskaliert kann das
24 dazu führen, dass die nochmal mehr eskaliert, weil es einfach sehr eng ist. #00:23:01-4#
25
26 AR: Zu wenig Raum. #00:23:05-1#
27
28 GMW 2: Ja. Also ne ja also da ist/ in dem Bereich ist zu wenig Raum. #00:23:09-9#
29 AR: Genau, vorhin wurde schon mehrmals gesagt, dass begrenzt wurde und da ist die
30 nächste Frage: Was verstehen Sie unter grenzsetzenden oder disziplinarischen
31 Maßnahmen? Und eben auch dazu abgrenzend: Was verstehen Sie unter
32 Zwangsmaßnahmen? #00:23:31-2#
33
34 GMW 1: Also wir haben hier d-/ sehr wenig disziplinarische Maßnahmen, sehr wenig Regeln.
35 Die Jugendlichen/ ähm/ soweit es möglich ist und der gesetzliche Rahmen es zulässt,
36 bestimmen die ihre Regelung hier selber. [.] Ähm/ [.] wir haben also disziplinarische
37 Maßnahmen würde ich sagen ist unser Abmahnsystem, was wir trotz allem haben. Ähm/
38 gings nur darum, ob wir was haben oder soll ich das ausführen? #00:24:12-1#
39

1 AR: Gerne ausführen. #00:24:12-8#

2

3 GMW 1: Ähm/ das kommt eigentlich nicht so häufig vor. Mit der jungen Frau hatten wir das
4 häufiger ((lacht)). Ähm/, dass die erste Abmahnung also im Endeffekt geht es darum da-/
5 wenn/ Verhalten wird abgemahnt, wenn die Mitbewohner:innen gefährdet werden. So, wenn
6 die Gefährdung so stark ist, dass wir das hier nicht mehr halten können. Die erste
7 Abmahnung/ ähm/ bedeutet n Gespräch mit mir als Teamleitung und die klare Ansage "Das
8 geht hier nicht, das können wir hier nicht halten. Ähm/. Wie können wir das verändern? Weil
9 wenn das so weiter geht/, wenn du das nochmal zeigst kannst du hier nicht wohnen. Du
10 gefährdest deine Mitbewohner:innen". ((Telefon klingelt)) Ähm/ zweite Stufe, die selten
11 erreicht wird. Eigentlich ist das erste Gespräch schon ausreichend. Zweite Stufe wäre dann n
12 Gespräch mit dem Jugendamt, inwieweit, unter welchen Umständen hier die Maßnahme
13 weitergeführt werden kann. Dritte Stufe ist dann die Kündigung des Wohnplatzes [.] fristlos.
14 Ähm/ genau in dem Fall, den wir vorhin hatten, da war es von jetzt auf gleich ne Hausverbot.
15 Was ich auch mich nicht erinner, dass wir das jemals schonmal so ausgesprochen haben
16 also wirklich in einer Situation zu sagen so kannst du hier nicht sein, weil wir auch keine
17 Möglichkeiten hatten sie anders in die Klinik zu bringen. Ähm/ genau, das ist so unser
18 disziplinarisches Handwerkszeug. Ansonsten/ äh/ reden wir ganz viel mit den Menschen.
19 Das klappt auch meistens ganz gut. Also im Normalfall müssen wir hier nicht abstrafen. Und
20 tun es auch nicht, weil es auch kein Sinn macht. #00:25:48-1#

21

22 GMW 5: Wir haben auch ganz wenig fremdaggessives Verhalten. Es ist halt eher das [.] äh/
23 selbstaggess-/ selbstgefährdendes Verhalten. #00:25:56-9#

24

25 GMW 1: Und wir dürfen kein Zwang anwenden. Das tun wir auch nicht. Ähm/ das wäre dann
26 Klinik. Ist auch selten im Normalfall/ ähm((gedehnt)) / begleiten wir suizidale Krisen/ ähm/ bis
27 also und/ äh/ die Leute vertrauen uns soweit, dass sie dann mit uns zusammen in die Klinik
28 fahren und es ist nicht zu Zwangsmaßnahmen kommen muss. Wir haben es manchmal dann
29 das wir den sozialpsychiatrischen Dienst einschalten, die dann Zufühdienst rufen und es
30 dann in die Klinik geht. Das ist aber nicht so häufig der Fall. Bei uns eher bei den
31 Psychotikern also die dann so fernab jeglicher Realität sind, dass sie es einfach nicht mehr
32 einschätzen können, was sie da machen. #00:26:45-4#

33

34 AR: Und Grenzen setzen auch in Form von körperlicher Begrenzung oder dass man
35 jemanden aufs Zimmer schickt oder irgendwas in der Richtung/ ähm/ #00:27:00-4#

36

37 GMW 5: Aufs Zimmer schicken #00:27:01-2#

38

39 GMW 3: Aufs Zimmer schicken, ja. Also körperliche Begrenzung machen wir/ machen wir
40 nicht hier aus Prinzip. Also allerhöchstens ((stockend)) den Raum verweisen, ne, "So du
41 gehst jetzt bitte raus, beruhigst dich und ich schau nach dir.". So genau. #00:27:15-6#

42

1 GMW 1: Genau und dementsprechend dann auch genug Zeit zu lassen, dass sie halt
2 runterfahren, ja. [...] Standard Deeskalationstraining [...]. Genau, was natürlich schwierig ist,
3 wenn hier zwei junge Menschen aneinandergeraten. Dann ist/ dann find ich das sehr
4 schwierig, weil ich weiß eigentlich gehts auch darum, dass ich mich selber schütze und mich
5 hier gegebenenfalls im Büro einschließe. Praktisch/ ähm/ genau, musste ich nämlich auch
6 gerade denken wie du schön schwanger dazwischen gesprungen bist. #00:27:40-0#

7

8 GMW 3: ((lacht)) #00:27:41-0#

9

10 GMW 1: Ähm/ das ist schwierig und da fällt's ((stockend)) mir auch schwer dann meine/
11 meine Grenzen nicht zu überschreiten, sondern dazwischen zu gehen und/ ähm/
12 dementsprechend die Anderen zu schützen. Aber auch das haben wir [...] ja [...] selten.
13 #00:27:56-7#

14

15 SZ: Magst du von der Situation mal erzählen bitte? #00:27:59-4#

16

17 GMW 3: Ich weiß ehrlich gesagt nicht, ob ich da schwanger war. War ich da schon
18 schwanger? #00:28:03-2#

19

20 GMW 1: Ich hab es so/ ich hab danach gedacht "Patricia, bist du bescheuert? ((lacht)) Geh/
21 Geh da raus aus der Situation." #00:28:08-4#

22

23 GMW 3: Es war halt eine Situation mit zwei/ ähm/ oh, die eine war sogar minderjährig oder?
24 War * damals minderjährig? Meinst du die? Oder meinst du das mit **? #00:28:18-9#

25

26 GMW 1: Ja, du hast schon häufiger Messer gesehen ((lacht)). Nein, ich meine mit *.
27 #00:28:23-1#

28

29 GMW 3: Ja, genau. Also da gabs zwei/ äh/ Bewohner:innen, die sich nicht gut verstanden
30 haben und sich eigentlich auch tagtäglich gegenseitig irgendwie hochgeschaukelt haben und
31 provoziert haben. Und an dem Abend gings halt beiden nicht gut oder waren halt angespannt
32 und/ ähm/ ich weiß ehrlich gesagt nicht, wie es zu dieser Situation gekommen ist. Jedenfalls
33 standen wir alle in der Küche #00:28:46-1#

34

35 GMW 5: Sie hatte ihn in den Schrank gesperrt. #00:28:47-7#

36

37 GMW 3: Sie hatte ihn in den Schrank gesperrt. Ne, das war *. Es geht um * und/ * und *.
38 Und irgendwie, ja, kam es dann zum Wortgefecht und der eine hat das gesagt, und der
39 andere hat das gesagt und irgendwann mal wurde auch die Mutter von dem einen beleidigt
40 und da hat der junge Mann wohl rotgesehen und hat sich ein Messer gezuckt und ist dann

1 mit dem Messer auf die junge Frau los. Und ich hatte Panik bekommen und hab mich
2 dazwischen gestellt. ((lacht)) Was eigentlich ganz dumm ist, ja. Ähm/ genau und hab die/
3 hab den jungen Mann halt festgehalten. Da/ Da hab ich ihn festgehalten. Gut und ihm nicht
4 vorbeigelassen im engen Flur, genau. Und hab die junge Frau dann aufs Zimmer geschickt.
5 Hab sie halt getrennt. Und nach ner halben Stunde habe ich nach beiden halt gesehen, so.
6 Das war aber echt ((lacht)) / das war nicht so klug, ja das stimmt. #00:29:40-9#

7

8 SZ: Zum werten sind wir nicht hier. Aber genau solche Situationen gibts also, wenn ihr davon
9 noch mehr erlebt habt raus damit. Das ist so nahrhaft, gerne. Solltet ihr noch weitere so
10 krasse Zwischenfälle, wo ihr einzeln irgendwie in ner Situation wart und gedacht habt "Ey,
11 das hat mich vielleicht sogar krass überfordert oder ich konnte gar nicht anders als irgendwie
12 zu agieren." #00:30:05-0#

13

14 GMW 3: Ja, da gabs dann die Situation, wo ich schwanger war tatsächlich. Da war noch der
15 Kollege mit im Dienst und da kam ein junger Mann, der ambulant betreut wurde. Ähm/ auch/
16 äh/ ja Schizophren ((zögernd)) oder jedenfalls auch an dem Tag auch psychotisch und auch
17 drogenabhängig. Und/ ähm/ wollte halt Geld haben. Äh/ aber es gab kein Geld mehr für ihn,
18 weil auch die Vorschüsse waren dann schon aufgebraucht und/ äh/, dass ich ihm dann eine
19 Ravioli und Milch und Tee und Kaffee hingestellt hab, hat ihn anscheinend so wütend
20 gemacht, dass er halt mit ner heißen Kaffeetasche nach mir geschmissen hat. So aber er hat
21 mich nicht getroffen. Genau, da wurde er halt dann auch aus der Wohngruppe verwiesen an
22 dem Tag. [.] Ja. Mehr Stories habe ich nicht ((lacht)). #00:30:54-1#

