

Medizinisch-psychiatrische Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen



(Brown, 2015)

**Stephanie Schulze Gronover
Jasmin Gausling**

Saxion Enschede – Fachbereich AMM

Stephanie Schulze Gronover
410565
Hanseller Straße 26 Greven
410565@student.saxion.nl

Jasmin Gausling 408545
Krummen Kamp 21a 48619
Heek 408545@student.saxion.nl

Social Pedagogische Hulpverlening Euregionaal Fachbereich
Sozialwesen/AMM

4. Studienjahr 2017/2018

Dozent: Lars Assen

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Don Bosco, Münster Kinder- und
Jugendpsychosomatik, Coesfeld

01.06.2018

Vorwort

“Warum geben die mir eine Persönlichkeitsstörung?” Eine Frage, die uns in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen schon häufig gestellt wurde und mit der wir uns als Sozialpädagogen auseinandersetzen müssen.

Immer mehr Kinder und Jugendliche in Deutschland werden mit einer psychischen Störung diagnostiziert - laut einer Studie des Robert-Koch-Instituts bereits jedes 5. Kind im Alter zwischen 3 und 17 Jahren. Bis 2020 wird sogar ein Anstieg auf 50% erwartet. Deutlich wird dieser Zuwachs auch anhand der Diagnose ADHS. Gab es vor 20 Jahren noch rund 5000 Kinder mit dieser Störung verzeichnet, sind es heute bereits 600.000. Diese müssen sich hiergegen von 1,75 Tonnen Pillen ernähren. 1995 waren es nur 40kg. Auch bei der Verordnung von Antidepressiva hat sich zwischen 2008 und 2012 ein Anstieg von 63% erwiesen. Abersind die Kinder und Jugendliche heutzutage wirklich so viel kränker? Oder werden Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten durch die gestellten Diagnosen erst richtig krank gemacht? Ist krank schon dasjenige Kind, welches zu laut, zu still oder zu klein ist? Was haben die Medikamente, die bereits kleine Kinder schon täglich schlucken müssen für Auswirkungen? Es gibt Fragen über Fragen zu diesem Thema, aber eine wird in dieser Forschungsarbeit besonders thematisiert: Welchen Einfluss haben die gestellten Diagnosen eigentlich auf die Kinder und Jugendlichen selbst? Und wie wird dadurch ihr weiterer Lebensweg beeinflusst?

Durch die Praxistätigkeiten und die dadurch gesammelten Erfahrungen der Verfasser, wurde auf dieses Thema aufmerksam gemacht. Dadurch ist ebenfalls aufgefallen, dass die psychiatrischen Diagnosen auch im Alltag des Sozialpädagogen geläufig sind und die professionelle Arbeit beeinflussen.

Diese Arbeit hat sich vor dem Hintergrund unserer Bachelorthesis ergeben und richtet sich sowohl an sozialpädagogische Fachkräfte, als auch an alle anderen Berufsgruppen und Experten, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzen. Selbstverständlich soll diese Arbeit auch diejenigen Personen ansprechen, die sich für dieses gesellschaftlich relevante Thema interessieren.

An dieser Stelle möchten wir uns ausdrücklich bei der Kinder- und Jugendpsychosomatik, der Christophorus-Kliniken GmbH in Coesfeld, für ihr Vertrauen und die Unterstützung im Rahmen unserer Untersuchung, bedanken. Auch Martin Adler und Lars Assen standen uns während des gesamten Arbeitsprozesses stets zur Seite und haben uns bei Fragen, Problem und Schwierigkeiten jederzeit unterstützt. Auch ihnen gilt unser Dank.

Weiterhin möchten wir uns natürlich auch bei denjenigen Personen bedanken, die uns sowohl durch ihre Zeit und ihr Interesse, als auch durch ihre fachliche

Kompetenz in den Interviews, prägnante Erkenntnisse für unsere Ergebnisse geliefert haben.

Zuletzt gilt unseren Dank auch den Menschen, die uns zum einen durch ihr fachliches Wissen und zum anderen durch persönliche Zusprache unterstützt haben, sodass uns unsere Forschungsarbeit sehr zufriedenstellend gelungen ist.

Stephanie Schulze Gronover & Jasmin Gausling

Inhaltsverzeichnis

1. FORSCHUNGSANLASS	1
2. ZIELSETZUNG	8
2.1 FORSCHUNGSFRAGE.....	10
2.2 KONZEPTUELLES MODELL.....	10
2.3 TEILFRAGEN.....	11
3. THEORETISCHER RAHMEN	12
3.1 PRÄZISIERUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN	12
3.1.1 <i>Medizinisch-psychiatrische Diagnose</i>	14
3.1.2 <i>Psychische Störungen</i>	15
3.2 ZIELGRUPPE	17
3.2.1 <i>Schulkindphase</i>	17
3.2.2 <i>Adoleszenz</i>	18
4. FORSCHUNGSRAHMEN	21
4.1 FORSCHUNGSART UND -TYP.....	21
4.2 FORSCHUNGSSTRATEGIE	22
4.3 VERFAHRENSWEISE.....	23
4.3.1 <i>Zielgruppe</i>	24
4.4 METHODE DER DATENANALYSE.....	24
5. GÜTEKRITERIEN	26
5.1 VALIDITÄT UND RELIABILITÄT	26
5.2 OBJEKTIVITÄT	27
5.3 FORSCHUNGSETHIK.....	27
6. ERGEBNISSE	29
6.2 ERGEBNISSE DER SCHULSOZIALARBEITER	29
6.2.1 <i>Stellenwert</i>	29
6.2.2 <i>Einfluss</i>	30
6.2.3 <i>Krankheitsverlauf</i>	31
6.3 ERGEBNISSE DER THERAPEUTEN	32
6.3.1 <i>Stellenwert</i>	33
6.3.2 <i>Einfluss</i>	34
6.3.3 <i>Krankheitsverlauf</i>	35
6.4 ERGEBNISSE DER FACHKRÄFTE.....	36
6.4.1 <i>Stellenwert</i>	36
6.4.2 <i>Einfluss</i>	36
6.4.3 <i>Krankheitsverlauf</i>	37
6.5 ERGEBNISSE DER LEHRER.....	38
6.5.1 <i>Stellenwert</i>	38
6.5.2 <i>Einfluss</i>	39
7. SCHLUSSFOLGERUNGEN	40
7.1 SCHLUSSFOLGERUNGEN DER SCHULSOZIALARBEITER.....	40
7.2 SCHLUSSFOLGERUNGEN DER THERAPEUTEN.....	42
7.3. SCHLUSSFOLGERUNGEN DER FACHKRÄFTE	43
8. ERGEBNISVERGLEICH DER ZIELGRUPPEN	46
8.1 INTERNATIONALER VERGLEICH	48

9. BEANTWORTUNG DER TEILFRAGEN	50
9.1 WELCHEN STELLENWERT HAT DIE MEDIZINISCH-PSYCHIATRISCHE DIAGNOSE FÜR FACHKRÄFTE?	50
9.2 WELCHEN EINFLUSS HABEN MEDIZINISCH-PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN AUF DAS SPÄTERE LEBEN AUF SOZIAL- EMOTIONALER EBENE?	51
9.3 WIE SIEHT DER KRANKHEITSVERLAUF EINES ERKRANKTEN KINDES UND JUGENDLICHEN BIS ZUR GENESUNG AUS?	52
10. BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGE	53
11. EMPFEHLUNGEN	55
11.1 VERBESSERUNG FÜR DIE PRAXIS	55
11.2 FOLGESTUDIEN	57
12. DISKUSSION	59
12.1 STÄRKEN DER FORSCHUNG	59
12.2 SCHWÄCHEN DER FORSCHUNG	59
13. FAZIT	61
LITERATURVERZEICHNIS	62
ANHANG	67
ANHANG 1	67
ANHANG 2: EVALUATIONSFORMULAR FÜR DEN AUFTRAGGEBER	70
ANHANG 3:	73
ANHANG 4:	75
ANHANG 5:	77
ANHANG 6:	87

Zusammenfassung

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird das Thema der Entwicklung medizinisch- psychiatrischer Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen hinsichtlich der Frage „Wie erleben Fachkräfte die Auswirkungen von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen auf Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 16 Jahren?“ behandelt.

Durch die Befragungen verschiedener Professionen hat sich eine multiperspektivische Sichtweise ergeben, die es ermöglicht, die Thematik umfangreich zu betrachten und die Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gut darzustellen. Das sich daraus ergebende Ziel der Untersuchung besteht darin, auf Etikettierung und Stigmatisierung aufmerksam zu machen und präventive Maßnahmen herauszustellen. Ferner wurde zusätzlich erforscht, wie Diagnosen zugeteilt werden und wozu und wem sie dienen, um ein Verständnis für alle Beteiligten zu erzielen.

Die Untersuchung erfolgte durch eine qualitative Forschung. Interviews mit verschiedenen Professionen wurden transkribiert und codiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass medizinisch-psychiatrische Diagnosen vor allem Stigmatisierung bei Kindern und Jugendlichen bewirken. Diagnosen sind dennoch als hilfreich zu bewerten, sofern sie die Individualität und Ganzheitlichkeit der Kinder und Jugendlichen berücksichtigen. In diesem Zusammenhang soll vor allem auf einen bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit Diagnosen appelliert werden, damit die Zahlen der diagnostizierten Störungen nicht weiter steigen und Fehldiagnosen sinken.

Letztendlich müssen sich jedoch Gesetze in der Politik bezüglich der Pharmaindustrie ändern, um vor allem Ärzten und Therapeuten den Behandlungsdruck zu nehmen.

Einführung

Die vorliegende Forschungsarbeit umfasst das gesellschaftliche Problem, dass immer mehr Kinder und Jugendliche an psychischen Erkrankungen leiden und psychiatrische Diagnosen somit stetig zunehmen. Die Verfasser legen hier beiden Fokus auf die Auswirkungen der Diagnosen für die betroffenen Klienten und deren weiteren Lebenslauf.

Die Kinder- und Jugendpsychosomatik stellt für diese Forschung den Auftraggeber dar.

Im Folgenden wird zunächst eine kurze Einleitung in die Forschungsarbeit gegeben und der Forschungsanlass beschrieben. Damit einhergehend werden die Ziele aufgestellt sowie die Forschungsfrage, daran angepasst werden anknüpfende Teilfragen, die aus dem konzeptuellen Modell heraus erstellt werden. Anschließend daran wird der theoretische Rahmen dargestellt, um die Problematik mit samt ihrer fachlichen Begrifflichkeiten greifbarer zu machen. Ebenso wird in diesem Zusammenhang die Kooperation mit dem Auftraggeber deutlich sowie die Relevanz für die soziale Arbeit. Basierend darauf wird schließlich der Forschungsrahmen konzipiert. Dieser beinhaltet die Beschreibung von Art und Typ der Forschung, das Forschungsdesign sowie das Forschungsinstrument und zugehörige Methoden.

Ergänzend dazu werden ethische Bedenken und Gütekriterien, welche zum einen die Validität und Reliabilität und zum anderen die Objektivität und den Forschungsumfang einschließen, in Betracht gezogen. Diese sind signifikant für die Forschung sind.

Ferner wird die Methode der Datenanalyse dargestellt. Darauf aufbauend werden dann die Forschungsergebnisse beschrieben, aus denen man letztendlich Schlussfolgerungen für die Untersuchung ziehen kann. Die Schlussfolgerungen der einzelnen, verschiedenen Professionen werden interpretiert und anschließend miteinander verglichen. In Anlehnung daran können dann die Teilfragen und abschließend die Hauptfrage beantwortet werden. Dadurch können Empfehlungen ausgesprochen werden, die sowohl dem Auftraggeber dienen, als auch andere Einrichtungen dieser Art, die Gesellschaft und die Politik.

Zuletzt wird ein kritischer Rückblick auf die Forschung genommen, der sich in Form einer Diskussion und im Fazit darstellt. Dadurch kann abschließend auch eine Zusammenfassung der Arbeitsschritte erfolgen.

1. Forschungsanlass

Die Autorinnen wurden durch ihre Praxistätigkeiten mit Kindern und Jugendlichen auf die Thematik aufmerksam. Stephanie Schulze Gronover und Jasmin Gausling arbeiten in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie beziehungsweise Psychosomatik, in der sie täglich mit medizinisch-psychiatrischen Diagnosen konfrontiert werden.

Aufgrund immer vermehrter Empfehlungen und Überweisungen von Kinderärzten an psychiatrischen Einrichtungen und daraus resultierend lange Wartelisten für die Therapieplätze, wurde das Interesse für dieses gesellschaftliche, aktuelle Problem geweckt. Auch durch die Tatsache, dass Klienten oftmals zuvor schon, in ihrem jungen Alter, in diversen anderen psychiatrischen Einrichtungen stationär behandelt wurden, warf Fragen auf. Daraufhin wurden nach konkreten, aktuellen Zahlen und Fakten recherchiert. Es wurde festgestellt, dass die gemachten Wahrnehmungen in den Praxiseinrichtungen Realität sind. Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen hat sich nicht nur in Deutschland in den letzten Jahren stark verändert, sondern auch in vielen anderen Industrienationen

(Bundespsychotherapeutenkammer, 2007). Laut Ergebnissen einer Studie des Robert-Koch-Instituts weisen 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland Hinweise auf psychische Störungen auf, das bedeutet: jedes fünfte Kind (Ziese, 2014). Durch internationale Studien wird deutlich, dass bis 2020 die Zahl der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Kindesalter weltweit sogar auf 50% ansteigt (Dormann, 2015). Auch durch Datensätze beziehungsweise Diagnosedaten aus Krankenhausstatistiken wird bekannt, dass Behandlungen von psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10 F00-F99) zunehmen. Daraus resultierte ein Zuwachs von Behandlungsraten um 43%.

Gleichzeitig besteht ein kontinuierlicher Zuwachs bei den ambulanten Behandlungsraten. Insbesondere die Untergruppen „Entwicklungsstörungen“ und

„Verhaltens- und emotionale Störungen“ mit Beginn in der Kindheit und Jugend geraten dabei in den Vordergrund (Voigt, 2018). Alarmierend sind diese Zahlen vor allem aus dem Grund, da Folgen psychischer Störungen oft auch das Erwachsenenalter beeinträchtigen und sich nachteilig auf Lebensverhältnisse und Entwicklungschancen auswirken. Die steigende Zahl von Kindern und Jugendlichen, die wegen Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionalen Störungen ambulant und stationär behandelt werden, macht deutlich, dass die Krankheitsrelevanz zunimmt (Voigt, 2018).

In Anbetracht dieser Fakten, entsteht nun die Frage, welche sozialen und gesellschaftlichen Veränderungen sich in den letzten Jahren entwickelt haben, die einen derartigen Zuwachs an psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen rechtfertigen. Als Grund für dieses Wachstum der psychischen Erkrankungen werden in sämtlichen Fachartikeln und Studien Einflussfaktoren wie beispielsweise die Erziehung, Überforderung seitens der Eltern, als auch der Kinder, das soziale Umfeld, Mobbing Erfahrungen, der steigende Medienkonsum oder der wachsende Leistungsdruck aufgeführt. Insgesamt können vor allem Eltern, Familie und Beruf nicht mehr gleichwertig gerecht werden, was sich letztendlich auf das Wohl der Kinder auswirkt (Dormann, 2015)

Weniger wird bei Untersuchungen von den Ursächlichkeiten der steigenden Krankheitsfälle in Betracht gezogen, ob Diagnosen eventuell lediglich zu voreilig oder

nichtberechtigt gestellt werden und somit die Krankheitsrate verfälschen. Dabei stellt sich die Frage, ob es überhaupt immer notwendig ist eine Diagnose zu stellen oder ob Verhaltensauffälligkeiten zunächst auch anderweitig ins Auge gefasst und begleitet werden können. Untermauern lässt sich diese Fragestellung auch durch die neue Ausgabe der ICD-11 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). In dieser wird Trauer als ein eigenständiges Krankheitsbild unter psychischen Krankheiten kategorisiert (Wagner, 2016). Ist Trauer aber nicht ein Teil eines normalen Lebensverlaufes? Kann man einen trauernden Menschen nicht auch auf andere Art und Weise begleiten, anstatt ihn für psychisch krank zu erklären?

Aber wem dienen denn dann diese Diagnosen, wenn nicht den Kindern und Jugendlichen selbst? Laut Wenke (2018) dienen sie den Eltern, Lehrern und Ärzten und zwar dazu "[...] bedrohlich erscheinendes Verhalten von Kindern zu etikettieren und den Anschein wissenschaftlicher Beherrschbarkeit zu erzeugen: Man hat lieber kranke als unglückliche Kinder." Er glaubt, dass Diagnosen vor allem bei Eltern eine Erleichterung hervorrufen, da Unklarheiten beseitigt werden und das Kind endlich einen Namen hat (Wenke, 2018). Nach Frenkel und Randerath (2017) dienen Diagnosen hauptsächlich auch der Pharmaindustrie. Diese Annahme entstand durch die Aussage eines Managers eines weltweit führenden Pharmakonzerns: "Jetzt knöpfen wir uns die Kinder vor. Die sollen zu Kunden gemacht werden." Dafür sprechen auch die Zahlen der Medikamentenverordnungen. Wurden 1995 nur etwa 40 kg Tabletten gegen ADHS verschrieben, werden heute jährlich rund 1,75 Tonnen Tabletten eingenommen. Auch das Wachstum von verschriebenen Antidepressiva an Kindern und Jugendlichen ist im Zeitraum von 2008-2012 um 63% gestiegen (Frenkel, Randerath, 2017)

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Klassifikation einer psychischen Erkrankung und die damit zusammenhängende Diagnose nicht nur durch Medikamentenvergaben Nebenwirkungen mit sich bringen kann, sondern auch eine Stigmatisierung fördern kann (Ben-Zeev, Young, Corrigan, 2010)

Aus unseren Recherchen und unseren eigenen, persönlichen Erlebnissen durch unsere Praxistätigkeiten, geht die Frage hervor, welche Auswirkungen und Einflüsse die Diagnose auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen haben.

Nachteilige Auswirkungen, die sich zum Beispiel als (Selbst-)Stigmatisierung ausdrücken, können unter anderem die Entwicklung zu einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Leben einschränken. Nach Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention sollte eben ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben als Voraussetzung für einen positiven Zielzustand geschaffen werden. Jedes Kind hat dabei das Recht auf das höchste erreichbare Maß an Gesundheit, welches auch individuelle und soziale Kompetenzen und Ressourcen umfasst (Bundespsychotherapeutenkammer, 2007). Eine Stigmatisierung beziehungsweise Etikettierung kann wiederum weitere Einflüsse auf das Verhalten und den Krankheitsverlauf mit sich führen. Diese Einflüsse und Auswirkungen gilt es in dieser Forschung zu untersuchen, um Behandlungen, Therapien und gestellte Diagnosen anzupassen. In dieser Untersuchung wird also der Fokus auf das Verteilen der Diagnosen gelegt und inwiefern dadurch eine Stigmatisierung entsteht.

Dafür diese Fragestellung eine Langzeitstudie unerlässlich wäre, um fundierte Ergebnisse über Auswirkungen im Verhalten und im Gehirn präzise nachweisen zu

können, wird sich in dieser Untersuchung hauptsächlich nur darauf beschränkt, wie Fachkräfte Einflüsse wahrnehmen und erleben.

Letztendlich kann ein weiteres zu untersuchendes Element der Forschungsarbeit sein, ob eine medizinisch-psychiatrische Diagnose im sozialpsychiatrischen Bereich von Relevanz ist und welchen Stellenwert sie hat. In Bezug darauf könnten Alternativen bedacht werden, die für die professionelle Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, von hilfreicher Bedeutung werden können. Statt einer medizinischen Diagnose, die oft gleichzeitig auch mit der Vergabe von Medikamenten einher geht, könnte über eine angemessene, sozialpädagogische Diagnose nachgedacht werden.

Dieses Ziel ist insofern wichtig, um präventiv gegen oben beschriebene Etikettierungen und Stigmatisierungen vorzubeugen.

1.1 Der Auftraggeber

Im Folgenden wird der Arbeitsbereich des Auftraggebers näher erläutert, um ein besseres Verständnis des Kontextes zu erwirken.

Der Auftraggeber der durchzuführenden Untersuchung stellt die Psychosomatik für Babys, Kinder und Jugendliche der Christophorus Kliniken in Coesfeld dar.