23

24 SZ: Ist ja auch schon einiges. Ne aber/ ähm/ da würde ich tatsächlich einfach zu der ei-/ ein-/
25 Anfangsfrage nochmal kurz zurückspringen, so, ne? Da hört ja auch selbstverletzendes
26 Verhalten dazu. Wenn ihr mitkriegt irgendne Bewohnerin, Bewohner sitzt auf dem Zimmer
27 und weiß ich nicht, Klassiker, ritzt sich oder so. Wie interveniert ihr da? Was macht ihr?
28 #00:31:17-4#

29

30 GMW 1: Wenn die hier schon länger ((stockend)) wohnen sind die eigentlich so gut mit uns
31 im Kontakt, dass sie dann runterkommen. Also, dass sie dann sagen "Scheiße, es ist wieder
32 passiert. Ich hab mich selbstverletzt." Wir machen hier Erstversorgung/ ähm/ und geben
33 dann aber auch die ganze klare Anweisung, wenns denn sein muss "Geh bitte in die Klinik
34 und lass es nähen." Teilweise/ ähm/ gehen wir mit zum Nähen. Es gibt natürlich auch die
35 Momente, wo sich jemand aufm Zimmer verletzt [.] in [.] bei mir war es zumindest so, dass
36 sie dann doch noch irgendwie Bescheid gegeben haben. Also, dass sie dann doch haben
37 noch nachts klingeln lassen oder was. Und dass man die dann oben/ ähm/ gefunden hat.
38 Ähm/ genau. Das also ne wir ((stockend)) begleiten/ also erstmal die Erstversorgung.
39 Wunde ist versorgt. Und dann wird nachbesprochen, ne "Wie kam es dazu, wann hättest du
40 vorher zu uns kommen können." Ähm/ die meisten haben irgendwie DBT'S, Skills, was auch
41 immer, um sich vorher zu regulieren und im Normalfall nimmt das/ das selbstverletzende
42 Verhalten hier dann irgendwann ab. Dass es weniger wird. So. Jetzt gerade haben wir einen
43 jungen Mann, der gerne/ ähm/ mit seinen Händen irgendwo gegenschiägt und
44 dementsprechend dann irgendwie mal/ äh/ Stauchungen hatte. Bis jetzt noch keine Brüche
45 erstaunlicher Weise, obwohl das häufiger mal aussah. Und der sich auch son bisschen
46 gegen die ärztliche Versorgung wehrt und das ist immer so Graubereich. Also dem immer

1 nur irgendwie ein Kühlpack hingeben und sagen "Hier war nicht so cool." Ist halt schwierig,
2 weil wir auch dafür die Verantwortung haben. [.] Mh/ Ja. #00:33:04-2#

3

4 GMW 6: Und da vor allem die Begrenzung eigentlich, dass das halt einfach sehr laut ist und
5 alle es mitkriegen hier im Haus. Und wenn er gegen die Heizungsrohre schlägt, dass es
6 einfach/ ähm/, dass wir das dann begrenzen, dass es nicht geht und ihn eher runter in den
7 Keller schicken, um gegen den Boxsack zu schlagen. Weil das hier einfach alle
8 mitbekommen und genau, alle genau wissen, was dann los ist. #00:33:23-5#

9

10 SZ: Hmm/ #00:33:25-9#

11

12 GMW 5: Also anderes, n bisschen extremeres Verhalten wie zum Beispiel die erste junge
13 Frau, die wir besprochen haben. Die/ ähm/ eigentlich in Kontakt war und mit dem Nikolas
14 spazieren war und dann kurz vor Ende gesagt hat, dass sie schon vorm paar Stunden oder
15 vor ner Stunde Rasierklingen geschluckt hat. [.] Ähm/ genau und er dann aber ganz ruhig
16 geblieben ist und den Krankenwagen gerufen hat und dann eigentlich schon weiß wie man
17 vorgeht, ne, dass sie sich halt nicht mal ((unv. Wort)). Dass sie sich halt nicht erbrechen soll,
18 nichts essen soll und dann halt da aufgepasst hat. Aber auch nicht wertend dann reagiert hat
19 und "Mensch und das kannst du doch nicht machen", sondern eher verständnisvoll geblieben
20 ist und gesagt hat, "Okay dann, ich ruf jetzt ein RTW. Soll ich mitfahren? Willst du alleine
21 fahren?" ((unv. Wort)) ((unv. Wort)). #00:34:12-3#

22

23 SZ: Das war eine Situation bei dir, richtig? #00:34:14-3#

24

25 GMW 4: Hmm. #00:34:14-2#

26

27 SZ: Okay. Wie gings dir damit? Also hast du dich danach gut aufgefangen gefühlt durch
28 deine Teamleitung? Regio? #00:34:20-9#

29

30 GMW 4: Joa. [.] Joa #00:34:23-9#

31

32 SZ: ((lacht)) Gut, sie sitzt neben dir. Entschuldige #00:34:26-4#

33

34 GMW 4: Ja das ist also das ist ja, ich weiß gar nicht, ob ne Teamleiterin oder irgendjemand
35 mich da auffangen kann. Sondern das ist etwas was in unserem Job einfach/ ähm/ ja dazu
36 gehört so. Also es ist/ ich bin jetzt nicht aus allen Wolken gefallen. Ähm/ so, weil ich das
37 schon son bisschen erahnen konnte. Klar, jetzt in der Situation ist es natürlich erstmal so,
38 dass es einen/ ähm/ extrem schnell nervös werden lässt. Ähm/ [.] und mit solchen
39 Situationen umzugehen/ ähm/, dass [.] also, dass/, dass geht glaube ich auch nur, wenn man
40 n Stück weit damit auch immer mehr seine Erfahrungen macht. Also wäre mir das vor/ also
41 Jahre vorher passiert kann ich nicht sagen, wie ich da reagiert hätte so aber/ ähm/ in der

1 Situation selber geht dann glaube ich eher so ein Notfallplan los, ne? Also das, das Erste ist
2 natürlich, dass die/ ähm/ ärztliche Versorgung sichergestellt ist. Also, dass Derjenige in
3 erster Linie sich darauf einlässt jetzt in Behandlung zu gehen. Ähm/ [.] und das hilft nur,
4 wenn ich natürlich ganz viel Ruhe ausstrahle, obwohl ich natürlich gerade bisschen also sehr
5 nervös bin so. Ähm/ das ist son Glück also das/ das ist etwas worauf ich immer vertrauen
6 kann eigentlich. Also wenn es wirklich zu Notfallsituationen kommt, dann geht bei mir ein
7 Notfallplan los den/ da [.]bin ich/ darauf kann ich mich einfach verlassen so. Kann das gar
8 nicht so wirklich beschreiben, aber viele Situationen auch wenn Menschen sich verletzen,
9 wenn ich das im Vorwege bespreche, dass ich mal sowas erlebe, finde ich das ganz schlimm
10 genauso wie vorm Zahnarzt. Ne, diese Gedanken "Oh Gott, jetzt muss ich dahin." Aber wenn
11 ich dann da bin oder wenn/, wenn es dann zu solchen Situationen kommt/ ähm/ bin ich
12 immer ganz beruhigt, dass ich die eigentlich relativ gut bisher gehandelt hab. Das Wichtigste
13 ist einfach wirklich immer Ruhe ausstrahlen also eigentlich das was man/ was einem selber
14 auch immer hilft, wenn man/ äh/ in stressigen, unruhigen, ängstlichen Situationen ist. Das ist
15 ja immer das andere Menschen einen einfach beruhigen so. Und joa. Das war in dem Fall
16 gut, dass sie sich auch drauf einlassen konnte also sie hätte/ sie hat sich drauf eingelassen.
17 Ähm/ hat alles mitgemacht was ich ihr vorgegeben hab und von daher war das glücklich, ne?
18 So [.] sie hat dann nicht irgendwie extra nochmal was getrunken oder gegessen oder mich
19 provoziert oder hat nen Streit angefangen oder so. Dass/, dass, da gehört auch einfach ein
20 Stück weit Glück dazu. [.] Ja [.] #00:37:16-4#

21 SZ: Cool, danke. Ähm/ ja gab es für euch sonst noch Situationen, so Einzel wo ihr vielleicht
22 auch alleine im Dienst wart in dem Moment, wo ihr gedacht habt "Ey, eigentlich bin ich
23 gerade hart überfordert mit der Situation." #00:37:30-1#

24

25 GMW 1: ((unv. Wort)) Also ich habe gerade so an meine/ äh/ schlimmste Selbstverletzung
26 hier gedacht, die/ ähm/ die auch wirklich knapp war glaube ich. Ähm/ wo ich im/ ich war hier
27 im vierundzwanzig Stunden Dienst. Ähm/ und dann nachts/ äh/ dementsprechend alleine
28 und ne junge Frau hier */ ähm/ die eigentlich in der Klinik war, eigentlich in der Psychiatrie
29 war und dann aber für eine Belastungserprobe nachhause entlassen wurde und hier gepennt
30 hat. Die ich auch zu der Zeit glaube ich auch betreut habe ((fragend)). Ja, da hatte ich
31 Bezugsbetreuung für sie. Ähm/ und die konnte aufgrund ihrer Selbstverletzung ihre Hand
32 nicht mehr so richtig bewegen und wurde kurz vorm UKE wurden irgendwelche Sehnen
33 wieder zusammengeflickt oder was aber hatte relativ große Narben an der Hand. Ähm/ und
34 hat sich in dem Dienst/ ähm/ die Nähte aufgetrennt. Und hat mich erst angerufen also hat
35 mich nachts angerufen und hat gesagt "MARIKE, ich kriegs selber nicht mehr gestoppt. Ich
36 schaff es nicht mehr." Also die war sehr inszenierend immer unterwegs, da/ bei ihr war uns
37 aber die Gefahr auch klar, dass ihre Selbstverletzungsspielchen nenn ichs mal, wo sie auch
38 immer mit uns in Beziehung gegangen ist und immer/ ähm/ uns mit einbezogen hat oder die
39 Klinik mit einbezogen hat das/ ähm/, dass sie es irgendwann übertreibt. So. Und das war halt
40 glaube ich der Moment. Und in dem Moment gings ((stockend)) und ich glaube da sind wir
41 auch alle Profis drin irgendwie in dem Moment richtig zu handeln. Ich bin hoch, hab ein
42 Druckverband gelegt, hab ein RTW gerufen. Ähm/ sie ist natürlich wieder in die Klinik und
43 war dann ((lacht)) auch wieder länger weg. Ich hab das Blut weggewischt ((stockend)), bin
44 wieder ins Bett gegangen und hab dann erst am nächsten Tag [.] bin ich nachhause
45 gefahren und da setzte dann bei mir das Denken ein irgendwie "Scheiße, das war knapp."
46 Das habe ich in dem Moment gar nicht so gecheckt aber/ ähm/ als ich dann also die/ die
47 Blutmenge, die ich auch in ihrem Zimmer aufgewischt habe, habe ich gedacht "Uh, fuck."
48 Und da habe ich dann meinen Team-/ damaligen Teamleiter angerufen und mit dem
49 durchgesprochen/ ähm/ von wegen was wäre, wenn also ne wie hätte es sein können, dass
50 sie sich wirklich in meinem Dienst ausversehen suizidiert. [.] Ähm/ ja und da finde ich also

1 danach das sprechen halt ganz wichtig. Das nochmal irgendwie im Team durchzusprechen.
2 Ähm/[.] ja [.] genau. Und die Rückmeldung von Jochen war im Endeffekt hätte sie nicht
3 gewusst, dass du das stoppen könntest, hätte sie es nicht gemacht. Und/ äh/ das glaube ich
4 auch ((lacht)) also sie hätten nicht bei einer Aushilfskraft sich die/ den Arm aufgeschnitten.
5 Das hätte sie nicht gemacht. #00:40:07-0#

6

7 SZ: Das ist auch so ne typische Jochen Aussage ((lachen)). Tschuldigung ((lacht)).
8 #00:40:13-2#

9

10 GMW 1: Ja, aber ((unv. Wort)) also mir hats/ mir hats sehr geholfen also einfach mit diesem
11 Moment dieses scheiße war es/ war es wirklich, war die kurz/ kurz vorm Tod. So, ja
12 irgendwie schon son bisschen aber es war auch klar, dass ich das irgendwie händeln kann,
13 so. #00:40:26-4#

14

15 SZ: Gab es solche extremen Situationen bei euren Aushilfskräften? [.] Also vergleichbare
16 Situationen, wo irgendwer von euch aus dem Hintergrund irgendwie schauen musste, dass
17 er nicht/ ähm/ den Jugendlichen rettet in Anführungszeichen, sondern auch den Kollegen am
18 Telefon auffängt oder was auch immer? #00:40:44-0#

19

20 GMW 7: Ja [.] wir hatten das bei * ganz oft. #00:40:47-4#

21

22 GMW 1: Ja genau, ich wollte gerade sagen. Eher mit/ also ich erinner mich nur Situationen
23 mit Drogenkonsum. Also wenn die Jugendlichen das/ das dann dementsprechend nicht mehr
24 einschätzen können. So, das ist/ wir hatten jetzt gerade hier ne junge Frau. Gut bei/ bei
25 Faser, das ist ne Aushilfskraft. Der arbeitet seit 20 Jahren beim Rauhen Haus und macht das
26 bei uns einfach nur just for fun also eigentlich auch/ eigentlich [.] quasi den als Aushilfskraft
27 zu beschreiben finde ich ein bisschen schräg. #00:41:09-1#

28

29 GMW 7: Hmm. Ich erinner mich an ne Situation wo * auch draußen auf der Mauer saß und/
30 äh/ schwer alkoholisiert und andere Substanzen geschluckt, gespritzt, wie auch immer hatte.
31 Und/ äh/ da auch noch eine Spritze aus dem Mülleimer gefischt haben. Wo [.] ((zögernd)) ja
32 ich ganz schön zittrig nachhause gegangen bin und abends kam dann noch ne Nachricht
33 von Marike. Gefragt so "Hey wie gehts dir damit? Wenn du sprechen magst ruf jederzeit an
34 oder schreib, ne. Ich hab gehört das war ein harter Dienst und"/ [.] ja #00:41:43-4#

35

36 GMW 3: Stimmt, du bist ja noch in die Mülltonne geklettert und hast es rausgeholt/
37 #00:41:47-4#

38

39 GMW 7: Die Spritze rausgeholt. #00:41:47-2#

40

41 GMW 3: Damit sie sie nicht nochmal benutzt, ja. #00:41:48-6#

1

2 GMW 7: Genau. #00:41:49-0#

3

4 GMW 3: Richtig. #00:41:49-4#

5

6 GMW 7: In einem klaren Moment hat sie dann gesagt "Oh, wo ist meine Spritze? Das war
7 doch ne Gute. Die hab ich erst ne Woche benutzt." Und in dem Moment kamen so die Alarm/
8 ähm/ Glocken und "Oh je, ich muss die rausholen. Ich muss die anders entsorgen." Patrycja
9 hat die dann noch in ne Tupperdose gepackt und gesagt "(unv. Wort) Ich fahr/ Ich fahr eh
10 Richtung * und schmeiß die da irgendwo weg oder geb die in ner Apotheke ab oder entsorge
11 irgendwie anders ne Spritze." Damit da die Angst da nicht war, dass sie die/ ähm/ nochmal
12 benutzt wegen den Keimen ((zögernd)) oder falsch benutzt ((lacht)). Luft sich in die Vene
13 drückt oder, oder, oder. Also bei der jungen Frau hatte man ja eh das Gefühl, dass sie
14 zwischen den Welten schon schwebt und mit dem Mischkonsum und regelmäßig den RTW
15 dagehbt oder die Polizei auch und dann kam sie an mit nem blauen Auge und wurd von
16 wem auch immer verprügelt. [.] #00:42:43-6#

17

18 SZ: Was ist aus dem Mädchen geworden? #00:42:48-0#

19

20 GMW 1: Wir/ Gott das war/ das war hart ((lacht)). Nein, im Endeffekt haben wirs/ haben wirs
21 geschafft also es ging auch soweit, dass wir hier irgendwann sagen mussten du kannst hier
22 nicht mehr sein. Also als sie dann [.] fast mit Überdosis hier auf dem Sofa gestorben ist,
23 während andere Jugendliche irgendwie mit drin waren, die hier in der WG irgendwie ne
24 Spritze verloren hat, sich auf der Terrasse irgendwie ihre Buddel Wein angesetzt hat und
25 getrunken hat während andere daneben saßen und so war irgendwann so der Punkt zu
26 sagen "Nein, das geht für die anderen nicht." Und haben sie dann aber zuhause begleitet,
27 obwohl zuhause jetzt auch nicht der sichere Ort ist, aber bis sie aufgenommen wurde erst
28 zum Entzug und dann/ ähm/ in der Klinik/ äh/ nach Travemünde, Traumasucht. Und die
29 wirklich nen grandiosen Job gemacht haben. Ähm/ sie lebt. Sie wohnt immer noch in
30 Travemünde. War jetzt hier vor kurzer Zeit ihre Sachen abholen und ja ist ihr/ ihr ist es sehr
31 unangenehm, weil sie sich an den Großteil der Zeit hier gar nicht erinnern kann. So aber ist
32 irgendwie zumindest gut mit uns auseinander gegangen und bei ihr war es wirklich so dieses
33 Mal gucken, ob sie überlebt also das/ ähm/ ja aber sie hat es geschafft. #00:43:54-0#

34

35 GMW 7: Das war auch immer son Zwischenweg mit "Oh, ich muss jetzt drohen, den
36 Krankenwagen zu rufen, weil ich kann sie jetzt nicht so hier sein lassen wie sie ist." und
37 parallel "Bitte, bitte ruf keine Polizei, keinen Krankenwagen ich werde in die Klappe gesteckt.
38 Die pumpen mich mit Medikamenten voll. Die fixieren mich und, und, und. "Diese
39 ((stockend)) Abwägung war sehr schwer und zwischendurch ging es auch nicht ohne
40 drohen. Wenn ich mich an meine Situation erinner, wo wir vor Frauenperspektiven saßen.
41 Bevor sie obdachlos am Drop in sitzt/ hm/ haben wir gedacht, dass da vielleicht/ da hat sie
42 ihr Bett. Da kann sie auch konsumieren, aber die begleiten nicht im psychiatrischen Kontext.
43 Und/ ähm/ [.] sie saß vor der Tür aufm Boden und/ und[.] es war kalt ((lachen)) und ich
44 konnte sie da nicht sitzen lassen und es/ es ging nicht anders. Dann kam der RTW und dann
45 "Nein, mir gehts gut." und son Zwischending, wo ich mich dann auch mit meiner Teamleitung

1 und der WG rücksprechen musste was/ was mache ich jetzt. Ich selbst bin hier gerade im
2 Zwiespalt. Ich/ äh/ nehm sie gleich wieder mit im Auto, aber wo lasse ich sie raus?
3 #00:45:11-8#

4

5 GMW 1: Hm. Ja, das war bei ihr immer also bei ihr habe ich auch so häufig ein RTW gerufen
6 einfach um mich abzusichern, dass die einmal durchchecken, überlebt die die nächste halbe
7 Stunde noch oder nicht also, weil die auch körperlich einfach so runter war. Die war, ne, hat
8 starkes Untergewicht. Nicht gegessen, morgens gleich irgendwie schön mit ner Flasche
9 Wein angefangen/ ähm/ joa. Das war doll. #00:45:37-2#

10

11 SZ: Schon einiges erlebt hier, ne? ((lacht)) #00:45:43-1#

12

13 AR: Gibt es hier denn theoretisch sowas wie keine/ kein Alkohol auf dem Gelände, keine
14 Drogen auch dem Gelände, also theoretisch gibt es solche Hausregeln sozusagen?
15 #00:45:46-2#