Die Christophorus-Kliniken GmbH (St. Vincenz-Hospital Coesfeld, Franz-Hospital Dülmen und St.-Gerburgis-Hospital Nottuln) ist ein Krankenhaus mit 620 Betten und 15 Fachabteilungen. Der Bereich Kinder- und Jugendpsychosomatik ist eine Abteilung der Kinder- und Jugendmedizin der Christophorus-Klinik. In die Abteilung integriert ist außerdem ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ). Die Psychosomatik umfasst dreizehn vollstationäre Betten, von denen vier Patientendem Bereich Eltern-Säuglings-/ Kleinkindtherapie zugehören.

In der Psychosomatik werden Kinder und Jugendliche im Alter von null bis achtzehn Jahren behandelt. Die Vision der stationären Behandlung umfasst die Diagnostik und Therapie psychosomatischer Erkrankungen und Reaktionen nach einem integrativen Behandlungskonzept. Einen besonderen Schwerpunkt bilden kreativtherapeutische und milieutherapeutische Ansätze sowie die Arbeit mit dem Familiensystem. Es wird ein breites Spektrum an psychischen und psychosomatischen Erkrankungen behandelt, unter anderem affektive Störungen, neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen. Darüber hinaus wird ein Behandlungsangebot im Bereich komplexer Eltern-Kind-Säuglings-Therapie bereitgestellt, um betroffene Eltern schnell zu entlasten und gelingende Bindungsprozesse zu fördern.

Die Aufnahme erfolgt entweder durch die Kinder und Jugendlichen selbst oder durch die Eltern. In der Regel bleiben die Kinder sechs bis acht Wochen und leben vollstationär in der Klinik. Ziel der Behandlung ist eine Beobachtung des Verhaltens, die verschiedensten psychotherapeutischen Behandlungsimpulse und eine umfassende somatische und testpsychologische Diagnostik. Dazu kommt, dass eine somatische Erkrankung ausgeschlossen, ein Erklärungsmodell für die Störung

entwickelt und Therapieangebote für das Angehen der Erkrankung zugeschnitten werden muss.

Innerhalb der Einrichtung wird außerdem auf Mikro, -meso – und makroniveau gearbeitet. Das Mikroniveau steht für die individuelle Ebene des Klienten, das Mesoniveau für sein soziales Netzwerk und das Makroniveau für die gesellschaftliche Ebene.

Auf dem Mikroniveau steht die individuelle Behandlung und Betreuung jedes einzelnen Klienten. Jeder Klient hat aufgrund verschiedener Verhaltensweisen und Störungen verschiedene Ziele und einen individuellen Hilfebedarf. Auf dem Mikroniveau werden vor allem auch die Selbstlernkompetenzen aktiviert sowie Lernprozesse gestaltet.

Auf dem Mesoniveau steht die Netzwerkarbeit. Hier werden Beratungs- und Unterstützungsangebote geschaffen. Wichtig vor allem ist die Arbeit mit den Eltern. Darüber hinaus ist es unverzichtbar, eine Kooperation mit niedergelassenen Jugend- und Kinderpsychotherapeuten, mit der Schule und dem Jugendamt zu gestalten und unterstützende Maßnahmen für den Zeitraum nach der Behandlung zu finden, um einen langfristigen Weg zur Besserung zu erzielen (Christophorus-Kliniken, 2016). Auf dem Makroniveau steht die Einrichtungsebene. Hier werden die Entwicklungsziele der Organisation und des Teams gemessen und analysiert und anschließend mit in das Leitbild genommen. Zudem sollen Strukturen zur Entwicklung, auf beispielsweise der Angebotsebene, geschaffen werden. Die Psychosomatik arbeitet übergreifend mit der Mira-Lobe-Schule der Christophorus Kliniken zusammen. Die Mira-Lobe-Schule ist eine öffentlich-rechtliche Schule für kranke Kinder, die ihren Standort in Coesfeld in den Christophorus Kliniken hat.

Durch den langen Aufenthalt der Kinder in der Klinik oder der Psychosomatik gewährleistet die Mira-Lobe-Schule das Recht auf Erziehung und Bildung auf der Makroebene. Ziel ist es, dass die Kinder dort weiter beschult werden und somit den Anschluss an die Heimatschule auf der Mesoebene behalten (Mira-Lobe-Schule, 2016). Außerdem ist die Schule eine Möglichkeit, um Therapie und die schulische Basis zu vereinen.

1.2 Euregionaler Vergleich

Aufgrund der Globalisierung werden wir immer mehr mit Problemen und Diskussionen konfrontiert, die Landesgrenzen überschreiten. Dabei werden mittlerweile ebenso gesundheitspolitische Entscheidungen unter Mitarbeit internationaler Organisationen und auf europäischer Ebene getroffen (Egger, Razum, 2012).

Anhand bereits obenerwähnter Daten und Fakten wird deutlich, dass die Zahl der psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen sowohl in Deutschland, als auch international zunimmt. Die gesundheitliche Situation von Kinder und Jugendlichen hat sich nicht nur in Deutschland in den letzten Jahren stark verändert, sondern auch in vielen anderen Industrienationen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2007).

Aufgrund von Hochrechnungen der Weltbank sowie der US-amerikanischen Harvard University zum "global burden of disease", stehen depressive Erkrankungen voraussichtlich schon 2020 an zweiter Stelle aller Erkrankungen. Hohe

Prävalenzraten psychischer Störungen sowohl bei Erwachsenen, als auch bereits bei Kindern und Jugendlichen, wurden durch epidemiologische Querschnittsuntersuchungen nicht nur deutschlandweit, sondern auch weltweit belegt. Internationale Studien machen des Weiteren deutlich, dass in zwei Jahren die Zahl der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Kindesalter weltweit sogar auf 50% ansteigt (Dormann, 2015).

Aufgrund des rapiden Anstiegs der psychischen Erkrankungen ist dieses gesellschaftliche Thema auch in den angrenzenden Niederlanden hoch aktuell. Die Leiterin des Verbandes für psychische Krankheiten „GGZ Nederland“, Jacobine Geel, glaubt, dass die Ursachen für den Anstieg im staatlichen Gesundheitssektor liegen. Das Budget wird gekürzt, woraus resultiert, dass Patienten weniger Anlaufstellen haben (Koster, 2015). Gleichzeitig hat sich jedoch auch das Prinzip der Prävention in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe bewährt. Ferner steuert die „Operation junge Leute“ (Operatie JONG) das Ziel an, die Kooperation der Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen insgesamt zu verbessern. Diesbezüglich sollen vor allem auch alle weiteren Ministerien, die in der Arbeit mit der Jugend Verantwortung tragen, miteinbezogen werden. Ein grundlegender Anfang war dafür das im Jahre 2005 neu verfasste Jugendhilfegesetz.

Ein weiteres Hauptaugenmerk liegt in der Bürokratie, die in den Niederlanden stetig abgebaut werden soll. Gesetze und Verwaltungsvorschriften, die als nicht notwendig betrachtet werden, sollen sofort entfernt werden. Dieser Schritt soll einen positiven Effekt auf Wartelisten haben (IJAB - Fachstelle für internationale Jugendarbeit der Bundesrepublik Deutschland, 2017). Laut dem Ärzteblatt wird in Deutschland hingegen immer mehr Bürokratie gefordert. Seit 2015 sei der zeitliche Aufwand für Verwaltungstätigkeiten wie Datenerfassung und Dokumentation deutlich gestiegen. Durch den zeitlichen Aufwand, beklagten Ärzte, dass sie für die Behandlung und Versorgung der Patienten nicht mehr ausreichend Zeit zur Verfügung haben (Osterloh, 2017).

1.3 Relevanz für die soziale Arbeit

Die Forschung, und somit auch die Forschungsfrage, bezieht sich im Allgemeinen auf Fachkräfte, die sowohl im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld tätig sind, als auch auf diejenigen, die anderweitig im Kontakt zu Kindern und Jugendlichen im Alter von acht bis sechzehn Jahren stehen.

Im Rahmen des Studiums der Sozialpädagogik wird ferner auch ein besonderer Fokus auf die Arbeit des Sozialpädagogen, in Bezug auf das zu untersuchende Thema, gelegt. In Deutschland ist vielmehr der Begriff der sozialen Arbeit bekannt. Franz Hamburger (2012) erklärt jedoch, dass sich die Begriffe der Professionen „Sozialarbeit“ und

„Sozialpädagogik“ seit den 1950er Jahren in einer gleichgeordneten Form entwickelt haben. „Sozialarbeit und Sozialpädagogik werden als (weitgehend) identisch angesehen“ (Hamburger, 2012, S. 12). Aus diesem Grund wurde sich darauf geeinigt, die beiden Praxisbegriffe nachfolgend entsprechend gleichbedeutend zu verwenden.

Im seinem beruflichen Alltag wird der Sozialpädagoge oft mit Klienten bezogenen Umständen konfrontiert, welche seine Handlungsmöglichkeiten überschreitet.

Diesbezüglich kann vor allem der Spielraum im Arbeitsfeld der Klienten mit

psychischen Störungen stark eingegrenzt sein. Psychotherapeuten hingegen verfügen über einen ganz anderen Raum (Galuske, 2013). Das therapeutisch dominierte Arbeitsfeld auf der einen Seite und das sozialpädagogisch akzentuierte Arbeitsfeld auf der anderen Seite, ist nach Thiersch ein signifikanter Statusunterschied.“

Therapeutischen Ansätzen gegenüber sieht Sozialarbeit sich zugleich als zurückgeblieben, unterprivilegiert und herausgefordert“ (Thiersch, 1978, S. 8). In diesem Sinne soll nun also die Relevanz für die soziale Arbeit, im Rahmen dieser Forschung, herausgestellt werden. Dabei können auch bereits durchführbare Handlungsmöglichkeiten oder erwägbare Alternativen aufgezeigt werden.

Menschen mit einer psychischen Störung finden sich nach Bock, Küster und Thole (2002) schon seit hunderten von Jahren wieder. Der Unterschied zu damals ist, dass sie gegenwärtig das Angebot der sozialen Unterstützung erfahren. Weiterhin bleibt die Identität der sozialen Berufe dabei aber sehr spezifisch, da sie sich auf

zahlreichen, nicht zu benennenden Ebenen bewegen. Sie haben “keinen eindeutigen [...] Ort in der Praxis, kein einheitliches Profil der Ausbildung, keine stabilen, theoretischen, wissenschaftlichen und professionellen Grundrahmen“ (K. Bock, E.-U. Küster, W. Thole, 2002).

Ein Sozialpädagoge steht in Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Individuen und deren bestimmten Anforderungen in den jeweiligen gesellschaftlichen Kontexten (Hamburger, 2012). Das Ziel der Sozialarbeit lässt sich hierunter auch gemeinsam mit dem der Therapie anführen: Beide Professionen streben durch ihre Intervention an, dass Klienten mit ihren Problemen, ihrem Leben und ihrem Alltag besser umgehen können. Beide Berufsfelder thematisieren auch Stärken und Schwächen des Klienten, emotionale Befindlichkeiten sowie die Biographie und das Netzwerk (Galuske, 2013). Demnach ist es schwer eine Grenze zwischen den Handlungsfeldern der Sozialarbeiter und der Therapeuten zuziehen, da diese nicht eindeutig definiert sind, beides aber mit psychisch erkrankten Menschen befassen. Lediglich die Psychotherapie wird gemäß Psychotherapeutengesetzes als medizinische Versorgungsmaßnahme bewilligt (Schnoor, 2006).

Zur Grundausbildung eines Sozialpädagogen zählen verschiedene Fragmente, die auch einige therapeutische Methoden oder gar Einführungen in therapeutische Ansätze beinhalten. Darunter kann man beispielsweise die systemische Familientherapie oder die klientenzentrierte Gesprächsführung zählen. Dennoch besteht der Hilfeprozess der sozialen Arbeit in weiten Teilen nicht aus therapeutischen Ansätzen und zielt andere Anwendungsbereiche ab. Somit lässt sich die Sozialarbeit nicht in Therapie auflösen, da therapeutische Methoden keine sozialpädagogischen Methoden sind. Jedoch können beide Professionen gemeinsam kooperieren und von den Stärken der jeweils anderen profitieren (Galuske, 2013).

Im Kontext der Thematik des vorliegenden Forschungsplans kann auch die sozialpädagogische Diagnose eine Rolle spielen. Diese hat das Ziel, „[...] komplexe Lebenszusammenhänge zu erfassen, zu verstehen und zu beurteilen.“ (Galuske, 2013, S. 219). Im Gegensatz zu einer medizinischen Diagnose, welche die Frage stellt, was das Problem ist, wird sich in der Sozialpädagogik die Frage gestellt, wer überhaupt welches Problem hat. Sozialpädagogische Diagnosen sind also auf Kommunikation und Dialog angewiesen, um den Zusammenhang der Gesellschaft und

psychischen Faktoren des Individuums nachvollziehen zu können. Laut Galuske (2013) stellt sie also das Bindeglied dar, welches zwischen Anamnese und Intervention beziehungsweise Therapie steht.

Nach Staub-Bernasconi (2007) ist es für die Sozialpädagogik unerlässlich, sich das eigene professionelle Handeln offen zu legen, kritisch zu reflektieren und es letztendlich legitimieren zu können. Diesbezüglich kann das Tripelmandat nach Staub-Bernasconi (2007) hinzugezogen werden, welches vom Doppelmandat zum Triplemandat erweitert wurde. Nur durch dieses kann die Sozialpädagogik als Profession bezeichnet werden und ein Sozialpädagoge sollte daher alle drei Mandate miteinander verknüpfen können. Das Tripelmandat ermöglicht somit eine theoretisch-wissenschaftlich fundierte wie ethische Gesellschafts- und Trägerkritik, sowie eine wissenschaftlich gestützte sozialpolitische Einmischung (Staub- Bernasconi, 2007). Soziale Arbeit ist also politikfähig und sollte sich demnach auch mit gesellschaftlichen Trends auseinandersetzen, die sich vor allem mit denjenigen Klienten auseinandersetzen, bei denen diese Positionierung zu scheitern droht, sei es durch Problemen, Krisen und Konflikten, die nicht selten erst durch die gesellschaftlichen Bedingungen entstehen (Höfig, 2006).

Sozialarbeiter haben durch ihre zugeschriebene Profession unter anderem den Auftrag, sich einer Stigmatisierung bewusst zu sein und dieser entgegen zu steuern und sie im besten Fall zu verhindern (Ahmedani, 2011). Ferner wird den Sozialarbeitern die Verantwortung übertragen präventiv gegen Stigmatisierung vorzubeugen (Corrigan, 2007). In Bezug auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen, werden Sozialpädagogen dabei von der der Kinderkommission unterstützt. Diese sieht die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern als eine politische Querschnittsaufgabe, also vor allem von der Bildungs- Sozial- und Gesundheitspolitik. Demnach sollte die gemeinsame Verantwortung erkannt und wahrgenommen werden, anstatt Zuständigkeiten zu differenzieren (Bundespsychotherapeutenkammer, 2007).

Die anstehende Forschung soll das Erleben der Fachkräfte, zu denen auch Sozialpädagogen zählen, bezüglich der Auswirkungen von Diagnosen psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen herausstellen. Daraus resultierend soll eine zu vermutende Problematik beschrieben werden können, um letztendlich Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit einfordern zu können. Dabei ist eine bewusste, reflektierte und legitimierte Haltung im Sinne des Triplemandats notwendig, um eine möglichst professionelle Hilfe für die Kinder und Jugendlichen bereit zu stellen.

Für die Relevanz der Sozialpädagogik stellen sich abschließend die Fragen, inwiefern man durch die stetig zunehmenden Diagnosen und die dadurch entstehende Mehrarbeit, den Kindern und Jugendlichen noch gerecht werden kann. Dabei besteht die Gefahr, dass Kinder die wirklich psychisch sehr krank sind, vernachlässigt werden. Ferner ist sich zu fragen, ob bei Kindern mit abweichendem Verhalten immer ein Hilfebedarf notwendig ist oder diesernur gezwungenermaßen angepasst wird, weil die Sozialpädagogen den Auftrag kriegen. Diesbezüglich kommt die Vermutung auf, dass dann zu sehr in die eigenständige Entwicklung der Kinder eingegriffen wird und die Arbeit des Sozialpädagogen für die Klienten, aber auch für ihn selbst nicht mehr zufriedenstellend ist. Durch die genannten Zahlen der Medikamentenvergaben

bestehen zusätzlich Zweifel, ob Sozialarbeiter überhaupt noch die Möglichkeit haben soziale Kompetenzen auf "normalem" Wege zu trainieren, oder ob aber der Prozess durch bereits verschriebene Medikamente beeinflusst wird.

2. Zielsetzung

Eines der ersten Schritte einer anstehenden Forschungsarbeit, ist die Bestimmung und Zusammensetzung von Zielen (Schaffer, 2009). Um Ziele effizient herausarbeiten zu können, ist es zunächst von Belang eine Problemstellung identifizieren zu können (Steinbeis-Hochschule Berlin, 2013). Diese Problemstellung wurde bereits im Forschungsanlass näher erläutert.

Die Ziele der Forschung dienen als Grundlage für die Forschungsfrage und sind besonders maßgebend für die Forschung (Schaffer, 2009). Aus den Zielen gehen Forschungstyp und Forschungsart hervor.

Die Ziele für die Untersuchung sind in kurzfristige und langfristige Ziele unterteilt. Außerdem sind sie auf der Mikro-, Meso-, sowie Makroebene einzuordnen. Eine Tabelle dient zur Veranschaulichung dieser Ziele. In Anlehnung daran erfolgt eine präzisere Beschreibung.

Im Folgenden werden die Ziele der Forschung, sowie die Ziele der Praxisstelle formuliert:

	Kurzfristige Ziele	Langfristige Ziele
Mikroebene	<ul style="list-style-type: none"> - Erkenntnisse über Bedeutung der medizinisch-psychiatrischen Diagnose bei Fachkräften - Herausarbeitung von Auswirkungen der Diagnosen auf die Kinder und Jugendlichen 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionalisierung beider Verteilung von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen - Aufmerksamkeit für Prävention der Selbststigmatisierung von Kindern und Jugendlichen anregen
Mesoebene	<ul style="list-style-type: none"> - Erkenntnisse über Bedeutung der medizinisch-psychiatrischen Diagnose im sozialpsychiatrischen Bereich - Herausarbeitung von Auswirkungen der Diagnosen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksamkeit für Etikettierung und Stigmatisierung von Kindern und Jugendlichen anregen - Handlungsempfehlungen für Fachkräfte im sozialpsychiatrischen Bereich durch aufbauende empirische Folgestudien
Makroebene	<ul style="list-style-type: none"> - Auftraggeber auf Thematik aufmerksam machen 	<ul style="list-style-type: none"> - auf die Thematik aufmerksam machen, da sie auch in anderen

	<input type="checkbox"/> Handlungsempfehlungen geben	Einrichtungen und in der Gesellschaft präsent ist - Reduzierung von Etikettierung und Stigmatisierung in der Gesellschaft
--	--	--

Durch das kurzfristige Ziel auf der Mikro-Ebene soll die Bedeutung der medizinisch- psychiatrischen Diagnose bei Fachkräften aufgezeigt werden. Dadurch, dass Fachkräfte aus verschiedenen Berufsgruppen und Professionen in die Thematik eingegliedert sind, kann eine differenzierte Wahrnehmung hilfreich sein. Ferner soll im Hinblick darauf festgestellt werden, welche Auswirkungen Fachkräfte bei den Kindern und Jugendlichen feststellen. Die Fachkräfte können als Bindeglied zwischen Gesellschaft und den Kindern fungieren. Dadurch, dass sie aktiv im direkten Umfeld der Kinder präsent sind, nehmen sie eine bedeutende Rolle für die Forschung ein.

Dies bezüglich kann somit abgeleitet werden, ob Diagnosen möglicherweise eine positive oder negative Auswirkung auf die Kinder und deren Zukunft haben. Daraus resultierend soll die Aufmerksamkeit für Verhaltensauffälligkeiten und damit zusammenhängende Diagnosen angeregt werden, um präventiv arbeiten zu können. Selbststigmatisierung soll dabei in den Fokus genommen werden. Im Zusammenhang dazu soll langfristig dazu sensibilisiert werden, die Vergabe solcher Diagnosen zu konkretisieren und zu professionalisieren.

Auf der Mesoebene soll ein kurzfristiges Ziel Auskunft darüber erteilen, welches Gewicht die medizinisch-psychiatrische Diagnose im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld hat. Daran anschließend soll ermittelt werden, welchen Einfluss und welchen Stellenwert diese Diagnose im Umgang mit den betroffenen Patienten einnimmt. In Anlehnung daran soll langfristig die Aufmerksamkeit für Etikettierung, und eine damit verbundene Stigmatisierung, angeregt werden. Langfristig wird eine Bekanntmachung der erhobenen Ergebnisse und Erkenntnisse angestrebt, um zu aufbauenden, empirischen Folgestudien anzuregen. Dadurch könnten effiziente Handlungsmöglichkeiten- und alternativen erarbeitet und entwickelt werden, um präventiv an der zu erforschenden Problematik arbeiten zu können.