16

17 GMW 1: Ja, also sie saß dann drei Meter vom Gelände weg auf der Mauer. Das haben wir
18 am Anfang immer mit ihr probiert. Ja, klar gibt es. Wir sind Kinder- und Jugendhilfe
19 Einrichtung. Hier sind keine Drogen erlaubt, kein Alkohol erlaubt, auch nicht das Lagern.
20 Was die außerhalb machen, das ist deren Ding. Die sind erwachsen/ ähm/ aber sollen es
21 bitte so kontrolliert machen, dass sie hier auch andere nicht gefährden und das war bei ihr
22 wirklich immer sehr, sehr grenzwertig. Also, dass sie sich wirklich drei Meter weiter gesetzt
23 hat mit ihrer Flasche. Wir dann nochmal irgendwie zehn Meter weiter mit ihr um die Kurve,
24 so dieses, ne, **, das geht nicht. Du kannst hier nicht sitzen." Aber die war so ((gedehnt))
25 drüber in dem Moment, in der Phase ihres Lebens, sie hats einfach nicht mehr gecheckt [.]
26 so. Und da wars halt [.] fand ((zögernd)) ichs sehr schwierig. Da haben wir uns als Team
27 auch immer wieder drüber gesprochen "Müssen wir das beenden?" Ähm/ und es war bei der
28 aber klar, dass sie nicht so viele Chancen hat und im Gegensatz zu der *, von der wir vorhin
29 gesprochen haben, war * hier beliebt. Also/ äh/ die Mitbewohner:innen haben uns eher
30 gebeten "Ne komm hier, halt das doch nochmal aus. Lass sie doch mal." Also, natürlich
31 gings denen damit auch schlecht, absolut. Das/ äh/ aber/ ähm/ waren eher auf ihrer Seite
32 und waren eher dabei sie zu unterstützen so. [.] Ja. Aber das war immer wieder. Also die hat/
33 nein das war nicht an der Grenze. Die hat immer wieder Grenzen überschritten. #00:47:15-
34 8#

35

36 GMW 5: ((unv. Wort)). Dann Kolleg:innen aus dem Feierabend wieder zurück in die WG
37 gekommen, weil der Nachtdienst dann [.] doch sehr überfordert war mit dem Verhalten. Weil
38 dieser Drogenkonsum auch eindeutig schädigend war also auch mit Absicht. Andererseits
39 hat sie aber auch geäußert, dass sie Angst hat zu sterben und sie wollte/ sie hat auch/ sie
40 hat auch einfach konsumiert, um nicht zu schlafen, um keine Alpträume zu haben und wenn
41 sie dann hier durch die WG gewütet ist, dass dann auch. Also einmal wurde ich aus dem
42 Feierabend irgendwie um zehn glaube ich hat Jessy mich nochmal zurückgeholt. Ähm/ und
43 da haben wir dann auch die Doppelbesetzung eingeführt in der Zeit, wo dann so viele Krisen
44 da waren. Das wir immer zu zweit mindestens im Dienst sind. Stimmt, das weiß ich Auf jeden
45 Fall. Das hat sehr geholfen ((unv. Wort)). #00:48:01-6#

1
2 GMW 1: Ja, am Anfang hieß der Dienst auch *-Dienst ((lacht)). Einer saß neben der zuen
3 Person da draußen und hat die irgendwie bespaßt, damit sie hier den/ den Leuten nicht auf
4 den Sack geht so. Ja [.] #00:48:13-2#
5
6 SZ: Krass. [.] Okay also das beantwortet meine vorhinige Frage, ob ihr die/ den
7 Aushilfskräften irgendwie noch zur Verfügung steht in dem Moment, ne. #00:48:25-1#
8
9 GMW 5: Rufbereitschaft haben wir auch. #00:48:27-2#
10
11 GMW 2: Also offiziell hat ja nicht jede Aushilfskraft/ ähm/ Rufbereitschaft. Je nachdem eben
12 auch, wie da/ ähm/ wie da die Qualifikation eben ist. Genau. Aber in solchen/ äh/
13 besonderen Fällen/ ähm/ da machen wir das oft dann einfach trotzdem, ne. #00:48:45-3#
14
15 GMW 1: Machen wir auch untereinander. Aso wenns/, wenn hier wirklich die Hütte brennt
16 dann ist so, ne "Ich, ne, lass mein Handy heute Nacht an. Bin erreichbar." So. Und mich
17 kontaktieren die dann auch/ ähm/ teilweise privat, wenn sie halt wirklich nicht mehr
18 weiterwissen und keine Rufbereitschaft haben, keine offizielle. Ähm/ Ja. #00:49:03-3#
19
20 SZ: Sehr cool. Okay. Fällt euch sonst noch eine Situation ein? #00:49:09-3#
21
22 GMW 1: Also wir können hier noch drei Stunden ((lachend)). Ist die Frage, was ihr [.]
23 #00:49:19-3#
24
25 SZ: Was war denn für dich besonders also so ne besondere Situation, wo du/ wo du einfach
26 überfordert warst? #00:49:25-2#
27
28 GMW 2: Hmm. Ich weiß da ganz viel. Also wir hatten ja auch schonmal ein Suizid. Ähm/ also
29 ein Mädchen was sich hier/ äh/ suizidiert hat. Also ja nicht in der Wohngruppe, sondern/
30 ähm/ sie wurde von uns betreut und/ ähm/ genau, hat sich eben außerhalb suizidiert, ne.
31 Das war/ das war, ne, mit meine schwerste Zeit hier würde ich sagen. Ähm/ aber auch/ auch
32 andere ((stockend)) Betreuung ((zögernd)), ja, wo es auch immer also auch ne übermäßiger
33 Tablettenkon-/ Konsum eben in suizidaler Absicht. Und bei sowas, ja, fand ich eben immer
34 hilfreich im Nachhinein/ ähm/ Rückhalt im Team, Supervision [.] Nachbesprechung, ja, all
35 sowas. #00:50:12-0#
36
37 GMW 1: Da kam doch auch der Pastor vom Rauhen Haus, ne? Wo wir Gespräche [.] zu
38 euch #00:50:16-7#
39

1 GMW 2: Hm. Genau als/ als/ genau. Aber auch für die Bewohner ne. Also Seelsorger kam
2 dann ins Haus. Genau. Das war hilfreich. [.] Und auch der sozialpsychiatrische Dienst. Die
3 kamen auch/ ähm/ mit mehreren Leuten hier in die Gruppe. [.] Ja [.] #00:50:35-2#

4

5 SZ: Okay. Ja, wenn du keine Fragen mehr hast glaube ich tatsächlich das war so unfassbar
6 nahrhaft da haben wir mehr als genug von. #00:50:43-5#

7

8 AR: Genau. Also es gibt noch drei glaube ich Fragen laut dem Plan. Die können wir ja
9 nochmal durchgehen. Ähm/ genau zu diesen grenzssetzenden Maßnahmen,
10 Zwangsmaßnahmen hatten wir ja schon gesprochen. Ähm/ dazu gibts halt noch die Frage
11 was es da vielleicht zu verbessern gibt oder zu verändern gibt? [.] Ich glaube das betrifft
12 auch mehr den Klinikbereich, aber vielleicht habt ihr da trotzdem Impulse? #00:51:15-3#

13

14 GMW 1: Ja, das fragen wir uns auch immer wieder ((lacht)). Naja es ist halt schwierig
15 irgendwie da also, ne? Da/ wie/ ich glaube so wie Evelyn das vorhin auch so meinte, es ist
16 unglaublich wichtig, dass die Leute nicht sofort weggesperrt werden so. Da steh ich voll und
17 ganz hinter. Auch hinter jeglicher Rechtsgrundlage, aber wir haben hier halt dann noch die
18 anderen Mitbewohner:innen. Also wir können hier unglaublich viel aushalten das Kollegium.
19 Wir schaffen das auch uns danach wieder aufzufangen, aber das können nicht die anderen
20 traumatisierten jungen Menschen, die hier wohnen. Und da wirts dann schwierig und da
21 fehlt mir son bisschen oder uns son bisschen n guter Umgang damit, weil die Leute
22 obdachlos zu machen ist irgendwie auch keine geile Lösung so. Aber wenn
23 sozialpsychiatrischer Dienst/ äh/ nicht einweist, Kliniken sofort wieder entlassen. Das, ne,
24 hatten wir in der Zeit auch mit ner jungen Frau, die aber im trägereigenen Wohnraum
25 gewohnt hat, die dann in der Klinik also auf die offene Station kam, weil sie nicht gefährdend
26 genug war und dann nach einer Nacht immer wieder entlassen wurde oder/ ähm/ da
27 rausgeführt wurde, weil sie da durchgedreht ist und es ist hieß "Jo, ist nicht unser Problem."
28 Na, herzlichen Glückwunsch, die wohnt in ner dreier WG mit traumatisierten jungen Frauen.
29 Ähm/ geht nicht, so. Und wir haben da [.] ne richtige Lösung haben wir nicht. Wir haben
30 überlegt ne Krisenwohnung zu haben, um Leute einfach mal für ne Nacht raussetzen zu
31 können. Aber das ist nicht so cool, weil wir haben für die Leute trotzdem ne Verantwortung.
32 Also wenn die irgendwie stark fremd- oder selbstgefährdend sind und wir setzen die in eine
33 Wohnung, wo keiner sonst ist und die wissen zwar, sie können hier 24/7 anrufen. Das ist/ äh/
34 dann schwierig. [.] Mhh/ [.] ansonsten finde ich jetzt in der Klinik. Ja * wurde jetzt fixiert, aber
35 im Normalfall begleiten wir die Leute freiwillig in die Klinik und dann finden/ werden die auch
36 häufig auch direkt auf offene Stationen gesetzt. Also/ ähm/ oder ((fragend))? Erinner ich das
37 falsch. Also bei * wars heftig, aber da kann ichs auch verstehen ((lachend)) glaub ich. Ich
38 kann mir vorstellen, wie die da abgegangen ist. Ähm/ aber ansonsten wars alles eher
39 freiwillig oder ((fragend))? #00:53:35-9#

40

41 GMW 5: Was ich eigentlich aber auch gut finde. Also ich/ wir arbeiten auf Beziehungsebene
42 und wenn wir dann irgendwie Zwänge oder Zwangsmaßnahmen ergreifen müssen, sollen,
43 dürfen finde ich die Beziehung da gefährdet also ich arbeite lieber auf Beziehungsebene
44 ((lachend)) als auf/ äh/ Zwangsmaßnahmen. #00:53:54-8#

45

1 GMW 2: Also wir/ ich erinnere mich, dass wir so/ also so Zwangseinweisungen hatten wir
2 überwiegend bei Menschen mit Psychosen, ne. Äh/ wo es/ wo die dann wirklich in so einem
3 Zustand waren/ ähm/ wo sie wirklich auch/ ähm/ ja die Realität/ äh/ nicht mehr ja/ also nicht
4 mehr eigentlich so in unserer Realität irgendwie sind ((lachend)) und dann in dem Moment,
5 wo der sozialpsychiatrische Dienst da war auch aggressiv aufgetreten sind. Und dass die/
6 dass es dann eben zu ner Zwangseinweisung kam. #00:54:27-0#