Auch auf der Makroebene soll auf diese Thematik aufmerksam gemacht werden, da sie auch in anderen Einrichtungen und in der Gesellschaft präsent ist. Ferner sollen durch die Anregung der Problematik, auch Handlungsempfehlungen für den Auftraggeber gegeben werden. Langfristig soll diese Sensibilisierung zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017), die letztendlich eine Abnahme von Etikettierung und Stigmatisierung in der Gesellschaft abzielen sollte. Dadurch wird weiterhin die Möglichkeit

geschaffen, die beschriebene Thematik aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten, wodurch wiederum ein Mehrwert gewonnen werden kann (Müller, 2012).

2.1 Forschungsfrage

Um innovativ forschen zu können, muss man eine fragende Haltung einnehmen (Bloch, 1950). Der Grundstein für eine effektive Forschungsarbeit legt demnach nach Schaffer (2009) die genaue Ausgestaltung der Fragestellung. Die Fragestellung sollte kurz und bündig sowie einfach und präzise formuliert sein.

Da die Forschungsfrage von mehreren Fachkräften verschiedener Berufsgruppen und Professionen beantwortet werden soll, wird sie aus einem multiperspektivischen Blickwinkel formuliert. Somit wird ein gesamtheitlicher Blick auf den Forschungsgegenstand gewährleistet und verschiedene Interessen werden einbezogen (Müller, 2012).

Durch den im Vorfeld ausformulierten Forschungsanlass und die Aufstellung der Ziele, ergibt sich nun folgende Forschungsfrage:

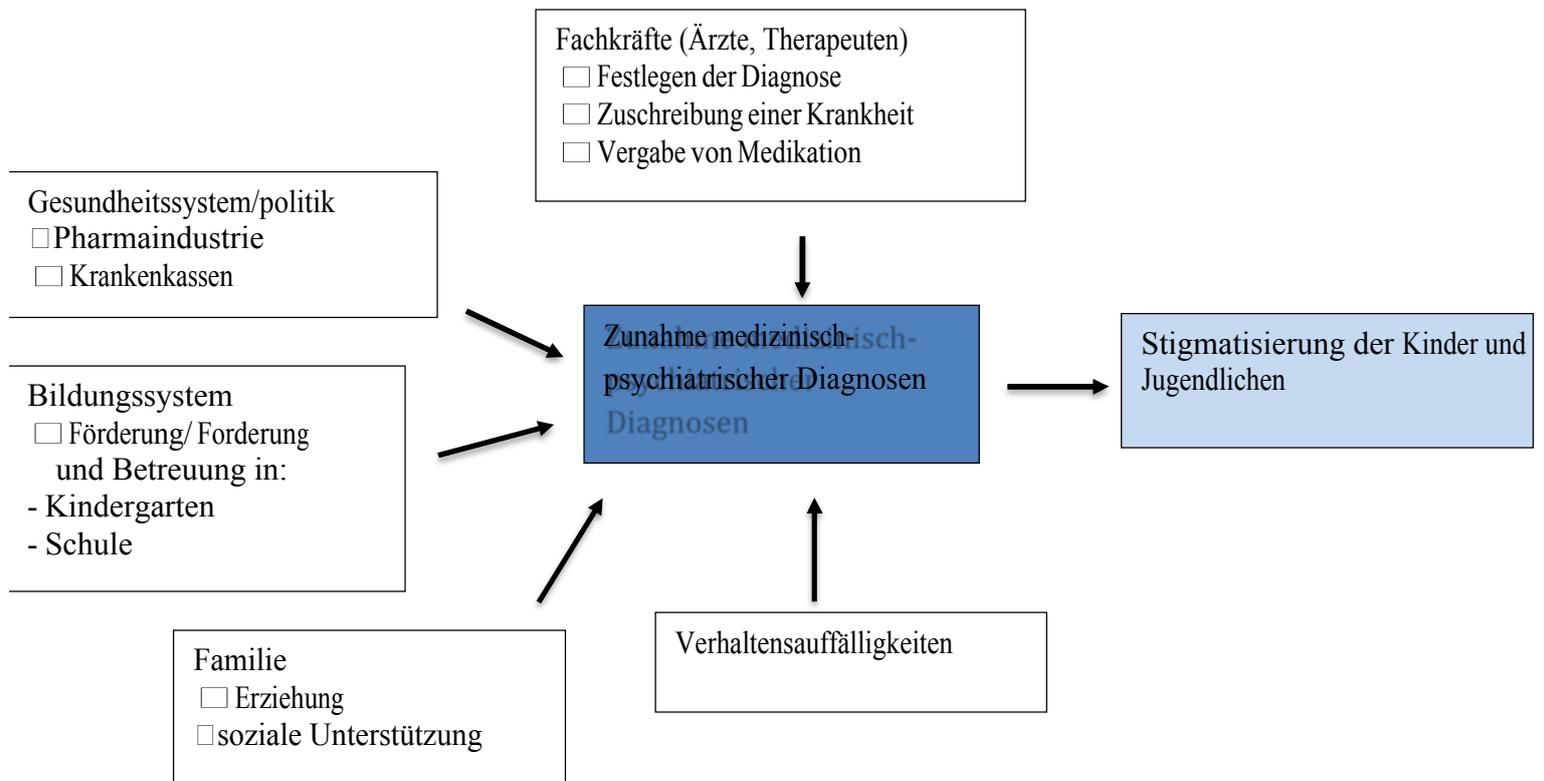
“Wie erleben Fachkräfte die Auswirkungen von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen auf Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 16 Jahren?”

2.2 Konzeptuelles Modell

Das konzeptuelle Modell wird in der folgenden Abbildung 1 dargestellt. Dabei geht es um die Zusammenhänge der Thematik, der Einflüsse, sowie der Folgen, die letztlich das Schlüsselkonzept der Untersuchung veranschaulichen.

Im Zentrum der Abbildung wird die Thematik dargestellt. Auf der linken Seite sind diejenigen Variablen gekennzeichnet, die die Problematik beeinflussen. Inwiefern sie diese beeinflussen, wurde bereits im Forschungsanlass thematisiert. Auf der rechten Seite ist dann diejenige Variable dargestellt, die als Folge aus der Problematik hervorgeht.

Wie genau diese Variablen tatsächlich letztendlich voneinander abhängen und wie sie schlussendlich eine Stigmatisierung der Kinder und Jugendlichen beeinflussen und hervorrufen, wurde im weiteren Forschungsverlauf durch Interviews und Befragungen genauer untersucht und herausgestellt.



2.3 Teilfragen

Im Zusammenhang mit der Forschungsfrage lassen sich Teilfragen als Erhebungssegmente ableiten. Sie dienen der Forschung als Leitfaden, um später die Hauptfrage umfassend beantworten zu können.

1. Welchen Stellenwert hat die medizinisch-psychiatrische Diagnose für Fachkräfte?
2. Welchen Einfluss haben medizinisch-psychiatrische Diagnosen auf das spätere Leben auf sozial-emotionaler Ebene?
3. Wie sieht der Krankheitsverlauf eines erkrankten Kindes/Jugendlichen bis zur Genesung aus?

3. Theoretischer Rahmen

In diesem Kapitel werden relevante Begrifflichkeiten erläutert, um einen kurzen Überblick über den wichtigsten Inhalt der Forschungsarbeit zu geben. Die Thematik beziehungsweise Problematik soll so besser zu verstehen sein.

Die Präzisierung der Forschungsfrage und das Verständnis der Begrifflichkeiten sind die wissenschaftliche Grundlage für die Forschungsarbeit.

3.1 Präzisierung der Forschungsfragen

Um die Begriffe sowohl in der Hauptfrage, als auch in den Teilfragen messbar zu machen, werden einzelne Begriffe festgelegt, um zu untersuchen, ob ein gewisser Umstand tatsächlich in der Realität vorliegt und auf welcher Art und Weise er existiert. So wird deutlich, inwiefern er untersuchbar ist, um überhaupt eine Forschung durchzuführen, um letztendlich die gestellten Fragen beantworten zu können.

Im weiteren Verlauf werden nun die Begriffe, sowohl aus der Hauptfrage, als auch aus den Teilfragen festgelegt und komprimiert beschrieben.

Den Lesern und Leserinnen soll die Bedeutung der Begriffe nahegebracht werden, um nachstehende Entscheidungen und Schlussfolgerungen verständlicher darzulegen.

Forschungshauptfrage: “Wie erleben Fachkräfte die Auswirkungen von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen auf Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 16 Jahren?”

- ***Erleben***

Mit „Erleben“ ist die Wahrnehmung der Fachkräfte, in Bezug auf das Hauptthema, gemeint. Das Adjektiv beschreibt das nicht direkt Beobachtbare, sondern das vom Individuum selbst Ergründbare. Dabei spielen psychische Funktionen, sowie Emotionen eine Rolle (Brockhaus, 2001).

- ***Fachkräfte***

Eine Fachkraft ist eine Person, die innerhalb seiner Berufung und seinem Arbeitsbereich über die dazugehörigen und erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse verfügt. In diesem Fall zählen zu den Fachkräften Ärzte, Psychotherapeuten, (Schul-)sozialarbeiter, Lehrer und andere Professionen, wie beispielsweise Erzieher, die mit den Kindern und Jugendlichen aufgrund

ihrer Berufung in einem professionellen Austausch stehen.

- **Auswirkungen**

„Auswirkungen“ beschreiben bestimmte Konsequenzen einer Handlung oder eines Ereignisses. Dabei wird auf die Konsequenz für Kinder und Jugendliche eingegangen.

- **Medizinisch-psychiatrische Diagnose**

Siehe unter Punkt 3.1.1

- **Kinder und Jugendliche im Alter von 8-16 Jahren**

Siehe unter Punkt 3.2

Teilfrage 1: 1. Welchen Stellenwert hat die medizinisch-psychiatrische Diagnose für Fachkräfte?

- **Stellenwert**

Mit „Stellenwert“ ist die Bewertung und Eingliederung der medizinisch- psychiatrischen Diagnosen gemeint. Dabei wird auf die Relevanz und Wichtigkeit geachtet.

Teilfrage 2: 2. Welchen Einfluss haben medizinisch-psychiatrische Diagnosen auf das spätere Leben auf sozial-emotionaler Ebene?

- **Einfluss**

Mit Einfluss wird die Wirkung einer bestimmten Variablen auf eine andere unabhängige Variable beschrieben. Diese Wirkung kann so effektiv sein, dass es etwas in dem bis zu diesem Zeitpunkt „unbehandelte“ Variable auslöst. Die Wirkung kann sowohl positiv, als auch negativ sein.

- **Sozial-emotionale Ebene**

Die Dimension der „sozial- emotionalen Ebene“ beschreibt den Erwerb von sozialer und emotionaler Kompetenz. Dies ist eine wichtige Entwicklungsaufgabe von Kindern und Jugendlichen und stellt eine Basis dar. (Meyer, Heim, Peter & Scheithauser, 2016)

Teilfrage 3: Wie sieht der Krankheitsverlauf eines erkrankten Kindes und Jugendlichen bis zur Genesung aus?

- **Krankheitsverlauf**

Der Krankheitsverlauf ist die Symptomatik betreffende (qualitative) und das zeitliche (quantitative) Profileiner Erkrankung (Antwerpes, 2018).

- **Genesung**

Mit Genesung, oder auch Rekonvaleszenz, ist der phasenweise Wiederaufbau der Gesundheit nach einer Erkrankung gemeint (Antwerpes, 2018).

3.1.1 Medizinisch-psychiatrische Diagnose

Das sich in der vorliegenden Forschung mit dem Stellenwert, dem Einfluss und dem Krankheitsverlauf einer medizinisch-psychiatrischen Diagnose auseinandergesetzt wird, ist es von Relevanz eine medizinisch-psychiatrische Diagnose zunächst genauer zu definieren, um ihre Aufgabe und Sinnhaftigkeit darzustellen.

Eine medizinisch-psychiatrische Diagnose bewertet die Fähigkeiten, Verhaltensweisen und Persönlichkeitseigenschaften einer Person und ist die Bestimmung und Betitelung einer psychischen Störung. Das Verhalten wird beobachtet und in ein Diagnosesystem eingeordnet, welches die Klassifizierung und Kategorisierung darstellt. Eine Diagnose kann feststellen, auf welchen Dimensionen sich eine Person von Anderen unterscheiden kann oder dies engleicht (Gerrig & Zimbardo, 2004).

Mit Unterscheidungen benennen Gerrig & Zimbardo (2004) abweichendes Verhalten und Abnormalität, welche auf folgenden Kriterien basieren: Leidensdruck oder Behinderung, Fehlanpassungen, Irrationalität, Unberechenbarkeit, Außergewöhnlichkeit und statistische Seltenheit, Unbehagen bei Beobachtern, Verletzung moralischer und gesellschaftlicher Normen.

Diagnosen sind in sogenannte Klassifikationssysteme eingegliedert, um die Krankheitsbeschreibungen universal zu gestalten und den Gemeinschaftssinn und die Solidarität der psychischen Diagnosen von Fachleuten zu erhöhen. Ebenfalls dient es der Verständigung über den Gesundheitszustand eines Menschen.

Medizinisch-psychiatrische Diagnosen werden oftmals nur vorübergehend gestellt. Dies ist eine Folge daraus, dass die Klassifikation den Anspruch hat immer valide und reliabel zu sein. Dies bedeutet, dass die psychischen Störungen, die es zu erfassen gilt, den Anspruch haben, diese auch wirklich zu erfassen.

Außerdem muss bei einer wiederholten Klassifikation des gleichen Zustandes eine gleiche Zuweisung erfolgen (Trost & Schwarzer, 2013).

Die Klassifikation findet man aktuell im ICD-10 und im DSM V.

Das ICD-10 lässt sich wie folgt definieren: "The International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10) [1] is a standard diagnostic tool for health management, epidemiology and clinical purposes." (World Health Organization, 2011). Es besteht aus 22 Kapiteln, die unter anderem Erkrankungen, Abnormalität und Symptome beschreiben. Es dient zur Analyse und Verbindlichkeit des universalen Gesundheitszustandes und wird international genutzt, also auch in den Niederlanden (M. Savarise, C. Senkowski, 2017).

Das fünfte Kapitel beschreibt die Kategorie "F", welche als psychische Störung klassifiziert ist. In den Kapiteln befinden sich Beschreibungen der Krankheitsbilder, sowie die Symptome, welche als Kriterium der Krankheit dienen. Bestimmte Symptome, welche über einen längeren Zeitraum präsent sind, sprechen für ein bestimmtes Störungsbild. Durch die Klassifikation im ICD-10 können sich Fachkräfte leichter orientieren und im multiprofessionellen und interdisziplinären Austausch stehen (Trost & Schwarzer, 2013).

Das DSM V, "Diagnostical and statistical Manual für Psychiatric Diseases" ist bereits fünffach ausgefertigt und ist ein amerikanisches Klassifikationssystem. Beide Klassifikationssysteme können sich ergänzen und stimmen im Großteil überein. Die Systeme sind beide in mehrere Achsen unterteilt und arbeiten somit multitaxial (Trost & Schwarzer, 2013). Das DSM-V sollte in Resultat aus der weltweiten Zusammenarbeit sein und dient nicht nur in Amerika als System.

In der vorliegenden Forschung wird sich auf die klinische Diagnose konzentriert, die im ICD-10 als eine von drei Achsen festgelegt ist.

3.1.2 Psychische Störungen

Wie im vorherigen Kapitel bereits beschrieben, werden durch Diagnosen eine bestimmte psychische Störung festgelegt, die dem Kind oder Jugendlichen zugeschrieben wird. Im Folgenden werden psychische Störungen zunächst im Allgemeinen definiert, um ein besseres Verständnis einer psychischen Störung zu erlangen. Ferner wird darauf eingegangen, welche psychische Störungen Relevanz für die Forschung tragen und welche Krankheitsbilder Kindern und Jugendlichen durchschnittlich am häufigsten attestiert werden.

Die psychischen Störungen wurden zum ersten Mal 1887 verfasst und sind mit der Bezeichnung der Entwicklungspsychiatrie und Entwicklungspsychopathologie bekannt.

Psychische Erkrankungen stehen immer im Zusammenhang mit der Kenntnis über „[...] die normale körperliche, geistige, psychische und soziale Entwicklung [...]“ des Kindes (P. C. Spear, M. Gahr, 2005). Menschen mit einer psychischen Störung sind in Emotionen, Verhalten oder Denkprozessen beeinträchtigt (Gerrig & Zimbardo, 2004). Sie zeigen eine Blockade, welche sie daran hindert ihre Ziele zu erreichen, auf beruflicher, sowie auf privater Ebene. Als Beispiele für psychische Störungen sind vor allem emotionale Störungen, psychosomatische Störungen, Intelligenzstörungen, zerebrale Störungen und Psychotische Störungen bekannt (Nissen & Trott, 1995). Um ein Beispiel aus jeder Kategorie zu geben, kann im Bereich der emotionalen Störungen die Depression genannt werden und die Essstörung im Bereich der psychosomatischen Störungen. Die Spiel- und Lernstörung zählt zur Intelligenzstörung, sowie die hyperkinetische Störung zur zerebralen Störung, auch bekannt unter dem Namen ADHS. Autismus kann unter einer psychotischen Störung eingeordnet werden (Nissen & Trott, 1995).

Psychische Störungen können mit Hilfe verschiedener Systeme kategorisiert und klassifiziert werden.

Hierbei sollten Störungen als diskrete Elemente betrachtet werden. Zu den geläufigsten Klassifikationssystemen zählen das DSM und die ICD, auf die in Abschnitt 3.1.1 bereits eingegangen wurde.

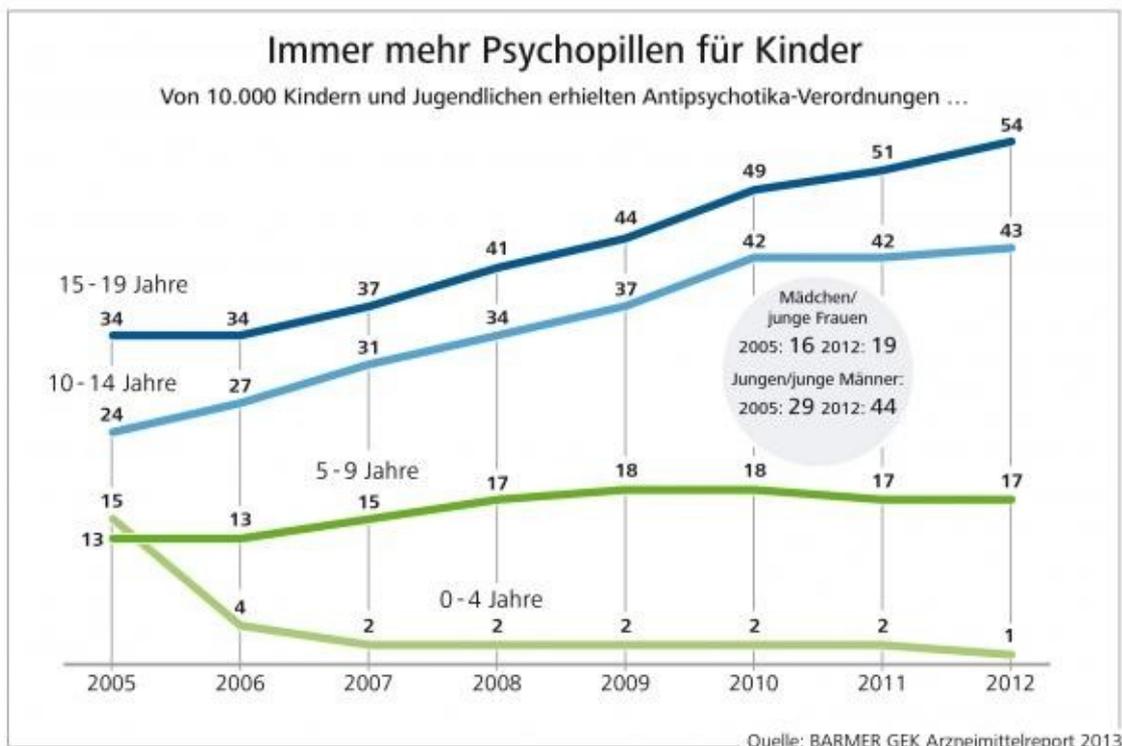
Die psychischen Störungen werden diagnostisch auf sechs verschiedenen Achsen dargestellt, denn nur dann lässt sich eine psychische Störung nach einer multiaxialen Diagnose beschreiben (G. Nissen, E. G. Trott). Auf den ersten Achsen stehen *klinisch-psychiatrische Syndrome*, wie zum Beispiel der Autismus. Auf der zweiten Achse geht es um *umschriebene Entwicklungsstörungen*, dazu zählt die Motorik oder zum Beispiel die Sprache. Das *Intelligenzniveau* bildet die dritte Achse. Die vierte Achse wird durch die *körperliche Symptomatik* beschrieben, wie zum Beispiel eine Stoffwechselerkrankung. Auf der fünften Achse stehen die aktuellen *abnormen psychosozialen Umstände*. Dies beinhaltet zum Beispiel emotionale und körperliche Vernachlässigungen. Als letztes steht die *Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung*. Die Qualität der sozialen Beziehungen des Kindes spielt hier eine Rolle. (P. C. Speer, M. Gahr, 2005).