7

8 GMW 1: Ich erinnere/ äh/ denk gerade an *. #00:54:32-3#

9

10 GMW 5: Hm ja, ich auch. #00:54:33-0#

11

12 GMW 1: Wie wir den eingewiesen haben. Das ist gar nicht so lange her. Ein junger Mann,
13 schwer traumatisiert, hat viel Panikattacken, hat viele Suizidgedanken. Das ist der, der auch
14 gegen Heizung und Wände schlägt. #00:54:44-1#

15

16 GMW 3: Diverse Abschiedsbriefe #00:54:46-4#

17

18 GMW 1: Der, genau, über einen langen Zeitraum diverse Abschiedsbriefe geschrieben hatte.
19 Immer wieder Suizidalität im Raum stand/ ähm/ und dann irgendwann ein Enddatum gesetzt
20 hat, weil klar war also der hat zu der Zeit ist der immer jede Nacht noch wieder nachhause
21 und hat bei seinen Eltern geschlafen. Und wurde dort aber missbraucht von seinem Vater
22 und es war klar, dass seine Mutter dann ne Woche irgendwie weg ist und er ist alleine mit
23 seinem Vater. Er wollte nicht in die Klinik. Schlafen ist ein Riesen Thema bei ihm. Sehr, sehr
24 schwierig. Deswegen konnte er auch hier auch lange nicht schlafen. Und als klar war er ist
25 mit seinem Vater alleine haben wir hier zwei Tage hintereinander den sozialpsychiatrischen
26 Dienst ein-/ ähm/ reingeholt und denen auch sehr klar, was wir sonst auch nicht oder wirklich
27 selten machen "Der muss in die Klinik. Das geht nicht. Wir können das nicht verantworten."
28 Und der wurde eingewiesen, das fand er gar nicht cool und beschreibt es auch immer noch
29 als irgendwie schwerste Zeit, aber wurde am nächsten Tag wieder entlassen. Also der war
30 eine Nacht drin und wurde am nächsten Tag wieder entlassen. Und das war von der Klinik,
31 dass ich denke so, „Ey, wir haben da so lange drauf hingearbeitet, so viel Power
32 reingesteckt.“ Und dann dieses/ das stimmt/ das haben wir häufiger. Rufen hier an und
33 sagen "Wir entlassen den, weil die Selbstgefährdung ist nicht mehr vorhanden. Ist
34 Absprachefähig. Könnt ihr den abholen? Der schafft den Weg nicht alleine." [.] Ey Leute,
35 wenn er es nicht von der Klinik hierher schafft sorry aber der kann hier kommen und gehen
36 wann er, sie will, so und/ ähm/ das finde ich schwierig ((zögernd)). #00:56:21-7#

37

38 GMW 3: Weil es ja oft auch dann so weitergeht, wie vor der Klinik. Es ist ja nicht gut oder
39 vielleicht ein, zwei Tage mal Ruhe aber es geht dann wieder von vorne los. Man fühlt sich oft
40 also ich jedenfalls fühle mich oft da einfach auch im Stich gelassen so ne. Das wir hier
41 aushalten müssen, Verantwortung übernehmen müssen, welche uns gar nicht zusteht also,
42 dass das wir eigentlich gar nicht übernehmen dürfen und es trotzdem machen, weil/ äh/ die
43 Klinik ihre Regeln hat und nach ihren Regeln spielt. #00:56:49-4#

44

1 AR: Also die Zusammenarbeit ist eher schwierig bis #00:56:52-7#
2
3 GMW 3: Es/ es gibt Kliniken, wo/ wo man auch ne Zeitlang gut zusammen gearbeitet mit
4 einzelnen Personen. Aber/ äh/ ja größtenteils ist es eigentlich eher schwierig. #00:57:02-4#
5
6 GMW 1: Das ist sehr personenabhängig und natürlich ist immer ja ein unglaublich großes
7 Team in den Kliniken, dementsprechend häufiger Wechsel und wenn am nächsten Tag denn
8 Person Y im Dienst ist und nicht mehr X dann gibts halt ne andere Entscheidung. Ähm/ [.] ja
9 und die dann halt also finde ich da auch also, ne, ich kann das verstehen, dass die
10 Entscheidung auch schwer ist jemanden gegen den Willen in der Klinik zu halten. Aber uns
11 dann zurückzumelden ja den müsst ihr aber 24/7 irgendwie im Blick haben. Sorry so sind wir
12 nicht aufgestellt. Wir sind ne Wohngruppe. Wir haben nachts Bereitschaftszeit und das ist [.]
13 schwierig. Und wir kennen das schon und melden dann auch relativ schnell zurück naja das
14 ist ihre Einschätzung, ne, wenn da was passiert, dann ist das ihr Problem nicht unser. Sorry
15 also ich würde/ also ich nehm den hier nicht mit Kusshand wieder zurück [.] / ähm/ joa. Im
16 Endeffekt nehmen wir ihn doch zurück, ne. Und machen alles möglich ((lachend)) #00:57:50-
17 7#
18
19 GMW 3: Wir holen sogar ab, ja und streicheln dann ((lachend)), #00:57:52-9#
20
21 GMW 7: Da fehlt dann in dem Moment das/ äh/ äh/ so/ so ein Zwischenstück zwischen/ äh/
22 geschützter Klinikbereich und/ äh/ Wohngruppe. Also so ne Krisenapartments was ja jetzt im/
23 im Gespräch ist diese Safe Woods ((zögernd)), #00:58:10-1#
24
25 AR: Wards. #00:58:08-4#
26
27 GMW 7: Genau, genau. Das da irgendwo dann ne nicht so wie Krisenwohnung, sondern
28 sone Krisenapartments sind mit/ äh/ 24/7 Betreuung und/ äh/ Absprachen und hey du kannst
29 hier in deiner Krankheit, in deiner Krise sein wie du willst oder wie es gerade so ist für dich.
30 Jeder hat ja auch Anrecht auf seine Erkrankungen und auf seine Verrücktheit. Das es aber in
31 einem geschützten Bereich ist und dass da keinerlei Zwangsmaßnahmen, Tabletten/ äh/
32 Fixierungen, Drohungen, Bestrafungen "Du musst jetzt hier eine Verhaltensanalyse
33 aufschreiben, wenn du dich verletzt hast." Da kommt doch keiner mehr freiwillig ins
34 Gespräch und das finde ich so schön hier auch in der WG. Das darüber offen gesprochen
35 wird und, dass da keinerlei Wertung passiert, wenn wirklich mal ne Selbstverletzung ist. Oder
36 "Ey, lass uns über/ über deine Gedanken sprechen, wenn du/, wenn du Suizidgedanken
37 hast, dann ist das ok. Lass uns drüber sprechen. Hab bitte keine Angst, dass wir gleich nen
38 RTW rufen und wir denken so uh jetzt ist/ äh/ kurz vor zwölf." Und das ist die
39 Beziehungsarbeit und das Vertrauen. #00:59:22-5#
40
41 AR: Das ist ja auch ne Haltung insgesamt. #00:59:26-7#
42

1 GMW 1: Ich weiß gar nicht, ob wir das vorhin gesagt haben, ne, dass wir/ äh/ wir den Leuten
2 sagen, wenn ich die Möglichkeit habe informier ich dich. Also, ne, wenn ich das Gefühl habe
3 oh ich muss die Polizei einschalten, weil ich kann das nicht mehr/ nicht mehr einschätzen
4 probier ich die Leute zu informieren. Es sei denn natürlich ich habe wirklich Sorge, dass sie
5 vors nächste Auto laufen, dann natürlich nicht aber ich/ wir probieren den jungen Menschen
6 immer zu sagen, warum wir handeln und was wir gerade tun, so. #00:59:53-5#
7
8 AR: Ja, auch nochmal wichtige Hinweise mit der Transparenz. [.] Ja. [.] Genau jetzt gibts
9 noch einmal die Fragen können Sie ungefähr einschätzen, wie häufig es in ihrer Einrichtung
10 zur Anwendung von Grenzsetzungen und Zwangsmaßnahmen kommt? Zwangsmaßnahmen
11 hatten wir ja schon gesagt, dass/ oder hatten Sie gesagt ist eher nicht/ ähm/ ja. #01:00:14-0#
12
13 GMW 1: Naja also ich meine wir leiten in die Zwangsmaßnahmen schon ein, ne. Wenn wir
14 den sozialpsychiatrischen Dienst rufen und davon ausgehen/ die/ den/ als nächstes steht der
15 Zufühdienst hier [.] ist das also, ne, wir dürfen es selber nicht entscheiden, das ist nicht mein
16 Aufgabenbereich aber/ ähm/ wir leiten das schon ein. Weiß nicht, einmal im Jahr ((fragend))?
17 [.] Dass wir gegen Zwang einweisen? #01:00:37-1#
18
19 GMW 2: Kommt halt auf die/ die Struktur an also im letzten/ jetzt in diesem Jahr hatten wirs n
20 bisschen häufiger ((lachend)) #01:00:41-6#
21
22 GMW 1: Ja ((lachend)) [.] Upps ((lachend)) #01:00:43-3#
23
24 GMW 5: Es kommt halt drauf an, wer/ wer denn hier von uns betreut wird. Also die eine
25 Jugendliche, die dann beendet wurde, ich glaube die haben wir [.] drei, vier ((zögernd))
26 #01:00:53-5#
27
28 GMW 1: *? Ja, stimmt. Die haben wir häufiger. #01:00:54-3#
29
30 GMW 5: Ne, *. #01:00:57-4#
31
32 GMW 1: Ach *. Oh mein Gott. Ja [.] Ja #01:00:59-2#
33
34 GMW 5: ((unv. Wort)) im letzten Jahr wars n bisschen häufiger ((lachend)). #01:01:02-5#
35
36 GMW 1: Okay, das war im trügereigenen Wohnraum. Vielleicht zählen wir das raus. Ne das
37 stimmt, das war im letzten/ stimmt/ die haben wir in der dreier WG, die haben wir beide
38 häufiger gegen ihren Willen eingewiesen. Das stimmt schon. #01:01:14-2#
39