Kindern und Jugendlichen werden sowohl Störungen zugeschrieben, die für gewöhnlich im Kindesalter entstehen, als auch bereits Störungskategorien des Erwachsenenalters.

Zuden psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen, die während der Forschung von Relevanz sind zählen vor allem Angststörungen, Aufmerksamkeits- Regulationsprobleme, depressive Störungen, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und der Impulskontrolle sowie Persönlichkeits(entwicklungs)störungen.

Dass die Zahl der diagnostizierten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat und bereits jedes fünfte Kind Hinweise auf psychischen Störungen aufweist, wird auch bereits im ersten Kapitel dieser Forschungsarbeit deutlich.

Zusätzlich verdeutlicht eine Statistik diese Entwicklung und zeigt das aufgrund dessen auch bereits immer mehr Psychopharmaka verschrieben werden.



3.2 Zielgruppe

Im Folgenden wird die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen im Alter von acht bis sechzehn Jahren genauer beschrieben. Es sollte ein besseres Verständnis der Zielgruppe im Zusammenhang mit der Problematik und des Untersuchungskontextes erwirkt werden. Ferner wird zum späteren Zeitpunkt in der Schlussfolgerung deutlicher, welche Auswirkungen eine Diagnose auf die Entwicklung des Kindes hat, wie eine Entwicklung gewöhnlicherweise verlaufen sollte und ob gewisse, dynamische Verhaltensweisen eventuell auch lediglich gesund sind.

Da das Alter von acht bis sechzehn Jahren ein großer Zeitabschnitt ist, wird dieser nachstehend in zwei Phasen unterteilt. Tielemann (2011) unterscheidet hierbei zwischen verschiedenen Lebensphasen. Er benennt die Lebensphase von sechs bis zwölf als die Schulkindphase und die Lebensphase von zwölf bis sechzehn als die Adoleszenz.

3.2.1 Schulkindphase

Bei einem Teil der Zielgruppe, mit der sich diese Untersuchung beschäftigt, handelt es sich unter anderem um Kinder im Alter von acht bis zwölf Jahren.

Die nachstehenden Zwischenabschnitte befassen sich mit den wichtigsten Veränderungen und Merkmalen der Altersklasse, welche im Zusammenhang der Untersuchung berücksichtigt werden können. Neben Tielemann (2011), wird sich vor allem auch auf das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung von Erik H. Erikson gestützt.

Erikson beschreibt diese Altersstufe als die „Ruhe vor dem Sturm der Pubertät“ (Schöter, 2012).

In dieser Zeit hat das Kind das Verlangen danach etwas zu lernen und sich mit etwas zu beschäftigen, womit es sich nützlich und produktiv machen kann. Raum dafür ist in der Lebenswelt Schule.

In der Schulzeit und besonders nach dem Übergang in eine weiterführende Schule haben Kinder ein starkes Bedürfnis der Gruppenzugehörigkeit. Ziel hierbei ist die Anpassung aller Mitglieder der Gruppe oder des Teams. Besonders in dieser Phase kann es dazu kommen, dass vereinzelt Kinder ausgeschlossen werden, da sie sich optisch oder verhaltenstechnisch nicht ähnlich sind. Kinder wollen gerne zu einer Gruppe dazugehören und betonen das „Wir-Gefühl“, indem sie unter anderem angeben, wer nicht zur Gruppe dazugehören kann. Für Kinder, die überall immer ausgeschlossen werden und bereits psychische Auffälligkeiten haben, kann sich dieser Prozess sehr negativ auswirken (Tielemann, 2011).

Kinder in dieser Phase setzen sich spielerisch mit ihrer Realität auseinander. Dazu gehört die Verarbeitung ihrer Umwelt mit all ihren Unverständlichkeiten und Problemen. Dadurch, dass das Kind die Konflikte auf Spielsachen projiziert, kann all das erfolgreich verarbeitet werden und das Kind gewinnt an Selbstwertgefühl.

(Schöter, 2012).

Ferner entwickelt das Kind Ehrgeiz und Fleiß, wodurch sich Ressourcen und Talente herauskristallisieren. Kinder sind der Zeit auf erwachsene Bezugspersonen angewiesen, wie beispielsweise Eltern und Lehrer, die die Talente fördern und Verständnis aufbringen.

Sollten verschiedene Krisen zuvor nicht bewältigt sowie die kindliche Energie nicht berücksichtigt worden sein und wenig anregende bis destruktive Lernumgebungen von der Schule und dem Elternhaus nicht bereitgestellt sein, kann das Kind Minderwertigkeitsgefühle entwickeln. Der Werksinn des Kindes wird als unwichtig betrachtet, wodurch das Kind sich letztendlich Alternativen sucht die Energie anderweitig auszuleben. Das könnte Folgen haben und zu psychischen Auffälligkeiten führen (Schöter, 2012).

3.2.2 Adoleszenz

Bei der Altersklasse von 12 bis 16 handelt es sich um die Entwicklungsphase der Adoleszenz. Die Adoleszenz ist der Zeitraum, indem das Kind unabhängig wird und in langsamen Schritten zu einem Erwachsenen heranwächst.

Die eigentliche Pubertät, von zwölf bis ungefähr siebzehn Jahren, lässt sich der Adoleszenz unterordnen, daher mit nur die biosexuelle Entwicklung gemeint ist. Adoleszenten spüren in diesen Lebensjahren die meisten Veränderungen und wissen sich selbst oft nicht richtig zuzuordnen. Tielemann (2011) beschreibt dies mit dem folgenden Zitat: „als we er midden in zitten, voelen we hem in alle heftigheid, maar die herinnering vervaagt en wordt steeds kleiner, tot dat we niet meer begrijpen waar we ons ooit over hebben gemaakt“ (Tielemann, 2011, S. 141). Mit dieser Aussage ist gemeint, dass Jugendliche die vielen Facetten der Adoleszenz in aller Intensität spüren, wenn sie mittendrin stecken. Die Erinnerung würde jedoch immer mehr verblassen, bis man nicht mehr versteht, über was sich die Jugendlichen „damals“ den Kopf zerbrachen.

Die nachstehenden Unterabschnitte befassen sich mit den wichtigsten Merkmalen und Veränderungen. Diesemachend deutlich, wie psychische Störungen teilweise entstehen können. Es wird aber auch deutlich, dass einige Verhaltensweisen für diese Altersklasse herkömmlich sind und deshalb nicht zwangsläufig zu einer Abnormalität zählen müssen.

Die kognitive Entwicklung

Dass Adoleszenten erwachsener rüberkommen, als sie eigentlich sind, hat häufig mit zur Verfügung stehenden Informationen über Medien und das Internet zu tun, wodurch Erwachsene dazu neigen, Kinder und Jugendlichen zu überschätzen oder zu überfragen. Da sich das Gehirn noch bis zum fünfundzwanzigsten Lebensjahr in der vollen Entwicklung befindet, ist es sehr wichtig, dieses so gut wie möglich zu stimulieren. Adoleszenten haben weniger Konzentrationsvermögen als Erwachsene und da sich die Denkweise in dieser Zeit schnell mit den spontanen Emotionen abwechselt, sind sie noch nicht so gut in der Lage, Probleme eigenständig zu lösen.

Allgemein können Emotionen noch nicht gut kontrolliert werden, wodurch auch ein

geringeres Empathievermögen besteht. Außerdem bestehen meist Schwierigkeiten bei selbstständigen Planungen, der Entscheidungsfindung und dem Setzen von Prioritäten. Im Gegensatz zu Schulkindern können Kinder und Jugendliche in dieser Phase mehr und vor allem abstraktere und komplexere Informationen verarbeiten, wodurch sie immer mehr in der Lage sind, die eigene Meinung zu vertreten. Laut Piaget (1955) kann die Phase des formal-operativen Denkens bereits ab zwölf Jahren erreicht werden. Dieses Denken ist besonders für die Lehrstoffverarbeitung von weiterführenden Schulen wichtig, da die Formulierung von abstrakten Behauptungen oder das zweitrangige Denken möglich wird. Ein Adoleszent kann in kurzer Zeit viel Informationsstoff lernen, beherrschen und effektiv im Langzeitgedächtnis speichern. Diesbezüglich lässt sich noch benennen, dass diese Altersphase kennzeichnend ist für den häufigen Kontakt mit Altersgenossen, die ähnlichen Fähigkeiten, Interessen oder Begabungen haben. In den meisten Fällen hat dieser Aspekt auch mit der Art der weiterführenden Schule zutun, wodurch sich schlussfolgern lässt, dass der Kontakt zu Gleichaltrigen anderer Schulformen weniger wird. Der meiste Kontakt zu Älteren bezieht sich auf den Kontakt zu den Lehrkräften, da Adoleszenten im Normalfall die meiste Zeit in der Schule verbringen, wobei dieser Kontakt oft sehr unpersönlich ist. Je nach Schulart unterscheiden sich Adoleszenten im Hinblick auf Erfahrungen mit Arbeitsverhältnissen im erwachsenen Gesellschaftsleben und die Umsetzung der erlernten Kenntnisse in der Praxis (Tielemann, 2011)

Die Entwicklung der Autonomie

Im Vordergrund dieser Phase steht die Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel der Selbstverwirklichung, des Selbsterhaltes und der Selbstkontrolle. Die Schwierigkeit hierbei besteht häufig darin, ein Gleichgewicht zwischen den persönlichen Wünschen und Bedürfnissen zu finden, sodass ein passender psychologischer Raum ausgefüllt werden kann. Dieses Gleichgewicht lässt sich mit dem Modell von Geben und Nehmen vergleichen. Wenn ein Adoleszent nicht gut nehmen kann, entsteht entweder die Vermeidung von Konfliktsituationen oder eine vollständige Anpassung, wodurch sich der Adoleszent selbst verleugnet. Auf der anderen Seite nehmen Adoleszenten viel Platz ein, wenn sie nicht geben können. Sie verhalten sich dementsprechend aggressiv, selbstsüchtig und unzuverlässig. Zudem berücksichtigen Perspektiven und Gefühle Anderer nicht, gehen über ihre Grenzen hinaus und verfügen über ein geringes Einfühlungsvermögen

Erikson (1946) deklariert diesen Lebensabschnitt als Aufgabe, die Entwicklung der eigenen Identität zu gestalten, in der die Kinder und Jugendlichen neuen Erfahrungen und Ideen meist flexibel gegenüberstehen. Die Gestaltung der Identität ist abhängig von dem ausgewählten Erziehungsstil der Eltern, da sich hierdurch die die Entwicklung der Autonomie verzögern kann (Tielemann, 2011).

Aufgrund der Tatsache, dass sich ein Kind beziehungsweise Jugendlicher in diesem Alter noch in der Identitätsfindung bewegt, liegt es auf der Hand, dass Kindern zu diesem Zeitpunkt noch keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden sollte, da die Persönlichkeitsentwicklung noch in der Entwicklung befindet. Viele Kinder- und Jugendpsychotherapeuten diagnostizieren diese Störung dennoch, teilweise schon im

frühen Alter.

Normales und abnormales Verhalten

Sich aus einer vertrauten Bindung zu lösen, ist in vielen Fällen mit Angst verbunden. Generell besteht das Bedürfnis nach Verbundenheit mit beispielsweise den Eltern, was sich die Adoleszenten nicht eingestehen möchten. In dieser Phase wechseln sich Entdeckungsdrang, Apathie und die Sehnsucht nach Vorbildern einander regelmäßig ab. Zum Experimentieren gehört das Abschätzen von Grenzen und Eingehen von Risiken, wodurch Probleme oder Problemverhalten hervorgerufen werden können. Bei diesen Verhaltensweisen differenzieren Erwachsene gerne zwischen normalem und abnormalem Verhalten. Häufig bemerkbar machen sich außerdem Unzufriedenheiten mit dem Körper, Stimmungsschwankungen und Schwierigkeiten mit dem Selbstwertgefühl. Alltägliche Abwehr- und Copingmechanismen kommen manchmal zu kurz, wodurch die Bewahrung des geistigen Gleichgewichtes immer weniger Beachtung findet und die eigene Persönlichkeit nicht mehr geschützt wird (Tielemann, 2011).

Risikoreiches Verhalten und Problemverhalten

Kennzeichnend für Adoleszenten ist das experimentierfreudige Verhalten und das Herausfinden von Grenzen bezüglich des Unbekannten. Risiken werden teils aus Langeweile oder auch sozialen Gründen, wie beispielsweise dem Wunsch nach Zugehörigkeit, eingegangen. Aus Studien, die die allgemeine Zufriedenheit thematisieren, geht hervor, dass die Kinder und Jugendlichen in den meisten Fällen Stimmungsschwankungen haben, in denen sie sich unglücklich, depressiv und beziehungsweise oder einsam fühlen können (Tielemann, 2011).

Das psychosoziale Moratorium

Ein psychosoziales Moratorium bedeutet, dass die Kinder und Jugendlichen noch nicht wissen, wer sie sind und wer sie sein möchten. Erikson (1946) erklärt, dass sie sich sicherneut orientieren und selbstkritisch betrachten. Hier bei durchlebene einige Adoleszenten eine starke Identitätskrise und manche durchlaufen diese Phase eher ruhig und ohne viele Probleme. Gleichaltrige werden immer wichtiger, da sie einander bezüglich Interessen, Kleidung, Verhalten und Stil beeinflussen (Tielemann, 2011).

Jugendliche, die weglaufen

Besonders in der Phase der Adoleszenz kommt es häufig zu Problemen zwischen den Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern, was einer der Gründe ist, weshalb Adoleszenten von zuhause weglaufen. Zu diesen Problemen zählen aggressive Behandlungen, psychische Probleme oder auch soziale Faktoren wie ein Statusmangel. Insgesamt lässt sich das Verhalten des Weglaufens auf zu wenig Geborgenheit, eine Einengung der Selbstständigkeit oder Meinungsverschiedenheiten zurückführen (Tielemann, 2011).

4. Forschungsrahmen

Im weiteren Verlauf wird der Forschungsrahmen verdeutlicht. Dieser dient dazu, die Forschungsarbeit nachvollziehbar zu machen und die Gegebenheiten näher zu bringen. Im Vorfeld wurde die Einrichtung schon näher beschrieben.

In den nächsten Punkten wird die Forschung und die dazugehörigen Tools erläutert.

4.1 Forschungsart und -typ

Bei einer sozialwissenschaftlichen Forschung wird zunächst zwischen zwei verschiedenen Typen unterschieden: der empirische und der theoretische Typ (Gläser & Laudel, 2010).

Die anwendungsorientierte empirische Sozialforschung zielt auf bestimmte soziale Probleme ab, bei denen noch zu wenige, widersprüchliche oder keine gesicherten Erkenntnisse vorliegen (Schaffer, 2009, S. 57). Es wird sich also auf eine Problemkonstellation bezogen oder es werden sogar neue gesellschaftliche oder soziale Problemstellungen aufgedeckt. Es werden Aspekte wie Vorannahmen, deutungsbedürftige Einzelbeobachtungen und alltagsweltliche Erfahrungen als Ausgangslage erfasst (Hug & Poscheschnik, 2015). Insgesamt stützt sich eine empirische Forschung also auf Erfahrungen (Verschuren & Doorewaard, 2000).

Ferner zählt laut Schaffer eine empirische Forschung zu alledem, was als soziales Handeln verstanden wird (Schaffer, 2009). Das soziale Handeln, oder die sozialen Probleme, sollten mit Hilfe einer differenzierten Betrachtung in der empirischen Sozialforschung aufgezeigt werden. Unerlässlich ist es dabei die Ursachen, die Entwicklung, die Prognosen sowie die Erhebung von Wirkungen der Maßnahmen zu der Klärung des Problems zu berücksichtigen (Weischer, 2007).

Die Problematik beziehungsweise Thematik der vorliegenden Forschungsarbeit ist besonders für die Praxis relevant, was zuvor durch den Forschungsanlass und die Fragestellung ersichtlich wurde. Aus diesem Grund handelt es sich um eine anwendungsorientierte empirische Sozialforschung.

Zu dem Problem in der vorliegenden Forschungsarbeit liegen sehr wenig bis gar keine Kenntnisse vor. Die Forschung dient demnach dazu, Informationen und Kenntnisse zu erlangen, die dazu beitragen eine bereits bestehende Situation in der Praxis zu verändern (Verschuren & Doorewaard, 2000).

Verschuren und Doorewaard (2000) beschreiben fünf Typen die eine Forschung durchlaufen sollte. Dies sind Problemsignalisierung, Diagnose, Entwurf, Intervention und Evaluation.

Diese Forschungsarbeit lässt sich dem Typen "Problemsignalisierung" zuschreiben. Zunächst wird das Problem bekannt gemacht und verdeutlicht. Nicht allen wird das Problem gleich zu Anfang bewusst sein. Daher gelten zunächst folgende Fragen; Was ist das Problem? Warum ist es ein Problem? Wer hat das Problem?

Bei allen Fragen ist es wichtig die aktuell bestehende Situation, sowie die wünschenswerte Situation zu betrachten (Verschuren & Doorewaard, 2000).

Die genannten Ziele und Aspekte wurden in der vorliegenden Forschung berücksichtigt und verfolgt. Um die Problemstellung zu verdeutlichen und detailliert zu beschreiben, wurden Daten und Fakten recherchiert.

Für die Forschung wurden des Weiteren diesbezüglich Erhebungsdesigns verwendet, um substanzielles Wissen für die Überprüfung aufgestellter Thesen anzuführen.

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass sich eine Querschnittsstudie auf eine Momentaufnahme stützt, eine Längsschnittstudie hingegen auf einen Prozess (Schaffer, 2009). Die vorliegende Forschung nutzt also das Design der Querschnittsstudie.

Während der Untersuchung wurde der Fokus auf das Empfinden und dem Erleben der Auswirkungen medizinisch-psychiatrischer Diagnosen auf Kinder und Jugendliche, im Alter von 8-16 Jahren, gesetzt. Die Befragten haben sich dabei sowohl auf persönliche Erfahrungen, als auch auf berufliche Erfahrungen in der Vergangenheit bezogen. Die Befragung fand jedoch nur einmalig zu einem bestimmten Zeitpunkt statt, sodass eine Begleitung über eine längere Zeitspanne nicht stattgefunden hat.

Zusammenfassend lässt sich daraus erschließen, dass der Fokus dieser vorliegenden Forschung auf soziales Handeln und ein soziales Umfeld liegt. Daraus ergab sich das Ziel, anhand der Untersuchung und einhergehenden Ergebnissen, Handlungsempfehlungen aussprechen zu können. Aus diesen Aspekten wird deutlich, dass es sich bei dieser Forschung um eine empirische Querschnittsstudie handelt.

4.2 Forschungsstrategie

4.2.1 Forschungsmethode und –instrument

Die vorliegende Forschung ist eine qualitative Sozialforschung. Die Befragung ist die am meisten angewandte Methode und wird in 70% aller Forschungen eingesetzt (Raithel, 2006). Sie dient als Standardinstrument und "[...] ist ein systematisch geplanter Kommunikationsprozess zwischen mindestens zwei Personen" (Raithel, 2006, S. 64).

Die qualitative Befragung findet mit Leitfadeninterviews statt, welche "face-to-face" geführt werden. Die Leitfadeninterviews gehören zu den qualitativ teilstandardisierten Interviews und wurden gewählt um "die konkrete Lebenspraxis einer ausgewählten sozialen Gruppe" darzustellen (Schaffer, 2009, S. 109). Ferner ist das Ziel nach Möglichkeit viele verschiedene Betrachtungsweisen auf die Problematik zu erfassen, um die individuellen Interessen der Befragten zu berücksichtigen.

Durch die Berücksichtigung subjektiver Ganzheit und individueller Empfindungen einer Diagnose, können subjektive Ergebnisse entstehen. Jede Profession erlebt den Umgang einer Diagnose in Bezug auf Kinder und Jugendliche anders, sodass eine

Haltung mit all ihren Werten und Normen von anderen abschweifen kann. Durch den individuellen Umgang mit Klienten, können somit Probleme und Aspekte ersichtlich werden, die in der Theorie nicht deutlich werden könnten.

Dies subjektive Sichtweise der Befragten kann durch die teilstandardisierten Interviews gewährleistet werden. Teilstandardisierung bedeutet, dass es eine Abfolge von Fragen gibt, die jedoch offen formuliert und nicht nacheinander in fester Reihenfolge gefragt werden muss. Die Probanden können offen antworten, werden jedoch durch mehr Struktur bei der Beantwortung unterstützt. Dadurch, dass die Fragen in keiner starren Form stehen, bleibt das Interview lebendig und flexibel (Schaffer, 2009). Es ist wichtig, dass alle Fragen des Interviews gestellt werden, um eine Vergleichbarkeit gewährleisten zu können.

Ebenfalls sollten die Interviewer eine neutrale Haltung einnehmen, um so eine ausgeglichene Atmosphäre zu schaffen und den Probanden die Chance zu geben, sich offen zu äußern und ihre Meinung darstellen zu können. Dafür haben die Verfasser jeweils eine Fachkraft aus der Einrichtung des anderen Verfassers befragt, da Fragen über das persönliche Erleben gestellt wurden und dafür die Anonymität der Befragten angenehmer und offener empfunden werden konnte (Schaffer, 2009).

Des Weiteren wird präventiv gegen eine Verfälschung des Ergebnisses gearbeitet. Das Leitfadenterview verläuft tadellos, wenn "weiche Reaktionen" wie zum Beispiel, das Paraphrasieren von Aussagen und das Nachfragen bei Nicht-Verstehen, des Interviewers vorliegen (Schaffer, 2009).

4.3 Verfahrensweise

Im folgenden Abschnitt wird die Verfahrensweise der qualitativen Forschung verdeutlicht.

Aufgrund der Tatsache, dass sich in dieser Untersuchung für teilstandardisierte Interviews entschieden wurde, handelt es sich um eine qualitative Forschung.

Um teilstandardisierte Interviews professionell durchführen zu können, ist es nach Verhoeven zunächst von Belang, anhand von Literatur Hintergrundinformationen mit Daten und Fakten zu der beschriebenen Problematik beziehungsweise Thematik, zu sammeln.

Im Anschluss daran konnten dann die Interviews geführt werden. Zunächst war es an dieser Stelle sinnvoll einen Pretest durchzuführen. Durch diesen konnte man im Nachhinein die Methode und die Instrumente anpassen.

Die Interviews dienen zur Messung, subjektiver Erfahrungen, welche anschließend interpretiert werden konnten. Nach Schaffer ist es nicht notwendig viele Befragungen durchzuführen, was jedoch nicht bedeutet, dass eine Verallgemeinerung stattfinden kann. Prägnant ist der Inhalt, der das Beschreiben, das Verstehen und das Nachvollziehen von sozialem Handeln umfasst. Dieser muss anschließend im Einzelfall in Bezug auf „warum und wofür die Resultate Gültigkeit besitzen“ begründet werden (Mayring, 2002, S. 24).

Die Erhebungen wurden an die einzelnen Professionen angepasst. Aus jeder Zielgruppe wurden, sofern es möglich war, zwei Personen befragt, so dass ein Vergleich möglich war. In einer Zielgruppe konnte jedoch nur eine Person befragt werden.

Um die Interviews durchzuführen, musste ein Ort sowie Datum und Zeit mit den Befragten abgesprochen werden. Wichtig war es im Vorhinein zu klären, dass das Interview auf einem Tonbandgerät aufgenommen wird.

Für die Verfasser dieser Forschungsarbeit war es an dieser Stelle wichtig, die Daten in den Einrichtungen selbst zu erheben. Nach Mayring ist dieses Vorgehen ein Grundsatz der qualitativen Forschung, sodass das Empfinden der Auswirkungen von Diagnosen in einer alltäglichen, natürlichen Umgebung sichtbar wird. (Mayring, 2002).

Im Anschluss musste jedes Interview transkribiert und ausgewertet werden. Dabei wurde sich an den Regeln von Dresing und Pehl (2013) bedient. Bei der Transkription ist es unumgänglich, die Interviews wortwörtlich zu notieren, sodass keine Zusammenfassung zulässig ist. Jedoch dürfen unwichtige Sätze sowie Wort- und Satzbrüche, als auch Verständigungssignale wie „Ehm, Mhm, Ah“ ausgelassen werden (Dresing & Pehl, 2013)

Zur Vereinfachung, Auseinanderhaltung und auch zur Übersicht, wurden Namen der Beteiligten des Interviews abgekürzt. Die befragte Person erhielt den Buchstaben „P“ mit einer Kennnummer, die interviewende Person erhielt die Abkürzung „I“.

Aus diesen Erkenntnissen waren dann Schlussfolgerungen zu ziehen, aus denen man schlussendlich Handlungsempfehlungen schreiben konnte.

4.3.1 Zielgruppe

Wie zuvor bereits erwähnt, wurden für die Forschung verschiedene Professionen verschiedener Fachrichtungen befragt. Diese stellen Fachkräfte dar, die allesamt direkten Einfluss auf die Problematik haben sowie auf die Zielgruppe, mit der sich diese Forschung auseinandersetzt. Wichtig ist, dass alle Sichtweisen berücksichtigt werden, um einen größeren Blickwinkel auf die Problematik zu erlangen (Olsen, 2004).

Die qualitative Stichprobe umfasste acht Befragungen durch teilstandardisierte Interviews. Für jede zu befragende Fachrichtung wurden jeweils zwei Fachpersonen nach dem Auswahlverfahren ausgesucht. Insgesamt wurden dementsprechend vier verschiedene Fachrichtungen eingeschlossen, wobei aus dem Bereich Lehrer eine Fachkraft nicht berücksichtigt werden konnte, jedoch eine dritte Fachkraft im Bereich der Therapeuten zusätzlich befragt wurde. Letztendlich sind acht durchgeführte Interviews für die Untersuchung von Relevanz.

Die zu befragenden Personen wurden nach gewissen Kriterien ausgesucht, sodass ein ganzheitliches Profil der Population zu erfassen ist. Dieses Verfahren nennt sich „theoretical sampling“ (Ullrich, 1990).

Bei der Auswahl wurde bewusst darauf geachtet, sofern es möglich war, einen Repräsentanten jeder Geschlechtergruppe und jeder Altersklasse zu befragen. Ferner wurde darauf geachtet, dass Personen befragt wurden, die bereits länger in ihrer Profession arbeiten sowie Personen, die eventuell gerade erst in ihren Beruf eingestiegen sind. So konnten verschiedene Betrachtungsweisen erfasst werden, um die Fragen am Abschluss dieser Forschung umfangreich beantworten zu können. Die Berücksichtigung aller Ansichten ist also Voraussetzung, um die Problematik aus mehreren Blickwinkeln zu beleuchten und abschließend eine mögliche Lösung

oder Empfehlung aufzuzeigen, die allen Parteien dient und zufriedenstellt.

Kinder- und Jugendpsychotherapeuten:

- Kinder- und Jugendpsychotherapeut 1: Frau, 53 Jahre alt, seit 20 Jahren in ihrem Beruf tätig
- Kinder- und Jugendpsychotherapeut 2: Mann, 30 Jahre alt, seit 5 Jahren in seinem Beruf tätig
- Kinder- und Jugendpsychotherapeut 3: Mann, 59 Jahre alt, seit 33 Jahren in seinem Beruf tätig

Schulsozialarbeiter:

- Schulsozialarbeiter 1: Frau, 37 Jahre alt, seit 6 Jahren in ihrem Beruf tätig
- Schulsozialarbeiter 2: Mann, 48 Jahre alt, seit 15 Jahren in seinem Beruf tätig

Lehrer:

- Lehrer 1: Mann, 36 Jahre alt, seit 8 Jahren in seinem Beruf tätig

Fachkräfte aus dem Pflege- und Erziehungsdienst:

- Fachkraft 1: Frau, 24 Jahre alt, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, seit 2 Jahren in ihrem Beruf tätig
- Fachkraft 2: Frau, 38 Jahre alt, Erzieherin, seit 13 Jahren in ihrem Beruf tätig

4.4 Methode zur Datenanalyse

Die Daten der Interviews wurden im Allgemeinen zunächst generiert. Dies dient dazu, die Interviews einheitlich auszuwerten und zu können und dementsprechend einen Vergleich zuziehen.

Die Interviews wurden zunächst transkribiert. Dazu wurde die Software MAXQDA verwendet, welche auf die qualitative Forschung zugeschnitten ist. Es wurden bestimmte Label erstellt, die die Interviews kategorisch einteilen. Die Kategorien wurden durch Oberbegriffe unterteilt und es wurde ersichtlich, welche Interviews sich überschneiden oder worin konkrete Unterschiede zu erkennen sind.

5. Gütekriterien

In dem weiteren Verlauf werden die Gütekriterien der empirischen Forschung beschrieben und erläutert. Diese Kriterien dienen zur Beschreibung und Einschätzung der Forschungsergebnisse (Mayring, 2002). Die Qualität wird durch die Maßstäbe der Gütekriterien gemessen.

5.1 Validität und Reliabilität

Validität heißt, dass man bei der Durchführung bemüht ist, Einflüsse, die sich auf die Ergebnisse auswirken, zu erkennen, zu beschreiben und zu reflektieren (van der Donk, van Lanen, Wright, 2014). Es beschreibt die Gültigkeit, ob man das gemessen hat, was gemessen werden sollte (Schaffer, 2009).

Reliabilität beschreibt die Zuverlässigkeit der Forschung. Im Kontext der sozialen Berufe, in denen der Mensch im Mittelpunkt steht, ist es kaum möglich eine Forschung auf ein und dieselbe Weise zu wiederholen (van der Donk, van Lanen, Wright, 2014).

Diese beiden Gütekriterien werden oftmals in der quantitativen Forschung angewandt, da sie in der qualitativen Forschung wenig tragfähig sind (Mayring, 2002).

Mayring (2002) stellt sechs Gütekriterien auf, die für die qualitative Forschung von Bedeutung sind.

Zunächst das Gütekriterium der *Verfahrensdokumentation*. Dieses Kriterium macht die Ergebnisse der Forschung wertvoll und den Prozess nachvollziehbar. Voraussetzung dafür ist ein gewisses Vorverständnis für das Forschungsthema und für die Methodik dahinter (Mayring, 2002). Die vorliegende Forschungsarbeit kann dieses Kriterium erfüllen, da bereits eine detaillierte theoretische Grundlage zum Hintergrund vorliegt.

Des Weiteren ist laut Mayring (2002) die argumentative Interpretationsabsicherung ein Gütekriterium. Interpretationen spielen eine große Rolle in der qualitativen Forschung und müssen daher sehr gut begründet sein und theoretisch untermauert. Demnach wird die Qualität gesichert. In dieser Forschungsarbeit liegt dies vor, da die Forschungsergebnisse mit den theoretischen Grundlagen abgeglichen wurden.

Das dritte Gütekriterium ist die *Regelgeleitetheit*. Dabei geht es um ein systematisches Verfahren. Es werden Verfahrensregeln eingesetzt, welche die Forschung wertvoll machen (Mayring, 2002). Für das systematische Vorgehen wurde zuvor ein Zeitplan erstellt. Ebenfalls wurde im Vorfeld darüber beraten, welche Methoden angewandt werden.

Die Nähe zum Gegenstand stellt das vierte Gütekriterium und den Leitfad der qualitativen Forschung dar. Dabei geht es darum, die Probanden möglichst nah an der Alltagswelt zu untersuchen (Mayring, 2002). In der vorliegenden Forschung findet sich auch dieses Kriterium wieder, da unmittelbar in der Einrichtung geforscht wird und die Professionen viel mit der Thematik zu tun haben. Das Interview schließt unmittelbar die Probanden an und wird durch offene gestellte Fragen individuell und objektiv. Das erste Interview wurde zunächst ein Pretest, bei dem geschaut wurde, welche Veränderungen bei den Fragen erfolgen müssen. Dies kann zum Beispiel passieren, wenn sie zu suggestiv gestellt werden. Ebenfalls stellt es sicher,

dass das Instrument beherrscht wird und der Interviewer die vorausgesetzten sozial- kommunikativen Kompetenzen besitzt (Schaffer, 2009).

Das nächste Gütekriterium ist die *kommunikative Validierung*. Hier besteht die Gültigkeit im Vordergrund. Die Probanden bekommen die Ergebnisse und steigen in eine Diskussion ein. Können die Probanden sich in den Ergebnissen wiederfinden, ist dieses Kriterium das Wichtigste der Forschung (Mayring, 2002). Auch in dieser Forschung werden die Ergebnisse vorgelegt und gemeinsam bewertet. Das letzte Gütekriterium bildet die Triangulation. Bei der Triangulation geht es darum, die Validität zu erhöhen und die Zuverlässigkeit der Daten zu kontrollieren. Im Vordergrund steht die Absicht, dem Forschenden ein facettenreiches Bild zu ermöglichen, zum Beispiel durch verschiedene Quellen, unterschiedliche Datenerhebungen und die Daten durch verschiedene Personen erheben lassen zu können. Dazu zählen auch die unterschiedlichen Zielgruppen, die wir befragt haben.

5.2 Objektivität

Im nächsten Punkt wird noch einmal intensiver auf die Objektivität eingegangen. Es ist sehr wichtig, dass die Probanden der Forschung unter keiner Beeinflussung leiden. Durch den Interviewleitfaden bekommen alle Probanden die gleichen Fragen gestellt, um Objektivität gewährleisten zu können. Dies dient ebenfalls der Vergleichbarkeit der Interviews (Schaffer, 2009). Des Weiteren werden die Interviews auf Tonband aufgenommen und transkribiert. Die Probanden können frei und jeder individuell antworten. Ebenfalls wurden die Probanden so ausgewählt, dass es ein bunt gemischtes Bild ergibt. Dies bezieht das Alter, die Profession und das Geschlecht mit ein. Allgemein sollen diese Kriterien für objektive Forschungsergebnisse sorgen.

5.3 Forschungsethik

In der Forschung spielt Ethik eine wichtige Rolle. Es gibt verschiedene Grundsätze, die die Rechte der Probanden sicherstellen, welche im Folgenden dargestellt werden. Die Personen, welche die Forschung durchführen, müssen Entscheidungen treffen, die nicht zur Last der Probanden fallen (Unger, 2014). Diese Entscheidungen werden gründlich durchdacht und ethisch begründet. Von Unger (2014) benennt verschiedene Grundsätze, die den Ethik-Kodex einiger Soziologen widerspiegeln.

Zunächst stellt die Objektivität dar. Diese wird insoweit ausgeführt, dass der Interviewleitfaden ausschließlich mit objektiven Fragen durchgeführt wird, obwohl das Interview in teilstandardisierter Form verläuft. Die Richtung und die Struktur, welche aufgrund der teilstandardisierten Form vorgegeben werden, zeigen Objektivität und Sachlichkeit. Die Interviewleiter nehmen ebenfalls eine objektive Haltung ein und stellen ihre Ansichten und Kenntnisse in den Hintergrund.

Der nächste Grundsatz ist die "Risikoabwägung" und die "Schadensvermeidung". Da die Befragung hauptsächlich in der Einrichtung stattfindet, haben die Probanden keinen zusätzlichen Aufwand. Im Vorfeld gab den Probanden ihr mündliches Einverständnis zu der Befragung ab. Dies zählt zu den Prinzipien der "informierten Einwilligung" (Friedrichs, 2014). Es herrscht kein zusätzlicher Druck und die Befragung verläuft stets freiwillig. Somit haben die Probanden das Recht die

Befragungen jederzeit abbrechen oder abzulehnen (Friedrichs, 2014). Die Untersuchten sollen während der Forschung keinen Schaden davontragen. Das Prinzip der „Nichtschädigung“ wird in dem Fall durch die Anonymisierung der Daten gewährleistet. Ebenfalls wurden im Vorfeld der Einrichtungsleitung das Vorhaben, sowie der Interviewleitfaden vorgestellt.

6. Ergebnisse

Im Vorfeld wurden mit den bereits oben beschriebenen Probanden Interviews durchgeführt. Während der Interviewphase mussten wir mit einigen Absagen und hoher Flexibilität umgehen. Es war schwierig die Probanden zu erreichen und Termine abzusprechen. Innerhalb der Interviews hatten wir keine besonderen Vorkommnisse. Die Probanden waren alle sehr aufgeschlossen und gaben an, dass sie das Thema sehr spannend finden und daher eine Ausgabe unserer Bacheloruntersuchung erhalten möchten.

Die Ergebnisse werden nun im weiteren Verlauf jeweils nach folgender Themenbereiche dargestellt: Stellenwert der Diagnose, Einfluss der Diagnose und der Krankheitsverlauf des Kindes oder Jugendlichen.

6.2 Ergebnisse der Schulsozialarbeiter

In diesem Kapitel werden lediglich die Ergebnisse der Schulsozialarbeiter benannt. Die Ergebnisse beziehen sich dabei die benannten Teilbereiche.

6.2.1 Stellenwert

Als erstes wird sich auf den Aspekt Stellenwert der Diagnosen bezogen. Dabei spielen die Gesichtspunkte "Haltung", "Nutzen" und "Wirtschaft" eine wichtige Rolle.

Beide Schulsozialarbeiter geben an, dass eine Diagnose für ihre Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in der Schule nicht wesentlich sei und in dem Alter noch keinen hohen Stellenwert hat: *"Für unsere Arbeit hier finde ich, ist das nicht unbedingt erforderlich (...)"*.

Ein Befragter macht dies bezüglich deutlich, dass jede Fachkraft, die mit einem Kind oder Jugendlichen in Kontakt steht, ein eigenes Bild des Verhaltens skizzieren sollte und weist damit auf die Individualität jedes Kindes hin. *"Ist zwar dann manchmal doppelte Arbeit, weil der Arzt seine Diagnose stellt und der behandelnde Therapeut hinterher auch noch einmal eine eigene Anamnese macht und Diagnose stellt, aber ich glaube, dass das notwendig ist, um Fehler zu vermeiden."*

Ferner geben beide Schulsozialarbeiter aber zu verstehen, dass Diagnosen auch hilfreich sein können, um Verhaltensmuster einordnen zu können und Hintergrundinformationen zu erlangen. Das Hintergrundwissen kann zum Abgleich dienen, falls Unsicherheiten bezüglich einer Beurteilung bestehen. *"Aha, der hat dieses und jenes, also kann ich den schon einmal irgendwie einkategorisieren (...) ich glaube als Hintergrundwissen, um eine Einschätzung zu haben, was hat jemand anderes schon über dieses Kind gedacht oder nach seiner Art und Weise herausgefunden (...)"*

Ein Befragter fügt dieser Erkenntnis jedoch weiterhin hinzu, dass aufgrund dieser

Kategorisierung oft der Blick für die Details vernachlässigt wird.

Auf der anderen Seite geben die Schulsozialarbeiter beide an, dass viele Kinder und Jugendliche die Diagnose als Ausrede benutzen, um gewisse Verhaltensweisen zu entschuldigen oder auch Schulleistungen zu rechtfertigen. *“Also bestimmte Kinder nutzen das natürlich für sich als Entschuldigung - Was wollen Sie? Ich habe ja ADHS oder ich habe Depressionen.”*

Ein Befragter beschreibt diese Haltung, die die Kinder einnehmen, als eine Art selbsterfüllende Prophezeiung, *“dann ist es durchaus, der Schritt liegt nahe, dass das Kind möglicherweise die Diagnose ja auch für sich nutzt, oder sagen wir mal als selbsterfüllende Prophezeiung, wenn ich dem Kind sage, dass es depressiv ist, dann muss es ja auch, ich sag mal dieser Diagnose entsprechen und sich dementsprechend verhalten, also im negativen.”*

Zu den wirtschaftlichen Interessen äußern sich beide Befragten mit der Aussage, dass Kinder mit einer gestellten Diagnose schneller und besser an Fördermittel gelangen und eine Diagnose an dieser Stelle also sehr nützlich ist: *“Wenn es um grundsätzlich zum Beispiel in einer Schule um Förderbedarf geht, ist es hilfreich oder bestimmte Fördermittel für das Kind anzubieten.”*

Einer der Schulsozialarbeiter sucht die Ursache für den Anstieg der Diagnose in der Wirtschaft und bezieht sich dabei unter anderem auf die Pharmaindustrie, *“(…) dann habe ich ja dadurch, dass ich eine neue Diagnose erfunden habe, eine neue Diagnose produziert habe, habe ich auch ganz viele Kranke und Behandlungsbedürftige produziert (...) die dann meiner wegen die ganzen Tabletten kaufen und bezahlt bekommen, also dienen wir damit der Industrie, der Pharmaindustrie, (...) ja beschäftigen die ganzen Therapeuten, die sich mit den Kindern befassen müssen.”*

6.2.2 Einfluss

In diesem Kapitel geht es darum, welchen Einfluss die Diagnosen auf die Kinder und Jugendlichen haben. Dies wird anhand der Mikro-, Meso- und Makroebene beschrieben.