1 SZ: ** oder wie sie mit Nachnamen? #01:01:15-7#
2
3 GMW 1: Hm. #01:01:15-7#
4
5 SZ: Ist ja witzig, dass sie hier gelandet ist. #01:01:17-4#
6
7 GMW 1: Ja, wir haben sie auf die Straße gesetzt. #01:01:19-4#
8
9 SZ: Die hat früher ja bei uns gewohnt, ne, bis ich weiß es gar nicht 2017, 2018 oder so und
10 dann ist sie #01:01:28-2#
11
12 GMW 1: Und dann ist sie direkt in den trägereigenen Wohnraum #01:01:30-5#
13
14 SZ: Ist sie über Dina in den trägereigenen, genau und dann keine Ahnung was aus der
15 passiert ist #01:01:33-1#
16
17 GMW 1: Und dann kam/ klopfen die bei uns an/ ähm/ das würde nicht reichen oder bzw. sie
18 wäre teilstationär fähig zu wohnen, aber die könnten dann also die wäre mit/ vor allem mit
19 ihrer Bezugsbetreuerin aneinandergeraten und das würde nicht mehr gehen. Die kann nicht
20 trägerintern/ trägereigenen Wohnraum wohnen. Definitiv nicht und da mussten wir ihr dann
21 auch den Platz kündigen, weil das überhaupt nicht ging. Jetzt gerade wohnt sie im Hotel
22 ((unv. Wort)) ((unv. Wort)). Andere Story. [.] Ja genau. Wo waren wir gerade? Achso wie
23 häufig ja gut, dann vielleicht zweimal im Jahr ((fragend)) durchschnittlich ((lachend)).
24 #01:02:11-3#
25
26 GMW 3: Erhöhen wir mal auf drei/ #01:02:12-1#
27
28 GMW 1: Erhöhen wir mal auf drei. #01:02:13-6#
29
30 GMW 3: Dann gehts uns allen gut hier #01:02:14-6#
31
32 GMW 1: Ja also, wenn wir/, wenn wir die Jugendlichen, die wir noch im eigenen Wohnraum
33 und im trägereigenen Wohnraum betreuen dann ja. Vielleicht so. #01:02:23-4#
34
35 GMW 2: Es kommt wirklich immer auf die Fälle an #01:02:24-8#
36

1 GMW 3: Ja #01:02:25-2#
2
3 GMW 2: Ne bei manchen Fällen rufen wir wirklich in/ innerhalb von kürzester Zeit dreimal
4 den sozialpsychiatrischen Dienst, ne. Und dann gibts vielleicht auch/ äh/ äh/ ein oder zwei
5 Wohngruppenjahre ((lachend)), wo irgendwie/ ähm/ solche Maßnahmen nicht notwendig
6 sind, weil wir/ es kein Thema oder wenig Thema gerade ist ne. Ist es schwer das irgendwie
7 durchschnittlich zu sagen. #01:02:45-4#
8
9 GMW 5: Es gibt ja auch die, die es von sich aus sagen, dass sie lieber in die Klinik wollen/
10 #01:02:49-9#
11
12 GMW 2: Ja, ja, ja genau. #01:02:50-6#
13
14 GMW 5: Weil sie nicht mehr verantworten können was passiert. Thema *, ne. #01:02:53-0#
15
16 GMW 1: Ja[,] ja also, wenn ich mir jetzt das Haus so anguck, jetzt die acht Leute die hier
17 wohnen haben wir da einen Psychotiker, der häufig in der Klinik ist. Der geht aber eigentlich
18 immer freiwillig. [.] So/ ähm/ sagt das auch sehr klar und hier ja * haben wir einmal
19 eingewiesen, die anderen waren nicht gegen ihren Willen in der Klinik, ne? #01:03:11-0#
20
21 GMW 3: Einmal bin ich mit ihm gefahren, aber da wurde er nicht aufgenommen. #01:03:14-
22 5#
23
24 GMW 1: Stimmt, ja. Zweimal ja. Hast du Recht. #01:03:20-7#
25
26 AR: Wenn es nicht zu solchen Maßnahmen kommt/ ähm/ was sind denn alternative
27 Umgangsweisen? Ihr habt vorhin schon Beziehung und in Ruhe mit denen reden, aber wenn
28 es doch mal zu Aggressionen oder zu großer Anspannung kommt zu Gewalt, was sind
29 alternative Umgangsweisen, die ihr sozusagen nutzt? #01:03:38-4#
30
31 GMW 1: Das probieren wir individuell mit den Leuten zu entwickeln. Also das ist natürlich bei
32 Einzug ein bisschen schwierig, weil wir die da noch nicht kennen. Ähm/ ja aber eigentlich/ a
33 pro pros ist das Geschrei bei uns im Haus? #01:03:50-2#
34
35 GMW 3: Ja, ich frag mich auch gerade. #01:03:51-7#
36
37 GMW 5: Ist das Geschrei oder ist das *, die telefoniert? Ich glaub das ist *, die telefoniert.
38 #01:03:59-3#

1

2 GMW 1: Okay, also wir müssen gerade nicht irgendwie akut raus? #01:04:02-7#

3

4 GMW 6: Ich geh mal. #01:04:02-3#

5

6 GMW 1: Geh mal bitte, ja. Ähm/ wo war ich gerade? Achso. Das Problem mit dem individuell
7 mit denen zu erarbeiten und was wir dann machen in Anspannungszuständen ist/ äh/ ja ist
8 der Person angepasst also ob es ist irgendwie von wegen hier guck wir haben ein Boxsack
9 im Keller/ ähm/ wir gehen irgendwie ne Runde Tischtennis spielen und ich lass dich mal
10 richtig hin und her flitzen. Ähm/ wir haben/ äh/ ne Skillsbox, die Sofia auch immer sehr gut
11 wieder auffüllt mit ((unv. Wort)), mit irgendwelchen Düften, mit ((unv. Wort)), ne runde
12 rausgehen, spazieren gehen, Spiel spielen also es ist sehr/ sehr [...] die Breite ist sehr groß
13 und wir gehen im Endeffekt bei allem mit was die irgendwie ausprobieren wollen, was die
14 machen wollen also alles was möglich ist tun wir. Sofia find ich da am grandiossten irgendwie
15 dieses "Lass mal um den Block und drehen die Musik laut." ((lachen)), Metall hören und
16 rumfahren ((lachend)). Traumhaft. Ähm/ also alles was irgendwie, was helfen kann und im
17 Endeffekt lernen die Leute hier dann das auch selber anzuwenden. Also das ist auch/ wir
18 begleiten in Krisen freiwillig. Die müssen nicht/ also wir haben auch nen ((stockend))
19 Verbandskasten in der Küche frei zugänglich. Die können sich auch selber versorgen,
20 müssen sich nicht an uns wenden. Wenn sie kommen machen wir alles was in unserer
21 Macht steht, um die Leute zu unterstützen wieder runterzufahren. #01:05:32-2#

22

23 GMW 2: Teilweise arbeiten wir auch mit Absprachen oder Verträgen, ne. Also irgendwie, ne,
24 "Wie kannst du schaffen jetzt über die Nacht zu kommen, ne, ohne dich zum Beispiel selbst
25 zu verletzen?" oder/ ähm/ auch wenn jemand/ ähm/ Suizid/ ähm/ Gedanken äußert, ne/ ähm/
26 sich versprechen zu lassen, "Ja, wir sehen uns morgen noch. Ähm/ genau, ne, wenn ich
27 morgen in dein Zimmer guck, ne, dann bist du da." Ähm/ genau auch/ ja auch, dass man es
28 schriftlich teilweise bekommen lassen, Suizidverträge. Oder eben auch Absprachen, ne,
29 "Wenn ich das Gefühl ich muss mich selbst verletzen, was mach ich vorher ne/ ähm/ oder
30 was/ was kann ich ansonsten machen." Ne, "Mit meinen Bezugsbetreuern sprechen." Oder
31 die und die Skills anwenden. #01:06:14-4#

32

33 GMW 1: Ich muss gerade dran denken wir haben gerade für unser Konzept ehemalige
34 interviewt. Son bisschen was dir hier geholfen und was soll verbessert werden und eine
35 junge Frau, die ich jetzt noch ambulant betreue, die hat das nochmal sehr hervorgehoben
36 wie sehr ihr das geholfen hat vor allem in suizidalen Krisen, das nicht/ nicht so-/ es nicht
37 sofort in die Klinik ging und nicht/ ähm/ der Plan bis in einer Woche stehen musste. Sondern,
38 dass wir wirklich von Stunde zu Stunde mit ihr geguckt haben, von Nacht zu Nacht und
39 dieses "Okay, jetzt ist schwierig und wir probieren jetzt erstmal wie kriegen wir die nächsten
40 fünf Stunden rum." Das ihr das sehr geholfen hat, sehr kleinschrittig zu gucken, weil die
41 natürlich in dem Moment auch nicht weiterdenken kann. Das ist ja Sinn und Zweck von
42 Suizidalität so. Ähm/ ja. #01:07:02-9#

43

44 GMW 7: Die eine Möglichkeit war ja damals auch, wo es in der St. Georg Straße so gekriselt
45 hat unter den Bewohner:innen. Das hier ein Krisenbett aufgestellt wurde. Das wirklich die

1 beiden, wenns wirklich zur Eskalation kommen sollte/ ähm/ getrennt werden konnten und so
2 deeskalierend. #01:07:25-1#

3

4 GMW 3: Das war aber nur möglich, weil wir gerade ein freies Zimmer hatten oder? Hätten
5 wir das auch so anders #01:07:30-2#

6

7 GMW 5: Wir hatten ihr auch angeboten, dass sie im Wohnzimmer schlafen kann. #01:07:33-
8 9#

9

10 GMW 1: Achso ja im Wohnzimmer schlafen ja manchmal auch Leute ((lachend)). #01:07:35-
11 5#

12

13 GMW 3: Zum ausnüchtern. Ja ja #01:07:35-3#

14

15 AR: Genau, dann nochmal die Frage mit Erfahrung des Deeskalationstraining. Ähm/ welche
16 Inhalte und Bestandteile waren vielleicht besonders hilfreich und welche waren eher weniger
17 nützlich im Alltag sozusagen? #01:07:56-2#

18

19 GMW 3: Schon so lange her ((flüsternd)). #01:08:01-2#

20

21 GMW 5: Wir haben alle diese Fortbildung gemacht ((fragend))? #01:08:03-3#

22

23 GMW 2: Also es ist wirklich lange her ne und mir ist eben dieses mit diesen Fluchtwegen so
24 in Erinnerung geblieben [...] und auch [...] also teilweise also auch so/ so ne klare Ansprache,
25 ne, dass man eben auch versucht sich wirklich deutlich und klar in dem Moment
26 auszudrücken und nicht zu verschachtelte Sätze und auch nicht zu viel Infos oder auf
27 jemanden einprasseln lassen. #01:08:35-9#