Auf Mikroebene wird der Einfluss von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen zwiespältig gesehen. Auf der einen Seite sind sich die Befragten einig, dass Kinder und Jugendliche durch die Diagnose in ihrem freien Handeln und Verhalten eingeschränkt sind und somit die Individualität jedes Kindes begrenzt wird. Die Befragten sind sich sicher, dass die Kinder durch die Diagnose in ein zugeschriebenes Verhaltensmuster hineingedrückt werden: *“Also das es gehemmt wird darin, sich anders zu verhalten. Sondern vielleicht bewusst oder unbewusst bemüht ist, der Diagnose zu entsprechen.”*

Weiterhin wird erwähnt, dass durch die Diagnosen eine gewisse Voreingenommenheit besteht und die Kinder und Jugendlichen anders betrachtet werden mit Diagnose, als ohne Diagnose.

Ferner fügt die Sozialarbeiterin hinzu, dass die Diagnose das Wohlbefinden der Schüler beeinflussen kann: *“Und es gibt natürlich Schüler, die sich schämen, die überhaupt damit nicht klarkommen.”*

Eine Schulsozialarbeiterin gibt an, dass der Grad des Einflusses auf die Kinder und Jugendlichen aber auch von dem Alter und der Intelligenz abhängig ist.

Auf der Mesoebene werden vor allem die Eltern der psychisch kranken Kinder benannt.

Laut Schulsozialarbeiter, entziehen die Eltern sich ihrer Verantwortung und beziehen das Verhalten des Kindes ausschließlich auf die Diagnose, ohne mögliche Gründe mit in Erwägung zu ziehen. Sie nutzen die Diagnose als Begründung und Entschuldigung der derzeitigen Lebenssituation: *“Ja sie können sagen, das ist gar nicht meine Schuld, dass das Kind so geraten ist, sondern es hat ja diese und jene Störung, das ist schließlich belegt, aber man könnte das jetzt auch ganz negativ ausdrücken, dass sich Eltern schön ausruhen können, weil es gibt einen Schuldigen und das ist das Kind selber.”*

Die Befragten erwähnen zudem, dass eine Diagnose auch bei Eltern mit Scham verbunden ist und sich oftmals, aus diesem Grund, eine Zusammenarbeit als schwierig gestaltet: *“(…) Großer Teil Eltern, also wenn Eltern sagen, Wir wollen nicht, da wird auch nichts gemacht. Also leider eher weniger, als mehr erleben wir diese Kooperation.”*

Auf der Makroebene wird vor allem darauf eingegangen, dass die Kinder und Jugendlichen einen Ruf von der Gesellschaft zugeteilt bekommen, *“(…) nur jetzt haben sie eben den Stempel und ein ärztliches Siegel, dass es auch so ist. Früher waren es eben einfach Kinder, die ein bisschen auffällig waren- Zappelphilippne, das ist ja so das klassische Beispiel glaube ich.”*

Ein Schulsozialarbeiter ist in diesem Zusammenhang der Überzeugung, dass die Gesellschaft für die steigenden Diagnosen selbst verantwortlich ist, Diagnosen teilweise erfunden werden und die Zahlen somit verfälscht werden: *„aber ja man schafft dann auch irgendwo Kranke, man produziert kranke Kinder, dadurch das man denen so eine Diagnose verpasst, das so eine Diagnose überhaupt existiert.“*

Die Schulsozialarbeiter weisen ferner daraufhin, dass das Thema psychische Krankheiten allgemein immer noch ein Tabuthema ist und bei vielen auf Unbehagen schlägt: *“Es ist leider größtenteils in der Gesellschaft so, dass die sie sich dafür schämen, alles was mit Therapie, Psychiatrie zu tun hat. Also wenn wir in dem Bereich psychiatrische Sachen gehen. Wenn das natürlich um gesundheitliche Sachen geht, funktioniert das einfacher.”*

6.2.3 Krankheitsverlauf

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zum Krankheitsverlauf beschrieben sowie Gesichtspunkte zur Genesung aufgeführt.

Im Bereich der Wahrnehmung haben die Schulsozialarbeiter verschiedene Aspekte

benannt. Die Diagnosen alleine werden nichts verändern und es sollten weitere Maßnahmen erfolgen, die den Klienten unterstützen und helfen, *“Es können viele positive Sachen passieren, aber nur dann, wenn nicht nur Diagnose ist, wenn da wirklich dahinter auch noch dementsprechende Behandlung kommt (...) Das ist ein Prozess, indem man lösungsorientiert versucht.”*

Bezüglich möglicher Maßnahmen, werden weiterhin von den Befragten Alternativen aufgeführt, welche den Weg ohne eine gestellte Diagnose aufzeigen, *“Es gibt alternative Beratungsstellen, zum Beispielschulpsychologische Beratungsstellen, (...) in unterschiedlichen anonymen Gruppen, zum Beispiel auch Jugendamt und Erziehungshilfe. Das sind diese typischen Hilfemethoden, wenn keine Diagnose festgestellt wird.”*

Als einen hemmenden Aspekt in dem Krankheitsverlauf, benennen die Schulsozialarbeiter Arzneimittel und die Ausreden, die die Kinder und Jugendlichen damit verbinden: *“Das allerschlimmste ist, wenn bei diesen psychiatrischen Geschichten Medikamente mit reinkommen. Das ist wirklich sehr, sehr kompliziert, weil das Kind kann sich alles erlauben, es hat auch was in der Hand, Tabletten, er hat Diagnose und damit ist alles erledigt.”*

Bezüglich des Therapieverlaufes wurde vor allem angesprochen, dass wie schon erwähnt, nicht allein die Feststellung der Diagnosen reicht, sondern immer eine darauf aufbauende Therapie erfolgen sollte. Diese weiteren Hilfen seien notwendig, um dem Kind weiterhin Unterstützung zu bieten, sowie einen möglichen Lösungsweg bis hin zur Genesung zu gewährleisten.

Als weiterer Punkt wird erwähnt, dass oftmals die Eltern nicht bereit sind das Kind an seiner Erkrankung arbeiten zu lassen und die Kooperation zwischen Schule, Ärzten, Therapeuten und Lehrern während des Behandlungsprozesses nicht glückt.

Der Genesungsprozess wurde insgesamt nur kurz angesprochen, da beide Schulsozialarbeiter angaben, nicht viel darüber zu wissen. Vor allem ein dauerhafter Zustand der erkrankten Kinder und Jugendlichen wurde angesprochen. Es wird davon ausgegangen, dass die psychischen Erkrankungen eine Art Lebensstil der Kinder und Jugendlichen sei und sie sich daran gewöhnen müssen. Die Krankheit wird zur Lebensaufgabe.

6.3 Ergebnisse der Therapeuten

Im weiteren Verlauf werden die Ergebnisse der Therapeuten benannt. Dazu wurden eine weibliche Therapeutin und zwei männliche Therapeuten aus unterschiedlichen Kliniken befragt.

6.3.1 Stellenwert

Wieder wird zunächst auf den Stellenwert eingegangen der die "Haltung", den "Nutzen" und die "wirtschaftlichen Interessen" miteinbezieht.

Eine der Befragten betont zunächst, dass es sehr wichtig ist die Diagnosen mit Respekt und Vorsicht zu behandeln. Diesbezüglich geht die Therapeutin vor allem auf die Schweigepflicht ein. Sie gibt an, dass es schwere Folgen haben könnte, wenn jemand Unbekanntes Befugnis über die festgestellten Diagnosen hat. Auch der Therapeut gibt an, dass Diagnosen in Verbindung mit vielen Folgen für die Kinder und Jugendlichen stehen. Er erwähnt, dass diese ein Leben lang in der Akte eines Patienten stehen werden.

Die Therapeuten beschreiben einen eher niedrigeren Stellenwert der Diagnosen und geben an, dass diese lediglich der Abrechnung und der Information dienen. Die Therapeuten stellen fest, dass die Diagnose in ihrer eigenen, persönlichen Arbeitsweise zunächst hinten anstehe und als nebensächlich gewertet wird. *„Die Diagnose entwickelt sich möglicherweise erst beim Tun, im Rahmen der Therapie, da ist die Frage, was haben wir für ein Störungsbild und was ist das Ziel der Therapie?“*

„Unabhängig von der Diagnose.“

Ebenfalls erwähnen sie, dass es zum kommunikativen Zweck eine Arbeitserleichterung sei, da Fachleute sofort wissen, worum es sich bei dem Klienten handelt.

Eine Therapeutin beschreibt, dass die Diagnose erst am Ende der Behandlung eine Rolle spielt, um eine komprimierte Aussage im Rahmen des Abschlussberichtes treffen zu können. Zunächst möchte sie aber das Kind kennenlernen, es wahrnehmen und spüren.

Ferner macht sie deutlich, dass sie über den Umgang mit Diagnosen erst im Laufe ihrer Berufserfahrung näher nachgedacht hat: *„(...) in meiner Unerfahrenheit einfach vergessen immer wieder, habe ich vergessen einfach den Menschen zu sehen und nicht erstmal die Diagnose zu sehen (...).“*

Als schwierig schätzt der Therapeut die Abgrenzung zwischen dem Krankheitswert und der Banalität ein. Diagnosen seien ungenau und treffen keine deutlichen Aussagen. Ein Therapeut gibt an, dass die Diagnosen den Patiententeilweisen nicht gerecht werden können. Ein weiterer Befragter beschreibt die Diagnosen in diesem Zusammenhang als ungerecht. Er gibt an, dass die Patienten darunter leiden würden, nicht individuell gesehen zu werden. Dadurch kann ein Widerstand von den Patienten erzeugt werden. *„Also es wird versucht ein Diagnoseregister zu erstellen und Dinge zu vereinheitlichen, um den Umgang zu erleichtern. Also man versucht jetzt Schubladen zu bauen, indem man den Patienten reinstecken kann, aber die Patienten passen nicht immer in die Schubladen rein. Dann werden sie manchmal reingequetscht und das passt nicht so richtig, weil man möchte, dass das Schubladensystem was man sich gebaut hat auch funktioniert.“*

Ein Therapeut erwähnt diesbezüglich, dass viele Ärzte den Patienten von der Diagnose aus betrachten, aber nicht vom Patienten direkt.

Laut eines Befragten gibt eine Diagnose dem Gesamten einen Namen, erweist sich jedoch nicht immer als notwendig, *„Da ist die Diagnose zunächst mal nicht wichtig, sondern dass was dann zur Therapie führt ist dann das Symptom.“*

Die Behandlung des Patienten wird damit begründet, jedoch ist die Diagnose für die Kinder und Jugendlichen oftmals sogar unbedeutend.

Die Therapeutin ist der gleichen Meinung und gibt an, dass es viele Unterschiede auch innerhalb der Krankheitskategorie gibt und diese eindeutig kategorisiert werden kann.

Die Diagnose gibt den Therapeuten ferner jedoch eine klare Leitlinie, die sie während ihrer Arbeit fahren können.

Die Befragten geben ebenfalls an, dass Diagnosen nur der Verwaltung der Patienten dienen, wie zum Beispiel der Versicherung.

In dem Bereich des wirtschaftlichen Interesses wird die Qualitätssicherung benannt. Durch das Stellen der Diagnose, können Krankenkassen Stunden verschreiben und zum Beispiel ambulante Unterstützung genehmigen. Dies kann ausschließlich durch eine gestellte Diagnose erfolgen, so der Therapeut.

6.3.2 Einfluss

Der Einfluss von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen wird wieder auf den drei Ebenen der Mikro-, Meso- und Makroebene beschrieben.

Zunächst lässt sich bei den Ergebnissen benennen, dass alle Therapeuten angeben, dass die Kinder und Jugendlichen durch medizinisch-psychiatrische Diagnosen eine Art Stempel erhalten und auf Grund dessen stigmatisiert werden, *„Das ist die Gefahr, die eigentlich dahinter für mich leiert.“*

Weiterhin kann es den Kindern und Jugendlichen peinlich und unangenehm sein und sie empfinden die Diagnose als Ballast. Ein Therapeut beschreibt, dass eine Diagnose bei den Kindern und Jugendlichen eine Verunsicherung hervorrufen kann und sie probieren, Antworten auf ihre Symptome und Problematiken im Internet zu recherchieren. Im Internet gelangen sie an Informationen, die ihnen Schaden und Verunsicherung zubereiten können.

Des Weiteren kann die Problematik entstehen, dass sie sich mit der Diagnose zu sehr identifizieren und sich immer mehr in die Krankheit hineindrängen.

In der Arbeit mit dem Kind spielt die Art und Weise der Mitteilung der Diagnose an das Kind eine weitere, wichtige Rolle. Die Kinder entscheiden, ob sie etwas mit dem Begriff der Diagnose anfangen wollen oder lieber symptomorientiert arbeiten möchten.

Außerdem beschreibt ein Therapeut, dass Fehldiagnosen enorme Auswirkungen auf die Kinder haben

„Wenn jemand eine Diagnose angehängt bekommt, die möglicherweise nicht zutreffend ist, kann das natürlich einen Grad von

Behinderung bedeuten.“ Für ihn kann eine Diagnose Chancen erhöhen, aber auch Chancen zerstören.

Durch die Unschärfe einer Diagnose, besteht die Gefahr, dass das Kind nicht in seiner Einmaligkeit

berücksichtigt wird, was auch in folgender Aussage deutlich wird: *„Ich sehe das so, dass wir einen Menschen einfach immer wieder durch die Brille dieser Diagnose betrachten. Und nicht frei von Diagnosen, sondern, Aha ja dieses Kind hat eine Angststörung Punkt.“*

Auf der Mesoebene beschreibt ein Therapeut, dass die Diagnosen den Eltern helfen können und die Kinder endlich einen Namen für die Problematik haben. Es gibt aber auch Eltern, die es nicht weiter interessiert und die sich völlig losgelöst von der Diagnose zeigen. Ein anderer Therapeut erzählt, dass es für die Eltern auch eine Stigmatisierung ihrerseits darstellen könnte und dies sich negativ auf das Kind auswirken kann, "(...) kann natürlich auch Auswirkungen auf das Kind haben. Nach dem Motto Das lernst du sowieso nie."

Die Eltern zeigen einerseits die Reaktion, dass sie ihr Kind überbehüten und andererseits vernachlässigen, erklärt der Therapeut.

Auf der Makroebene geben alle drei Therapeuten an, dass die Gesellschaft Menschen mit einer psychischen Erkrankung oftmals stigmatisieren, vor allem wenn sie unwissend über Diagnosen sind und keinerlei Hintergründe dazu kennen. Weiterhin bleibt es den Menschen immer im Hinterkopf, sofern ein Kind oder Jugendlicher einmal an einer Störung gelitten hat. Weniger wird in Betracht gezogen, dass er diese Störung bewältigen konnte und nun wieder gesund sein könnte: *"Ich sehe das so, dass wir einen Menschen einfach immer wieder durch die Brille dieser Diagnose betrachten. Und nicht frei von Diagnosen, sondern, Aha ja dieses Kind hat eine Angststörung Punkt. Und ich gucke nicht mehr hin was ist wirklich jetzt, vielleicht war es vor zwei Jahren, was ist aber heute? Was ist heute passiert mit ihm?"*

6.3.3 Krankheitsverlauf

Im nächsten Abschnitt wird auf den Krankheitsverlauf der Kinder und Jugendlichen eingegangen.

Im Bereich der Wahrnehmung äußern alle Therapeuten eine ähnliche Meinung. Insgesamt könnte die Lebensqualität der Patienten durch eine Diagnose verbessert werden. Die Diagnosen sollten dabei aber möglichst der Realität entsprechen und diese widerspiegeln.

Innerhalb der Therapie sollte die Bedeutung der Diagnosen nachvollziehbar und deutlich sein. Ein Therapeut gibt an, dass, abhängig von der Diagnose, den Kindern und Jugendlichen Hoffnungen zu einem gelingenden Verlauf gemacht werden kann, oder aber eben keine Hoffnungen gemacht werden sollten.

Einer der Therapeuten erwähnt, dass Diagnosen die Kinder und Jugendlichen teilweise motivieren können, an deren Ziele effektiver arbeiten zu können. Auch die Eltern können teilweise mit der Diagnose etwas mehr anfangen und informieren sich über Störungsmodelle, um gegebenenfalls zu Hause Handlungsmethoden einsetzen zu können.

Bei dem Genesungsprozess geben alle Therapeuten an, dass es von vielen Faktoren abhängt, ob ein Prozess beschleunigt werden kann oder ob er gehemmt wird. Dabei erwähnt eine Therapeutin, dass die Kombination von biologischen und genetischen Faktoren relevant ist, ob ein Kind dazu in der Lage ist gesund zu werden oder Krisen zu überstehen. Die Kognitionen, Ressourcen und Strukturen spielen dabei eine

wichtige Rolle. Anhand der Diagnosen kann man prognostische Aussagen treffen, ob das Kind Chancen auf eine Genesung hat.

Durch die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen sind Menschen im Umfeld des Patienten voreingenommen und die Kinder und Jugendlichen bekommen nur wenig Chancen sich frei entwickeln zu können.

6.4 Ergebnisse der Fachkräfte

Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse der Fachkräfte verschriftlicht. Auch diese werden aufgeteilt in Stellenwert, Einfluss und Krankheitsverlauf.

6.4.1 Stellenwert

Zunächst wird auf den Stellenwert der medizinisch-psychiatrischen Diagnosen eingegangen.

Bei der Haltung gegenüber Diagnosen benennen beide Fachkräfte, dass Diagnosen die Kinder und Jugendlichen besser einordnen und kategorisieren lassen. Vor allem die Krankheit Anorexia nervosa lässt sich einordnen und daraufhin werden bestimmte Richtlinien verfolgt, wie zum Beispiel einen Essensplan zu erstellen.

Dazu geben sie an, dass die Diagnose jedoch nicht immer stimmt und diese auch oft geändert wird, *„Ich muss ja vom Mensch ausgehen, der mir gegenüber steht“*.

Im Arbeitsalltag steht die Diagnose nicht im Vordergrund und die Patienten werden individuell gesehen und wahrgenommen.

Die Diagnosen an sich haben den Nutzen spezielle Vorgehensweisen für die Patienten erarbeiten zu können. Trotzdem soll, laut der befragten Fachkräfte, jeder Patient unabhängig von der Diagnose individuell gesehen zu werden.

Wirtschaftlich gesehen sorgen Diagnosen dafür, dass zunächst einmal ein Grund besteht, um die Kinder und Jugendlichen in eine Therapie oder Behandlung aufnehmen zu können. Über die Diagnosen kann die Krankenkasse dann diese Behandlung abrechnen.

6.4.2 Einfluss

Im nächsten Abschnitt wird sich mit dem Einfluss der medizinisch-psychiatrischen Diagnosen beschäftigt. Dieser wird wieder auf drei Ebenen unterteilt.

Auf der Mikroebene gibt die befragte Fachkraft an, dass Kinder mit einer Diagnose oftmals mit einer anderen Ausdrucksweise angeschaut werden, die Kinder diesen Ausdruck wahrnehmen und das letztendlich schädlich für ihr Selbstbewusstsein ist. Für sie ist es schwierig, zu ihrer Krankheit stehen zu können und sich von Gleichaltrigen abzugrenzen. Die Fachkraft beschreibt, dass sie daraufhin stigmatisiert werden und sich teilweise noch mehr ihrer Krankheit fügen.

Weiterhin stellt eine Diagnose diesbezüglich für die Kinder und Jugendlichen eine große Belastung dar, die mit Scham und sozialer Isolation einhergehen kann. Vor allem in der Pubertät kann es einen starken Einfluss auf die Entwicklung der Kinder nehmen.