28

29 GMW 1: Was mir so hängengeblieben ist, auch wenn das bei mir ja auch schon zehn Jahre
30 her ist und was ich auch wirklich hilfreich fand, wie lange Anspannung im Körper bleibt. Wie
31 lange hormonell einfach die Leute sofort wieder überschießen und wie lange die eigentlich
32 Zeit für sich brauchen bis wirklich ein Gespräch oder Nachbesprechung stattfinden kann.
33 Ähm/ das fand ich sehr hilfreich und, ne, so agieren wir hier auch. "Erstmal aufs Zimmer und
34 ich komm in ner Stunde und bis dahin fahr mal runter." Das fand ich sehr hilfreich.
35 #01:09:06-6#

36

37 AR: Ja, super. Ich glaube es war viel dabei. Ähm/ genau, wenn es noch irgendwas ergänzen
38 ((unv. Wort)) was ihr ergänzen/ was einer von euch ergänze möchte dann wäre jetzt noch
39 der Raum dazu. Ansonsten wären wir durch mit den Fragen. #01:09:28-9#

1

2 AR: Keine weiteren Ergänzungen. War ja auch viel ((lachend)). Okay, dann vielen Dank auf
3 jeden Fall, dass ihr euch die Zeit genommen habt, dass ihr so ausführlich berichtet habt und
4 Einblicke gegeben habt [.] Ja. #01:09:52-7#

5

6 GMW 1: Gerne #01:09:53-3#

VIII. Soziodemografische Daten der Teilnehmer:innen

Kinder- und Jugendpsychiatrie 1 (KJP1)

	KJP1 1	KJP1 2	KJP1 3
Gender	männlich	männlich	männlich
Alter	30-39	30-39	50-59
Höchster Abschluss	Ausbildung	Ausbildung	Diplom
Profession und Rolle	Erzieher (Akutstation)	Erzieher (Station Störungen des Sozial- verhaltens)	Leiter Pflege- & Erziehung- dienst; Fachbereich Sozial- pädagogik
Einrichtung	KJP	KJP	KJP
Berufserfahrungen im Gesundheitssystem (in Jahren)	6-10	6-10	21+
Berufserfahrungen mit Kindern u. Jugendlichen (in Jahren)	11-15	11-15	21+
Deeskalationstraining	Ja	Ja	Ja
Kurs	ProDeMa (Trainer), Trauma- sensible Deeskalation	ProDeMa (Trainer), Trauma- sensible Deeskalation	ProDeMa (Trainer), Trauma- sensible Deeskalation
Wortmeldungen	57	42	119

Kinder- und Jugendpsychiatrie 2 (KJP2)

	KJP2 1	KJP2 2	KJP2 3	KJP2 4	KJP2 5	KJP2 6	KJP2 7
Gender	weiblich	weiblich	männlich	weiblich	weiblich	weiblich	männlich
Alter	40-49	40-49	30-39	40-49	40-49	30-39	18-29
Höchster Abschluss	Facharzt	Ausbildung	Ausbildung	Facharzt	Ausbildung	Ausbildung	Ausbildung
Profession und Rolle	Chefärztin	Pflege	Erzieher	Chefärztin	Pflegeleitung	Pflege	Erzieher in Ausbildung
Einrichtung	KJP	KJP	KJP	KJP	KJP	KJP	KJP
Berufserfahrungen im Gesundheitssystem (in Jahren)	21+	21+	6-10	21+	21 +	11-15	0-5
Berufserfahrungen mit Kindern und Jugendlichen (in Jahren)	16-20	21+	11-15	16-20	21 +	16-20	0-5
Deeskalationstraining	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kurs	KDM, ProDeMa, Trauma-sensible Deeskalation	KDM, ProDeMa, Trauma-sensible Deeskalation	KDM, ProDeMa (Trainer), Trauma-sensible Deeskalation	KDM, ProDeMa, Trauma-sensible Deeskalation	KDM ProDeMa Trauma-sensible Deeskalation	KDM ProDeMa Trauma-sensible Deeskalation	KDM PRODEMA Trauma-sensible Deeskalation
Wortmeldungen	18	3	33	40	8	5	2

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe 1 (**KJH1**)

	KJH1 T	KJH1 K	KJH1 A	KJH1 J
Gender	männlich	weiblich	weiblich	männlich
Alter	50-59	40-49	20-29	30-39
Höchster Abschluss	ohne Angabe	ohne Angabe	ohne Angabe	ohne Angabe
Profession und Rolle	Sozial- pädagoge	Therapeutin	Sozial- pädagogin	Sozial- pädagoge
Einrichtung	Jugendhilfe	Jugendhilfe	Jugendhilfe	Jugendhilfe
Berufserfahrungen im Gesundheitssystem (in Jahren)	ohne Angabe	ohne Angabe	ohne Angabe	ohne Angabe
Berufserfahrungen mit Kindern und Jugendlichen (in Jahren)	0-5	0-5	0-5	6-10
Deeskalationstraining	Ja, PART- Trainer	ohne Angabe	ohne Angabe	ohne Angabe
Kurs	PART	ohne Angabe	ohne Angabe	ohne Angabe
Wortmeldungen	23	14	49	23

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe 2 (KJH2)

	KJH2 1	KJH2 2	KJH2 3	KJH2 4	KJH2 5	KJH2 6	KJH2 7
Gender	weiblich	weiblich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Alter	30-39	30-39	30-39	40-49	30-39	keine Angabe	30-39
Höchster Abschluss	M.A. Erziehungswissenschaft	Diplom Sozialpädagogin	B.A. Sozialpädagogin	Ausbildung Heilerziehungs-pfleger	B.A. Soziale Arbeit	keine Angabe	Gesundheits- und Kranken-pflegerin
Profession und Rolle	Teamleitung Wohngruppe	Sozialpädagogin	Sozialpädagogin	Heilerzieher	Sozialarbeiterin	keine Angabe	Genesungs-begleitung
Einrichtung	Stationäre WG für psychisch erkrankte Jugendliche u. Jung-erwachsene	Stationäre WG für psychisch erkrankte Jugendliche u. Jung-erwachsene	Stationäre WG für psychisch erkrankte Jugendliche u. Jung-erwachsene	Stationäre WG für psychisch erkrankte Jugendliche u. Jung-erwachsene	Stationäre WG für psychisch erkrankte Jugendliche u. Jung-erwachsene	Stationäre WG für psychisch erkrankte Jugendliche u. Jung-erwachsene	Stationäre WG für psychisch erkrankte Jugendliche u. Jung-erwachsene
Berufserfahrungen im Gesundheitssystem (in Jahren)	6-10	11-15	11-15	11-15	6-10	keine Angabe	0-5
Berufserfahrungen mit Kindern und Jugendlichen (in Jahren)	11-15	11-15	11-15	11-15	6-10	keine Angabe	0-5
Deeskalationstraining	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	keine Angabe	Ja
Kurs	Deeskalations-training Grundlagen des Trägers, 2 Tage	Fortbildung Basis 2 Tage Fortbildung fortgeschritten, 2 Tage	Deeskalations-training Grundlagen des Trägers, 2 Tage	Deeskalations-training Grundlagen des Trägers, 2 Tage	Deeskalations-training (1 Tag)	keine Angabe	Deeskalations-training (1 Tag)
Wortmeldungen	59	20	29	5	22	2	9

IX. Kodierleitfaden

Name der Kategorie	Beschreibung	Ankerbeispiele	Zuordnung/Kodierregeln
1. Grundhaltung			
<i>Transparenz</i>	Institutionelle Abläufe und Absprachen und deren Hintergründe, Sinn und Motivation werden transparent gemacht	<p>„Dass sie nochmal nachvollziehen konnte/ Und das war so ein Anker“ (KJP1 S. 13, Z. 10-11)</p> <p>„Wir erklären vom schwierigen Noch-nicht-Aufnahmegespräch durchgehend bis die Situation vorüber ist“ (KJP1 S. 40, Z. 29-30)</p> <p>„Oder auch ankündigen [...] nicht nur verwarnen, sondern auch ankündigen. Hier Du hast beleidigt, wenn Du damit weitermachst, bleibt mir nichts anderes übrig als dich auf das Zimmer zu schicken“ (KJH1 S. 18 Z. 28-30)</p>	
<i>Partizipation</i>	<p>Das Kind darf, wo immer möglich, (mit) entscheiden.</p> <p>Ziel ist das Erleben von Selbstwirksamkeit</p>	<p>„...das soziale Lernen funktioniert mit Grenzen. Aber das muss beidseitig sein. Die Jugendlichen dürfen uns auch angemessen, oder selbst ein Kind, Grenzen setzen“ (KJP1 S. 29, Z.29 - 31)</p> <p>„Ja ich weiß, dass auf unserem Dienstbesprechungssammler die Zimmerzeiten drauf sind, wie ja Kinder in der Kinderkonferenz gesagt haben, dass sie das noch aufgeregter macht.“ (KJH1 S.15, Z. 11-12)</p>	
<i>Wertschätzung</i>	Wertschätzung der Person, der Überlebensleistung und der Besonderheit	<p>„Und das war immer hilfreich, dann dem entgegenzusteuern durch Präsenz, die Leute ernst nehmen, Wertschätzung“ (KJP1, S. 36 Z. 6-7)</p> <p>„Wir probieren immer alles möglich zu machen, um die Leute zu schützen oder denen es leichter zu machen, egal wie absurd es ist“ (KJH2 S.4 Z. 26-28)</p>	
	Jungen Menschen wird vermittelt, dass ihr Verbleib nicht in Frage gestellt wird („sicherer Ort“)	„Und gleichzeitig die Haltung: ‚Ne, das haben wir dir beim letzten Mal schon gesagt. Das geht nicht. Das andere Angebot, auch wenn du dich hier scheiße benimmst, bleibt trotzdem.“ (KJP2 S.13, Z. 20 - 22)	