Die Kinder und Jugendlichen benutzen ihre Krankheit auch oftmals als Ausrede, "(...) *Ich hatte mal eine Patientin, die hat gesagt, „Ich bin Borderlinerin, das ist halt nun mal so.“ Und hat das natürlich schön für sich genutzt und ich glaube, dass das nicht unbedingt gut ist für die Patienten oder gerade für die Kinder und Jugendlichen.*"

Des Weiteren wird in den Befragungen erwähnt, dass die Diagnose auch für die Zukunft der Kinder und Jugendlichen eine Rolle spielt und die Kinder vorbelastet sind

„*Weil ich die Erfahrung gemacht habe, dass das die Kinder lange verfolgt. Also die haben das immer in den Arztberichten drinstehen, dass die das haben und danach wird dann schon vorgeurteilt, obwohl das Kind noch gar nicht bekannt ist.*"

Auf der Mesoebene geht es zentral um die Eltern der erkrankten Kinder. Diese können zum einen durch die Diagnose Rücksicht auf ihr Kind nehmen, zum anderen können sie sich jedoch auch ungeduldig zeigen. Die Andere Fachkraft gibt an, dass es teilweise auch durch die gestellte Diagnose einfacher für die Eltern sei, das Kind zu akzeptieren.

Auf der Makroebene geben die Fachkräfte an, dass nach einer Diagnose der Einstieg in das soziale Leben sich schwierig gestalten kann. Die Erkrankungen werden teilweise nicht als Erkrankungen angesehen: "(...) *Also Depressionen ist ja hier bei uns ein ganz großes Thema und das ist ja in der Welt außerhalb von Therapie oder stationären Einrichtungen immer noch so, dass oft gesagt wird, das ist keine Erkrankung.*"

Psychische Krankheiten sind ein Tabuthema in der Gesellschaft.

Eine Fachkraft erzählt von ihrer Einrichtung und beschreibt, dass Diagnosen teilweise reduziert werden. Die Kinder werden manchmal mit sieben Diagnosen in die Einrichtung aufgenommen, am Ende jedoch nur noch mit drei Diagnosen entlassen.

Diesen Prozess bewertet sie als positiv.

6.4.3 Krankheitsverlauf

Im nächsten Abschnitt wird näher auf den Krankheitsverlauf der Kinder und Jugendlichen eingegangen.

Bezüglich des Krankheitsverlaufes und des Genesungsprozesses der Kinder und Jugendlichen, beschreibt eine Befragte, dass die Krankheit häufig durch eine eigene Störung der Eltern ihren Lauf nimmt. Die eine Fachkraft gibt an, dass sie teilweise denkt, dass Eltern auch eine Diagnose haben oder eine bräuchten. Sie erzählt, dass der Anteil von Patienten mit erkrankten Eltern enorm gewachsen ist.

Im Verlauf der Therapie wird festgestellt, dass die Eltern oftmals unkooperativ sind und dass Auswirkungen auf den Verlauf des Kindes haben kann. Generell sorgen familiäre Einflüsse und das Umfeld für unterschiedliche Auswirkungen.

Während der Therapie ist die Individualität des Kindes wichtig. Nicht die Diagnose, sondern der Weg kann zur Genesung des Kindes beitragen. Die eine Fachkraft gibt an, dass man sich darüber im Klaren sein muss, dass nie ein Kind komplett gesund nach Hause geht. Der Rückgang ins soziale Leben wird als schwierig beschrieben, *“(...) Also gerade, wir haben auch immer wieder viele Jugendliche mit Drogenkonsum und wenn man natürlich in das Umfeld zurückkommt, wo alle Drogen nehmen, ist es natürlich schwierig da auch auszusteigen (...)”*.

Ferner wird beschrieben, dass nicht die Diagnose ausschlaggebend für eine Genesung ist, sondern der Weg durch die Behandlung. Als wichtigerachtet wird hier, dass Diagnosen reduziert werden sollten, *„Wir haben teilweise Patienten, die mit sieben Diagnosen kommen und Gott sei Dank dann nur noch mit drei oder vier gehen“*.

6.5 Ergebnisse der Lehrer

Im weiteren Abschnitt werden die Ergebnisse des Lehrers beschrieben. Diese werden nach Stellenwert und Einfluss der medizinisch-psychiatrischen Diagnosen aufgeteilt.

6.5.1 Stellenwert

In der Lebenswelt der Schule haben medizinisch-psychiatrische Diagnosen einen hohen Stellenwert: *„Für mich als Lehrer ist es schon wichtig so etwas zu wissen, um ein gewisses Verhalten einordnen zu können (...)“*. Der Lehrer gibt an, dass er über die Diagnose beispielsweise mit den Eltern und Therapeuten ins Gespräch kommt und seinen Unterricht daran anpassen kann. Er würde sich an dieser Stelle jedoch wünschen mehr eingebunden zu werden, da er beispielsweise kein großes Wissen über medizinische Fachbegriffe hat und dementsprechend eine Diagnose nicht sofort versteht. Insgesamt kann er durch eine Diagnose jedoch die Mechanismen des Kindes besser verstehen. Der Lehrer gibt an, dass man durch die Diagnose aber auch voreingenommen ist.

Ergibt weiterhin an, dass es früher keine Diagnosen gab, anders mit dem Verhalten der Kinder umgegangen wurde und nun viel mehr diagnostiziert wird, *“Ich erinnere mich an meine Schulzeit, ist ja noch ein bisschen länger her (lacht) und dort wurde keine Diagnose gestellt. Ritalin oder andere Mittel kannte keiner. Das war dann halt der Zappelphilipp, das war dann halt das stille Mäuschen, das war halt (.) da wurde nie diagnostiziert. Zum Beispiel LRS so, dann musste der sich mal hinsetzen und ein bisschen Diktate üben und so.”*

Als Grund für diese Entwicklung nennt er die Leistungsoptimierung und Selbstoptimierung, *“(...) die wir ja so erfahren durch Ratgeber (...)“*.

Der Lehrer beschreibt ferner, dass eine Diagnose für die Eltern und Kinder eine Erleichterung darstellen kann und sie das Verhalten so besser einordnen können. Seiner Meinung nach sollten Diagnosen und Einordnungen jedoch anders gehandhabt werden, um eine Etikettierung zu vermeiden: *„Weil Diagnose ist wichtig, bloß die muss irgendwie anders verpackt werden“*. Der Befragte gibt an, dass heutzutage überdiagnostiziert wird und beispielsweise Medikamente als Heilmittel angesehen

werden, obwohl sie den Kindern in ihren jungen Jahren sehr schaden können.

6.5.2 Einfluss

Im weiteren Verlauf wird auf den Einfluss von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen auf Kinder und Jugendliche eingegangen. Dies wird auf die Mikro-, Meso- und Makroebene eingeteilt.

Auf der Mikroebene werden die Kinder und Jugendlichen auch innerhalb der Schule stigmatisiert. Der Lehrer beschreibt, dass sie Sticheleien ausgesetzt sind, was an ihrem Selbstwertgefühl kratzt. Der Lehrer benennt vor allem die Jugendlichen, die gerade in der Pubertät sind und gibt an, dass dies viele Auswirkungen mit sich führen kann, insbesondere auf die Entwicklung und auf das Wesen des Kindes. „(...) weil ihr glaubt gar nicht was Kinder alles mitbekommen. Man denkt ja auch, man könnte was verheimlichen (...) Die Kinder merken sofort okay irgendwas stimmt mit mir nicht (...)“. Dies bezüglich beschreibt er auch, dass er persönlich der Meinung ist, dass es darauf ankommt, welcher Arzt die Diagnose stellt: „Wie schnell sie ihren Rezeptblock zücken und wie viel, vielleicht gibt es auch andere Mittel (...)“.

Auf der Mesebene haben Diagnosen eine Auswirkung auf den Schulunterricht, gibt der Lehrer an. Der Unterricht wird speziell auf die Kinder angepasst, „(...) Und in Deutsch ist es dann einfach so, dann geh ich zum Beispiel an das Thema Tod ganz anders heran. Ja weil mir ist das auch schon mal passiert, da wusste ich das nicht und dann habe ich einen Roman gewählt, wo Tod eine zentrale Rolle spielt und auf einmal brechen zwei Kinder in Tränen aus (...)“.

Als wichtig erachtet der Lehrer, dass alle, Elternhaus, Schule und Therapie, an einem Strang ziehen sollten. Die Klasse, in der sich das Kind aufhält, sollte zunächst nichts von der Diagnose des Kindes erfahren, da Kinder sich gegenseitig ärgern und das Kind damit aufziehen würden.

Als letzten Punkt erwähnt der Lehrer noch Medikamente. Ergibt an, dass durch Medikamente viele Menschen den Problemen und Auseinandersetzungen einfach aus dem Weg gehen.

Auf der Makroebene gibt der Lehrer deutlich zu verstehen, dass Therapie mittlerweile Mangelware ist und Kinder bis zu zwei Jahre auf ihre Termine warten müssen. Ebenfalls besteht großer Personalmangel, sodass schwierig ist den Kindern und Jugendlichen zeitnah und individuell helfen zu können. Insgesamt ist er der Meinung, dass die Gesellschaft offener werden sollte, um eine „Brandmarkung“ abschaffen zu können.

7. Schlussfolgerungen

In den folgenden Abschnitten werden aus den zuvor dargestellten Ergebnissen, der durchgeführten Interviews, Schlussfolgerungen gezogen. Diese werden auf die verschiedenen Berufsgruppen unterteilt, um abschließend ein Resümee bilden zu können. Dieses wird mit Fachliteratur untermauert.

7.1 Schlussfolgerungen der Schulsozialarbeiter

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Schulsozialarbeiter zusammengefasst und interpretiert. Dazu wird sich erneut auf die Teilbereiche "Stellenwert", "Einfluss" und "Krankheitsverlauf" bezogen.

Stellenwert

In Bezug auf den Stellenwert der medizinisch-psychiatrischen Diagnosen lässt sich sagen, dass beide Schulsozialarbeiter die Thematik zwiespältig sehen. Vor allem die Körpersprache der beiden, verdeutlicht, dass sie eine nachdenkliche Haltung einnehmen. Zunächst geben beide an, dass Diagnosen in ihrer Einrichtung keinen hohen Stellenwert haben. Die Kinder und Jugendlichen werden als eigenständiges Individuum angesehen, ohne jegliche Vorbelastungen. Das lässt darauf schließen, dass die Kinder und Jugendlichen innerhalb der Schule ganz sie selbst sein können und unabhängig von ihrer Krankheit in die Gemeinschaft inkludiert werden.

Inklusion hat an diesem Punkt deshalb einen hohen Stellenwert, da soziale Kontakte und somit ein gesundes soziales Netzwerk, durch all die Aufgaben, die es mit sich bringt, das Selbstbild des Kindes aufbessern kann (Tielemann, 2011)

Des Weiteren geben die Schulsozialarbeiter an, dass eine Diagnose ihnen als Hintergrundinformation dienen kann. Durch Hintergrundinformationen ist man immer vorbereitet und kann dem Klienten möglicherweise strukturierter und professioneller begegnen. Ebenfalls kann eine Diagnose den Kindern ermöglichen Fördermittel zu bekommen und an die Unterstützung zu gelangen, die sie benötigen. Auf der anderen Seite sprechen beide Schulsozialarbeiter auch negativ behaftete Aspekte aus. Vor allem der Schulsozialarbeiter gibt an, dass mittlerweile immer mehr Diagnosen produziert werden, wodurch wiederum immer mehr Kranke geschaffen werden.

Auch die Pharmaindustrie spielt dabei eine wichtige Rolle, da immer mehr Kinder und Jugendlichen Medikamente verschrieben werden und diese ihre Entwicklung deutlich beeinträchtigen können (Frenkel, Randerath, 2017).

Einfluss

In den Interviews mit den Schulsozialarbeitern wird deutlich, dass es von der Mikro-, Meso- und Makroebene abhängig ist, inwiefern das Kind durch die Diagnose beeinflusst wird.

Eine Sozialarbeiterin gibt an, dass zunächst einmal das Alter sowie das Intelligenzniveau eine Rolle spielt. Ein Kind im jüngeren Alter oder ein Kind mit niedriger Intelligenz realisiert daher noch nicht explizit, was eine Diagnose bedeutet

oder was diese für die Zukunft bedeuten kann.

Nach Aussagen und Erfahrungen der Schulsozialarbeiter schämen sich viele Kinder jedoch auch für die Diagnose und fühlen sich gehemmt darin sich anders zu verhalten. Sie verhalten sich bewusst oder unbewusst entsprechend der Diagnose, woraus resultieren kann, dass die Entwicklung des gezeigten Verhaltensbildes weiter in die Richtung der aufgestellten Diagnose geht, anstatt zu einer Veränderung führt. Besonders im Schulalter setzen sich Kinder mit ihrer Umwelt und all ihren Unverständlichkeiten auseinander (Tielemann, 2011). Sie haben das Verlangen danach etwas zu lernen und produktiv zu sein. Können diese Kinder und Jugendliche diese Realität und die Veränderungen in ihrer Umwelt aber nicht verarbeiten, wirkt sich das negativ auf das Selbstwertgefühl aus (Schöter, 2012).

Aus den Ergebnissen wird ferner deutlich, dass eine Diagnose auch als Ausrede und Entschuldigung genommen wird, woraus schlussfolgernd eine Entwicklung des Verhaltens, im positiven oder negativen Sinne, schwere einzuschätzen ist.

Durch die Ergebnisse der Schulsozialarbeiter wurde somit deutlich, dass eine Diagnose gleichzeitig eine Sonderposition für die Kinder und Jugendlichen bedeutet, wodurch in diesem Zusammenhang schnell eine Stigmatisierung miteinhergehen kann. Die Kinder und Jugendlichen grenzen sich selbst beziehungsweise durch die Diagnose aus und werden neben den anderen Schülern nicht als „normal“ betrachtet. Als Folge davon kann eine Diskriminierung und Abwertung zusammengefasst werden, die das Kind und den Jugendlichen gleichermaßen negativ beeinflussen.

Die Aufgabe der Schulsozialarbeiter ist es an dieser Stelle sich dieser Stigmatisierung bewusst zu sein, dieser entgegen zu steuern und sie im besten Fall zu verhindern (Ahmedani, 2011).

Die Schulsozialarbeiter bewerten eine Diagnose zum großen Teil auch für die Eltern als Ausrede und Entschuldigung. Insgesamt machen die Sozialarbeiter die Erfahrung, dass die Eltern unkooperativ sind und sich durch die Diagnose aus der Verantwortung ziehen. Die Erfahrungen können dahin gehend interpretiert werden, dass eine Diagnose für die Arbeit der Sozialarbeiter nur dann sinnvoll ist, wenn die Eltern sich ebenfalls mit ihrem eigenen Verhalten, mit dem Verhalten des Kindes und der zusammenhängenden Diagnose auseinandersetzen und Verantwortung zeigen.

Schlussfolgernd dazu ist zu benennen, dass Kinder in dieser Lebensphase das Verständnis und die Förderung der Eltern benötigen, um Ressourcen weiterentwickeln zu können. Sollte das Kind an dieser Stelle also keine Unterstützung erfahren, kann es Minderwertigkeitsgefühle entwickeln.

Gleichermaßen gilt das für die Gesellschaft, die sich nach den Aussagen der Sozialarbeiter ebenfalls mehr mit diesem Thema auseinandersetzen sollte, um Stigmatisierungen vorzubeugen.

Stigmatisierungen vorbeugen können nach den Schulsozialarbeitern in erster Linie auch die, die die Diagnose geben.

Zusammenfassend sagen die Befragten dies bezüglich, dass eine Diagnose oft unberechtigt oder zu voreilig gegeben wird und die Kinder dadurch erst krankgemacht werden, indem sie sich der Diagnose anpassen und sie größtenteils als Ausrede nutzen.

Krankheitsverlauf

In den Befragungen machen die Schulsozialarbeiter deutlich, dass für sie nicht die Diagnose während des Krankheitsverlaufes relevant ist, sondern die Behandlung und

der damit zusammenhängende Prozess. Die Aussagen der Sozialarbeiter können auch dahingehend interpretiert werden, dass sie durch die Diagnose zu wenig in die Behandlung eingebunden werden können und weisen daraufhin auf Alternativen hin. In diesem Zusammenhang wird auch die Pharmaindustrie thematisiert, da die Schulsozialarbeiter in der Schule häufig wahrnehmen, dass Kinder Tabletten einnehmen müssen. Schlussfolgernd dazu kann aus der Literatur entnommen werden, dass diese Maßnahme auch erheblichen gesundheitlichen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes hat. Ferner wird deutlich, dass durch die Tabletteneinnahme und durch die daran gekoppelte Diagnose den Kindern oft ein Etikett zugeschrieben wird, wodurch ein Therapieverlauf und eine letztendliche Genesung schwer werden kann.

7.2 Schlussfolgerungen der Therapeuten

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Therapeuten zusammengefasst und interpretiert. Dazu wird sich erneut auf die Teilbereiche "Stellenwert", "Einfluss" und "Krankheitsverlauf" bezogen.

Stellenwert

Wie in den Ergebnissen deutlich wurde, dient die Diagnose größtenteils zur Kommunikation mit anderen Professionen, um schnell und einfach zu beschreiben, an welchem Störungsbild der Patient leidet. Daraus resultierend wird aber meistens festgestellt, dass genau diese Weise dazu führt, dass die Kinder und Jugendlichen nicht individuell gesehen werden. Eine Diagnose kann also nicht immer eine deutliche Aussage treffen und birgt die Gefahr, Kinder und Jugendliche zu kategorisieren.

Insgesamt gibt die Diagnose den Therapeuten zwar eine grobe Leitlinie, sie dient jedoch hauptsächlich dem wirtschaftlichen Interesse und wird größtenteils aus dem Grund gestellt, um die Behandlung von den Krankenkassen bezahlt zu bekommen.

Einfluss

Insgesamt sind sich die Therapeuten einig, dass eine Diagnose zur Stigmatisierung des Kindes oder Jugendlichen führen kann. Der Klient kann sich auf der einen Seite selbst stigmatisieren, indem es sich mit der Krankheit identifiziert, sich der Diagnose anpasst und sich dieser immer mehr fügt. Auf der anderen Seite kann das Kind oder der Jugendliche von der Gesellschaft stigmatisiert werden, da diese zu wenig Wissen über Diagnosen hat und nicht wie Therapeuten Hintergründe und Lebensbereiche miteinbeziehen kann. Eine Stigmatisierung kann wiederum das Kind negativ beeinflussen.

Durch die Ergebnisse wird weiterhin deutlich, dass eine Stigmatisierung auch die Eltern des Kindes erfahren können, indem beispielsweise Vorwürfe bezüglich der Erziehung gemacht werden. Somit hat die Diagnose auch Einfluss auf bevorstehende Verhaltensweisen der Eltern, die wiederum die weitere Entwicklung des Kindes beeinflussen können. Schlussfolgernd dazu ist nach Tielemann (2011) zu benennen, dass sich hierdurch die Entwicklung der Autonomie der Kinder und Jugendlichen verzögern kann.

Krankheitsverlauf

Insgesamt machen die Therapeuten deutlich, dass eine Diagnose den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann, sofern sie möglichst detailliert und individuell angepasst wird. Trotzdem kann eine Genesung nie gewährleistet werden, da dabei Faktoren wie Kognition, Ressourcen und Strukturen eine wichtige Rolle spielen. Ferner ist eine Genesung davon abhängig, inwiefern einer Diagnose während der Behandlung Bedeutung geschenkt wird, wie dem Klienten diese Bedeutung präsentiert wird und wie dieser letztendlich damit umgeht. Auch die Zusammenarbeit mit den Eltern und anderen Instanzen während des Verlaufes ist von hoher Relevanz und kann ausschlaggebend sein.

7.3. Schlussfolgerungen der Fachkräfte

Im nachstehenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Fachkräfte dargestellt und interpretiert. Ferner wird dazu erneut Bezug zu den Teilbereichen Stellenwert, Einfluss und Krankheitsverlauf genommen.

Stellenwert

Den Fachkräften dienen die Diagnose, um den Klienten zunächst vor der Behandlung grob einordnen zu können, um zu wissen, was sie erwartet. Durch die Diagnose können sie bereits im Vorfeld bestimmte Richtlinien einhalten. Beispielsweise kann bei einer Essstörung schon ein Essensplan angefertigt werden, an dem die Fachkräfte sich dann orientieren können.

Während der Behandlung ist die Diagnose dann aber eher nebensächlich für die Fachkräfte, da die Kinder und Jugendlichen individuell wahrgenommen werden sollen, um eventuell zu vorgestellte Diagnosen im Nachhinein noch zu ändern. Um Interventionen aufstellen zu können wird sich auf Beobachtungen im Alltag gestützt, als dass sich an der Diagnose orientiert wird.

Insgesamt beschreiben die Fachkräfte, dass die Diagnose letztendlich nur zur Aufnahme dient, damit die Krankenkassen die Kosten der Behandlung übernehmen (Frenkel, Randerath, 2017).