<p><i>Annahme des guten Grundes</i></p>	<p>Hinter jedem Problemverhalten und Widerstand des Kindes steckt ein „guter Grund“.</p> <p>Die zugrundeliegenden Bedürfnisse müssen beachtet und „versorgt“ werden, um ein Gefühl von Sicherheit wiederzuerlangen</p>	<p>„Und erstmal zu gucken, was ist gerade bei dir los gefühlsmäßig. Und was steckt vielleicht in irgendner Form dahinter“ (KJP1 S. 15, Z. 1 - 2)</p> <p>„...trotzdem diese traumasensible Haltung aufrecht zu erhalten und zu sagen: ‚Das Verhalten hat einen guten Grund und die Absicht ist, des Kindes, sich maximal zu schützen‘“ (KJP2 S.12, Z. 40 und S. 13, Z. 1-2)</p> <p>„Das eigentlich hinterfragt wurde in der Situation wieso, was ist eigentlich der gute Grund daran, also welche Dynamik steckt dahinter“ (KJH1 S. 5, Z. 34 - 35)</p>	
2.Förderung			
<p><i>Widerspiegeln</i></p>	<p>Spiegeln von Gefühlen und Verhalten der jungen Menschen verbessert die Selbstwahrnehmung, neue Selbsterkenntnisse können gewonnen werden</p>	<p>„Also, ich glaube die Ansprachen waren dann einfach auch die Deeskalation. Das Widerspiegeln“ (KJP1 S.5 Z. 6-7)</p> <p>„durch Spiegeln der Situation, immer wieder zu beruhigen“ (KJP2 S. 11, Z. 31-32)</p> <p>„Ja, ich würde mal denken, dass ihr dann auch verbalisiert habt, also erklärt habt was ihr gerade wahrnehmt bei dem Kind“ (KJH1 S. 5, Z. 33-34)</p>	
<p><i>Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung</i></p>	<p>Korrektur der Erfahrungen im traumatischen Umfeld; sich selbst wieder als Subjekt wahrnehmen gelungene Regulationen von eigenen Gefühlen und Wahrnehmungen</p>	<p>„Ähm/ also alles was irgendwie irgendwie, was helfen kann und im Endeffekt lernen die Leute hier dann das auch selber anzuwenden“ (KJH2 S. 24. Z. 16-17)</p> <p>„...das hilft ja manchmal schon Situationen zu deeskalieren, wenn wir wissen oder wenn wir vielleicht eine Ahnung davon haben und das dem Kind präsentieren zu können was denn dahinter stecken könnte“ (KJH1 S.5 Z. 36-39)</p>	

3. Beziehung(-sangebot)			
<i>Bindung</i>	<p>Emotionaler Dialog zwischen Kind und Pädagog:in</p> <p>Bindungsverhalten ist oft von Krisen geprägt muss ausgehalten werden</p>	<p>„Dass Kontakt jederzeit da ist, ne. Jederzeit findet Beziehung statt. Selbst bei Fixierung, und da einigen wir uns vorher drauf, erklären wir“ (KJP1 S.40, Z. 24-25)</p> <p>„...sondern hier auch viel Krisenintervention machen und viel mit den jungen Menschen überstehen. Und wirklich nur in dem Fall, wenn wir es einfach nicht mehr, deren Leben nicht mehr zusichern können/ ähm/ andere Externe einschalten.“ (KJH2 S. 6, Z. 35-38)</p>	
<i>Rolle der Fachkräfte</i>	<p>„Die Fachkräfte sind nicht nur die Umsetzenden, sondern Bestandteil des traumapädagogischen Konzepts“ (Lang 2013, 122)</p>	<p>„...und wie reagiere ich darauf, dass man sich auch mit sich auseinandersetzt und sich ((unv. Wort)) reagiere ich überhaupt ((unv. Wort)) Patienten, werde ich dann auch aggressiv oder kann ich das annehmen, dass es überhaupt nichts mit mir zu tun hat“ (KJP2 S.15, Z. 3- 5)</p> <p>„...wie wirke ich auf das Kind gerade, wie ist meine Körperhaltung. Ist die vielleicht auch bedrohlich für das Kind, weil ich gerade selber merke ich werd angespannt in der Situation, weil ich merke die Eskalationsspirale geht irgendwie weiter und [...] sich sowas auch bewusst zu machen“ (KJH1 S. 19, Z. 27-30)</p>	

4. Struktur und Sicherheit („sicherer Ort“)			
<i>Strukturen</i>	Strukturen im Alltagsablauf sorgen für Sicherheit	<p>„Wir sorgen dafür, dass unser ganzer Alltag berechenbar ist. Da hängen Fotos, wann sind die Mitarbeiter im Dienst, wer hat Frühdienst, wer hat Spätdienst, wer ist Ansprechpartner, hab ich überhaupt ein Bezugsbetreuer, wann steht mir ein Bezugsbetreuer zu“ (KJP2 S.14, Z. 15-17)</p> <p>„...dass planbarer, transparenter Tagesablauf hilfreich ist. So, dass ich genau weiß, was kommt als nächstes, was hat das Kind und das es sich genau orientieren kann. Das gehört ja auch zur Deeskalation schon“ (KJH1 S.19, Z. 18-20)</p>	
<i>Regeln und Grenzen</i>	Klare, verständliche Regeln und Grenzen geben den verunsicherten jungen Menschen Halt	<p>„Gerade ((unv. Wort)) bei Störungen des Sozialverhaltens klassischen Patienten ist es total wichtig, dass die solche Regeln zwar haben und solche Grenzen aber dann irgendwie nie wieder angepasst wird ab wann die denn gelten und wie starr die sein müssen ne“ (KJP2 S. 19 Z. 16-19)</p> <p>„...eigentlich unsere Grenzen immer weiter ausgereizt und auch an dem Tag haben wir sie dann auch begrenzt/ ähm/ und dann hat sie halt angefangen zu drohen und da haben wir dann gesagt, dass/ da ziehen wir dann die Grenze“ (KJH2 S.2, Z. 30-32)</p>	
<i>Gruppensetting: Schutz für alle?</i>	Gefahr für die gesamte Gruppe muss bei Krise Einzelner abgewogen werden	<p>„Also jetzt wars aus meiner Sicht die einzig sinnvolle Entscheidung da sie erstmal hier komplett rauszunehmen, um die anderen zu schützen“ (KJH2 S. 3, Z.15-17)</p> <p>„...dass es oftmals schwierig ist die Balance zu halten zwischen Verantwortung gegenüber der Gruppe, zwischen den anderen Kindern und dem Kind, was sich gerade in der Krise befindet“ (KJH1 S.20, Z. 16-18)</p>	

5. „Geschützter Handlungsraum“ für die Fachkräfte			
<i>Aus- und Fortbildungen</i>	Die Mitarbeiter:innen sind traumaspezifisch aus- bzw. fortgebildet	<p>„Wir müssen einmal eine Grundschulung und dann alle drei Jahre mindestens beschult in Deeskalation“ (KJP1 S. 40, Z. 1-2)</p> <p>„Was mir so hängengeblieben ist, auch wenn das bei mir ja auch schon zehn Jahre her ist und was ich auch wirklich hilfreich fand, wie lange Anspannung im Körper bleibt“ (KJH2 S.25, Z. 29-30)</p>	
<i>Unterstützung von Kolleg:innen und Leitung</i>	Die Mitarbeiter:innen erleben ein unterstützendes Klima in ihren Teams, sowie von der Leitung ausgehend	<p>„Ja der Austausch einfach im Team, die gegenseitige Wertschätzung und vielleicht auch die Beziehung untereinander im Team ist natürlich wichtig“ (KJP1 S.23, Z. 18-23)</p> <p>„...wir unterstützen uns viel gegenseitig“ (KJH1 S. 9, Z.4)</p> <p>„...und auch Leitung. Also reagiert da sehr unterstützend meiner Meinung nach“ (KJH2 S. 9, Z. 23-24)</p>	
<i>Nachsorge und Reflektionsmöglichkeiten</i>	<p>Den Mitarbeiter:innen wird ein Angebot für die Nachbesprechung von grenzverletzenden Verhalten gegeben</p> <p>Raum für Verarbeitung des Arbeitsalltags</p> <p>Regelmäßige Supervisionen</p>	<p>„Fallsupervision in der Regel einmal im Monat und Teamsupervision zwei Mal im Jahr ungefähr. Wir haben außerdem bei uns auf Station in meinem Teambrennpunkt einmal die Woche und dann machen wir immer so ne Befindlichkeitsrunde“ (KJP1 S. 23, Z. 13-14)</p> <p>„Wir haben einmal die Woche Teambesprechung und auch ziemlich lange. Meistens/ äh/ vier Stunden [...] mindestens ((lacht)). Da besprechen wir sehr viel nach und auch sehr viel vor und probieren auch/ äh/ frühzeitig zu intervenieren, frühzeitig die jungen Menschen runterzukochen. Ähm/ wir haben Supervision einmal im Monat um den Dreh“ (KJH2 S.13, Z. 44-47)</p>	

6. Rahmenbedingungen für den „sicheren Ort“			
<i>Strukturelle Rahmenbedingungen</i>	Gesetzgebungen und Maßgaben, wie Personalschlüssel, die das Miteinander in stationären Einrichtungen maßgeblich beeinflussen	<p>„Gerade strukturell gesehen für viele Jugendliche es ist die Hölle hier Mobiltelefon abzugeben“ (KJP2 S. 15, Z. 32-33)</p> <p>„Da wo es nicht geht, kriegt er aber auch, oder die, ein Einzelzimmer. Das war früher auf eurer Station überhaupt nicht möglich. Da gab es vier Doppelzimmer und ihr musstet immer mit acht voll sein“ (KJP1 S. 27, Z. 14-16)</p> <p>„Dass es sinnvoll ist mit mehreren Mitarbeitern zu arbeiten. Was ja in vielen Einrichtungen überhaupt nicht möglich ist wegen dem Betreuungsschlüssel, dass es aber eigentlich gut wäre“ (KJH1 S.20, Z. 5-7)</p>	
<i>Bauliche Rahmenbedingungen</i>	Rahmenbedingungen ermöglichen sicheren Ort Räumliche Gestaltung kann Eskalationen beeinflussen	<p>„Ich glaube wir hätten bei einigen Patienten bessere Erfolge, wenn man sagen könnte, die können nochmal raus, die sind nicht ihren Zimmern nur eingesperrt“ (KJP2 Z. 39 und S. 17 Z. 1-2)</p> <p>„Also das ist so die Räumlichkeiten, zu gucken, ist deeskalativ. Leute zu informieren (KJP1 S.14 Z.34-35)</p> <p>„Ich finde die Räume recht hellhörig. Wenn ein Kind sauer ist und schimpft, dann hört das Kind nebenan [...] hört das auch und schimpft zurück oder wird davon angetriggert von der Wut von dem anderen Kind“ (KJH1 S. 12 Z. 23-25)</p>	