Einfluss

In Bezug auf den Einfluss lässt sich sagen, dass die Fachkräfte angeben, dass Kindern und Jugendlichen mit einer Diagnose in der Gesellschaft vorurteilhaft begegnet wird und die Diagnose eine große Belastung darstellt. Die betroffenen Kinder nehmen das wahr, trauen sich nicht zu ihrer Krankheit zu stehen und sind diesbezüglich nicht in der Lage sich abzugrenzen. Laut Fachkräfte leidet darunter vor allem das Selbstbewusstsein. Verstärkt wird dieser Prozess durch Stigmatisierung, sowohl von der Gesellschaft, als auch von den Kindern selbst. Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass die Diagnose mit viel Scham verbunden ist und letztendlich in eine soziale Isolation übergehen kann. Für diesen Prozess nutzen die Kinder und Jugendlichen dann auch gleichzeitig die Diagnose wieder um als Ausrede.

Für die Eltern der erkrankten Kinder kann eine Diagnose helfen, das Kind einfacher zu akzeptieren und zu verstehen. Gleichzeitig beschreiben die Fachkräfte auch eine Ungeduld seitens der Eltern.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse weiterhin, dass ein Einstieg in das soziale Leben

nach einer Diagnose sich als schwierig gestalten könnte, da psychische Krankheiten nicht derart angenommen und akzeptiert wird, wie eine körperliche, organische Krankheit.

Krankheitsverlauf

In Bezug auf den Krankheitsverlauf halten die Fachkräfte vor allem die Zusammenarbeit mit den Eltern relevant. Zum einen stellen sie fest, dass viele Eltern unkooperativ sind und zum anderen, dass die Eltern teilweise zunächst selbst eine Diagnose beziehungsweise Therapie benötigen. Insgesamt halten die Fachkräfte fest, dass äußere Einflüsse, wie die Familienverhältnisse und das soziale Umfeld der Kinder, eine große Auswirkung auf den Krankheitsprozess haben (Dormann, 2015). Für den Krankheitsverlauf bis hin zur Genesung halten die Fachkräfte es für wichtig, weniger die Diagnose im Blick zu haben, sondern die Behandlung und somit den Weg zur Genesung. Ein ausschlaggebender Faktor ist an dieser Stelle die Individualität der Behandlung. Eine Genesung findet jedoch seltener bereits während der Behandlung statt, sondern kann nach und nach erst später stattfinden. Hierfür ist der Rückgang in den Alltag und in das soziale Lebensumfeld ausschlaggebend, das sich dies häufig als sehr schwierig erwies.

7.4 Schlussfolgerungen der Lehrer

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Lehrer dargestellt und interpretiert. Erneut wird sich dabei auf die Teilbereiche Stellenwert, Einfluss und Krankheitsverlauf bezogen.

Stellenwert

Durch das Interview hat sich herausgestellt, dass eine Diagnose für Lehrer einen hohen Stellenwert hat. Für den befragten Lehrer ist sie das Bindeglied, um mit anderen Fachkräften und den Eltern über das Problem des Kindes zu kommunizieren und Maßnahmen zu erarbeiten. Durch eine Diagnose kann der Lehrer das Verhalten des Schülers besser nachvollziehen und somit den Unterricht anpassen. Der Lehrer beschreibt außerdem, dass eine Diagnose auch für Eltern eine Erleichterung darstellt, indem sie das Verhalten der Kinder besser einordnen können.

Ferner hat er festgestellt, dass Diagnosen in der Vergangenheit jedoch einen nicht so hohen Stellenwert hatten. Er ist der Meinung, dass heutzutage bereits wegen kleineren, abweichenden Verhaltensweisen eine Diagnose gestellt wird, was zu früheren Zeiten nicht der Fall war. Zusammenfassend sagt er, dass häufig eine Überdiagnostizierung stattfindet und zu häufig Medikamente verschrieben werden.

Einfluss

Insgesamt ist der befragte Lehrer der Überzeugung, dass eine Diagnose viele Auswirkungen auf die Kinder haben kann. Er nimmt regelmäßig Sticheleien wahr, die besonders durch die Pubertät zusätzlich gefördert werden. In diesem Zusammenhang leidet das Selbstwertgefühl des betroffenen Kindes oder Jugendlichen darunter.

Dem Lehrer zufolge hat eine Diagnose auch Auswirkungen und Einfluss auf den Unterricht, indem der Lehrer die Unterrichtsstunde auf die Kinder anpasst und dabei besonders Diagnosen berücksichtigt.

Wichtig ist es dem Lehrer, dass die Klasse nichts von der Krankheit des Kindes erfährt, da die Gefahr besteht, dass Mitschüler kein Verständnis aufbringen und das betroffene Kind aufgrund der Krankheit stigmatisieren. Ferner ist jedoch herauszuhören, dass der Lehrer eigentlich der Meinung ist, dass man sich Problemen und Auseinandersetzungen stellen sollte und von diesen lernen kann. Durch Diagnosen und Medikamente wird, laut dem Lehrer, diesen Auseinandersetzungen häufig aus dem Weg gegangen. Bemerkenswert war die Aussage, dass ihm der Zusammenhalt an dieser Stelle besonders wichtig ist. Der Zusammenhalt mit Altersgenossen kann in Phasen einer Krankheit eine besondere Bedeutung spielen, da Kinder und Jugendliche in dieser Altersphase den Kontakt zu Altersgenossen benötigen, um ähnliche Fähigkeiten, Interessen und Begabungen teilen zu können (Tielemann, 2011). Als einen wichtigen Punkt benennt der Lehrer außerdem die Individualität jedes Kindes, die aber aufgrund von mangelndem Personal nicht ausreichend berücksichtigt werden kann.

8. Ergebnisvergleich der Zielgruppen

Im folgenden Abschnitt werden die Aussagen der vier befragten Professionsgruppen miteinander verglichen. Erneut wird dazu auf die zuvor genannten Themen Stellenwert, Einfluss und Krankheitsverlauf, Bezug genommen. Es werden diejenigen Faktoren genannt, die für die Zielgruppen am wichtigsten erscheinen.

Stellenwert

Insgesamt wurde deutlich, dass eine Diagnose bei allen Befragten einen ähnlichen Stellenwert besitzt. Allgemein kann festgehalten werden, dass die Diagnose vor allem im Vorfeld eine strukturelle Rolle spielt, um beispielsweise Hintergrundinformationen zusammenfassen zu können. Die Probanden können sich so auf den Klienten einstellen und ihn ungefähr einschätzen (Gerrig & Zimbardo, 2004). Die Diagnose wird also genutzt, um ein Verständnis des Verhaltens und der Problematik zu erlangen. In Anbetracht der Verständigung wird die Diagnose auch als Kommunikationsmedium im multiprofessionellen Rahmen verwendet, um sich mit anderen Professionen und Instanzen zu verständigen (Troost & Schwarzer, 2013). Im weiteren Verlauf der Behandlung versuchen alle Probanden aber dann die Diagnose nebensächlich zu betrachten, um den Klienten in seiner Individualität und in seiner Ganzheitlichkeit zu sehen und um vorurteilsfrei handeln und behandeln zu können. Diesbezüglich konnte festgestellt werden, dass im Allgemeinen die Kritik an einer Diagnose überwog und das Nutzen einer Diagnose eher angezweifelt wird. Die Probanden bemängeln an einer medizinisch-psychiatrischen Diagnose, dass durch die Kategorisierung die Individualität und das gesamtgesellschaftliche Bild eines Kindes und Jugendlichen vernachlässigt wird und man anhand dieser Einordnung nicht das ganze Verhalten und Wesen umfassen kann.

Insgesamt äußern alle Probanden die Gefahr des wirtschaftlichen Interesses. Zunächst würde die Vergabe einer Diagnose bezwecken einen Klinikaufenthalt überhaupt gewährleisten zu können. Ohne die Diagnose würde keine Kostenübernahme seitens der Krankenkasse bewilligt werden. Kliniken sind also dazu verpflichtet eine Störung im Vorfeld zu diagnostizieren, auch wenn sie den Klienten noch nicht gut kennen, um überhaupt behandeln zu dürfen.

Ferner wurde die Vermarktung von Medikamenten durch die Pharmaindustrie häufig angesprochen, da aus Sicht der Probanden die verabreichten Tabletten an die Kinder und Jugendlichen in den meisten Fällen nicht nötig seien.

Eine Fachkraft beschrieb zudem, dass die gestellten Diagnosen oftmals nicht mehr erlebten Realität übereinstimmen und am Ende eines Therapieaufenthaltes eine Diagnose möglicherweise nachträglich geändert wird.

Einfluss

Während der Befragungen lag das Hauptaugenmerk aller Probanden auf der Individualität der Kinder und Jugendlichen. Alles in dem Sinne, dass dies durch die Vergabe einer Diagnose gefährdet ist, da der Klient nicht ganzheitlich betrachtet wird. Ferner beschreiben einen Großteil der Befragten, dass eine Diagnose nicht immer zu jedem Verhalten eindeutig passt und Kinder und Jugendliche daher in ein Verhaltensmuster hineingedrängt werden, damit eben diese Diagnose zutreffend

gestellt werden kann. Dies bezüglich wurde in den Befragungen deutlich, dass die Kinder sich unbewusst gehemmt fühlen können, sich anders zu verhalten. Es besteht die Gefahr, dass sie sich irgendwann selbst mit einer Diagnose identifizieren können und sich dieser fügen, um weiterhinder Diagnoseentsprechen zu können. Daraus schließt sich, dass sie in ihrem Handeln und Verhalten nicht frei sind.

Besonders die Fachkräfte, die in dem Lebensraum Schule mit den Kindern zusammenarbeiten, beschreiben, dass Kinder und Jugendliche meistens eine Diagnose auch als Ausrede nehmen. Sie glauben, aufgrund der Erkrankung, für gewisse Tätigkeiten in der Schule nicht fähig zu sein und beruhen sich dann auf die Diagnose.

Darauf aufmerksam wird auch das soziale Umfeld des Klienten. Nahezu alle Befragten erklärten, dass eine Diagnose zu einer Stigmatisierung führen kann. Kinder und Jugendliche können sich dies bezüglich schwer abgrenzen von Gleichaltrigen, was durch das persönliche Erleben des befragten Lehrers sehr untermauert wurde.

Kinder und Jugendliche empfinden durch die Diagnose Scham und erleben teilweise eine soziale Isolation. Als Folge der Stigmatisierung kann zusätzlich die Entwicklung zu seinem eigenverantwortlichen, selbstbestimmten Leben eingeschränkt werden, welche nach Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention jedoch als Voraussetzung gesehen wird, um einen positiven Zielzustand zu schaffen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2007)

Fühlen die Kinder sich eingegrenzt, wirkt sich das laut der Probanden vor allem auch auf ihr Wohlbefinden aus. Alle sind sich einig, dass die Kinder sich schämen, ihnen die Krankheit unangenehm und peinlich ist und die Diagnose als Ballast empfinden. Die befragten Therapeuten fassten das Empfinden der Kinder und Jugendlichen, gegenüber einer Diagnose, als Verunsicherung zusammen, durch die letztendlich das Selbstwertgefühl sinken kann.

Lediglich ein Befragter wirft den Aspekt ein, dass Kinder und Jugendliche sich durch eine Diagnose aber auch motiviert fühlen können, etwas an ihrem Verhalten und ihrem Lebensstil zu ändern. Sie macht in diesem Zusammenhang deutlich, wie prägnant die Art und Weise ist, wie man einem Kind oder Jugendlichen die Diagnose mitteilt.

In Bezug auf die Eltern des Kindes, beschrieben nahezu alle Probanden, dass die Diagnose eine Erleichterung bei den Kindern und Jugendlichen aufweist. Das Verhalten des Kindes hat nun einen Namen, wonach sich die Eltern dann richten können. Die Probanden beschrieben, dass das sowohl positive, als auch negative Folgen haben kann. Zum einen können die Eltern die Kinder besser verstehen, Rücksicht nehmen und ihnen Unterstützung bieten. Das kann aber auch zu Folge haben, dass Eltern ihre Kinder überbehüten, was wiederum einen Eingriff in die Entwicklung bedeuten würde.

Zum anderen sind andere Befragte der Meinung, dass auch die Eltern die Diagnose als Ausrede nehmen und sich ihrer Verantwortung nicht stellen. Dabei kann es vorkommen, dass die Eltern selbst in Therapie sind oder eine Therapie benötigen, die nötige Einsicht dazu aber fehlt.

Die Befragten sind sich außerdem darüber einig, dass die Gesellschaft psychische Krankheiten immer noch nicht angenommen hat und Kinder und Jugendliche

aufgrund dessen durch Stigmatisierung negativ beeinflusst werden können.

Krankheitsverlauf

Bezüglich des Krankheitsverlaufs benennen die Probanden verschiedene Aspekte. Die Zielgruppen der Lehrer und der Schulsozialarbeiter konnten zu diesem Aspekt nicht viel sagen.

Die Ansichten in Bezug auf den Krankheitsverlauf bis hin zur Genesung unterscheiden sich leicht voneinander.

Die Schulsozialarbeiter sind der Überzeugung, dass eine Diagnose allein dem Verlauf und dem Genesungsprozess nicht viel Unterstützung bietet. Viel mehr ist die spezifische, individuelle Behandlung von Bedeutung und ausschlaggebend für eine mögliche Genesung.

Die Therapeuten sind der Meinung, dass eine Diagnose die Lebensqualität der Patienten insgesamt verbessern kann, sofern sie jedoch möglichst der Realität entspricht, diese widerspiegelt und die Bedeutung nachvollziehbar ist.

Als fördernden Aspekt innerhalb der Krankheitsphase benennen die Probanden die Eltern und das soziale Umfeld. Durch die Kooperation können Ressourcen geschaffen werden und das Kind oder den Jugendlichen bestärken. Der Großteil der Befragten sagt dies bezüglich, dass die Realität jedoch zeigt, dass die Eltern oft unkooperativ sind, weil sie sich an dieser Stelle auch mit sich selber auseinandersetzen müssen und wohl mögliche eigene Krankheiten auffallen. Eine Befragte gibt dies bezüglich sogar an, dass die Krankheit des Kindes oft erst durch die Krankheit der Eltern ihren Lauf nimmt.

Neben negativen Einflüssen aus der Familie und dem Umfeld, benennen nahezu alle Probanden als einen weiteren hemmenden Aspekt in dem Krankheitsverlauf, die Vergabe von Medikamenten.

Weiterhin sind einige Befragten der Überzeugung, dass psychische Krankheiten eine Art Lebensstil sind und somit oft nicht vollständig zu genesen sind. Die Kinder könnten jedoch lernen, mit dieser Krankheit umzugehen und sich an die Gegebenheiten zu gewöhnen. Eine der Befragten stellt die Krankheit als Lebensaufgabe dar. Diese Überzeugung kann jedoch nicht von allen Befragten geteilt werden. Sie sind zwar auch der Meinung, dass ein Kind eine Behandlung nicht vollständig gesund verlässt, es aber trotzdem im Laufe des Lebens genesen kann.

Dafür würde jedoch nicht die Diagnose sorgen, sondern der Weg der Behandlung und inwiefern das Kind in seinem sozialen Umfeld wieder aufgefangen wird. Letztendlich ist es wichtig aufzuführen, dass Kinder und Jugendliche das Recht auf das höchste erreichbare Maß an Gesundheit haben, welches auch individuelle und soziale Kompetenzen umfasst (Bundespsychotherapeutenkammer, 2007).

8.1 Internationaler Vergleich

Sofern man sich international mit der Thematik auseinandersetzt, ist festzustellen, dass beispielsweise in Frankreich nur 0,5 Prozent der Kinder mit ADHS diagnostiziert werden. Eine US-Familientherapeutin hat sich ebenfalls mit diesem Unterschied

befasst und dabei festgestellt, dass sich in Frankreich weniger auf die Verhaltensprobleme konzentriert wird, sondern die psychosozialen und situativen Gründe eruiert werden (Frenkel, Randerath, 2017). Die US-Familientherapeutin vertritt die Aussage, dass Familientherapie effizienter ist als beispielsweise Psychopharmaka. Sie sagt, dass heutzutage normales Kindesverhalten zu schnell pathologisiert wird und somit als krankhaft bezeichnet wird. Weiterhin vertritt sie die Überzeugung, dass Kinder durch die Einnahme von Medikamenten nicht lernen, ihr Verhalten selbst zu kontrollieren. Sie selbst hat die Erfahrung gemacht, dass Kinder und Jugendliche bereits mit einem Etikett in neue Therapien gehen und bis zu diesem Zeitpunkt oftmals schon stark medikamentiert sind. Marilyn Wedge verfolgt den Ansatz, Symptome wie Traurigkeit, Selbstmordgedanken und Stimmungsschwankungen nicht als psychiatrische Störung zu werten, sondern als Indiz, dass in der Familie oder im sozialen Umfeld etwas nicht stimmt. Für sie sind

Diagnosen und Psychopharmaka mittlerweile so „[...] normal, wie das Kind zum Basketball oder zum Tanzen zu fahren [...]“. Sie glaubt, dass diejenigen Kinder, die ein Etikett mit beispielsweise einer bipolaren Störung zugeschrieben bekommen, lediglich mehr Zeit benötigen, um sich weiterzuentwickeln. Sie findet, dass durch die Vergabe einer Diagnose komplett das Umfeld des Kindes ignoriert wird (Frenkel, Randerath, 2017).

9. Beantwortung der Teilfragen

Anhand der Darstellung und Interpretation der durchgeführten Interviews, können nun die zu Beginn formulierten Teilfragen beantwortet werden.

9.1 Welchen Stellenwert hat die medizinisch-psychiatrische Diagnose für Fachkräfte?

Der Stellenwert wird von den befragten Probanden ähnlich betrachtet, weshalb die genannten Aspekte zusammengefasst werden, um die erste Teilfrage beantworten zu können.

Die erste Teilfrage fragt nach, wie oben bereits genannt, *welchen Stellenwert die medizinisch-psychiatrische Diagnose für Fachkräfte hat.*

Durch die bereits dargestellten Ergebnisse der einzelnen Probanden, zuzüglich der Interpretationen dieser, wird ersichtlich, dass sich der Großteil der Befragten in den Interviews widersprochen haben beziehungsweise keine eindeutige Haltung einnehmen konnten. Eine klare Haltung war deshalb schwierig zu erkennen, da sowohl positive Faktoren, als auch negative Faktoren genannt werden konnten. Bezüglich der Kooperation und Kommunikation mit anderen Professionen stellt die Diagnose für die Befragten ein Bindeglied dar und nimmt somit einen hohen Stellenwert ein. Die Diagnose hilft den Fachkräften Handlungsmuster und Verhaltensweise der Kinder und Jugendlichen einzuordnen, um eine grobe Leitlinie für den Handlungsplan zu haben. Interventionen, das Fernbleiben von der Schule aufgrund des Therapieaufenthaltes sowie Fördermittel können mit der Diagnose gerechtfertigt werden. Die Befragten äußerten darüber hinaus, wie der Stellenwert, das Nutzen und der Umgang einer Diagnose wünschenswert wäre. Diese Vorstellungen stimmen jedoch nicht mit dem tatsächlichen, praktischen Umgang mit einer Diagnose, in Bezug auf die Kinder und Jugendlichen, überein. An dieser Stelle wird ein innerer Konflikt aller Fachkräfte deutlich, das sie zu einem die Individualität appellieren, diese aber nicht immer gewährleisten können, aufgrund von mangelndem Personal. Zum anderen wird deutlich, dass eine Diagnose nicht immer genau das Verhalten und das Wesen des Kindes oder Jugendlichen darstellt und dieses erst durch Observieren im Alltag möglich ist. Eine Diagnose kann sich bei jedem Kind und Jugendlichen anders darstellen und auswirken, sodass das alleinige Wissen über die Diagnose und die Zuschreibung nicht maßgebend und zielführend ist. Sie ist für die Fachkräfte also nur hilfreich, aber für eine erfolgreiche Behandlung und Auseinandersetzung mit dem Klienten nicht zwingend notwendig. Unumgänglich ist sie dennoch, da Gesetze und die Krankenkasse eine Diagnose vorschreiben und eine Behandlung oder Therapie anderweitig nicht möglich wäre. Aus diesem Grund gilt die Diagnose als Voraussetzung und ist, auch wenn die Befragten der Diagnose mit Skepsis gegenüberstehen, nicht verzichtbar.

9.2 Welchen Einfluss haben medizinisch-psychiatrische Diagnosen auf das spätere Leben auf sozial-emotionaler Ebene?

In Bezug auf die zweite Teilfrage, *welchen Einfluss medizinisch-psychiatrische Diagnosen auf das spätere Leben auf sozial-emotionaler Ebene haben*, ergibt sich, dass auf der einen Seite positive und auf der anderen Seite negative Auswirkungen präsent sind. Es ist aber deutlich zu erkennen, dass die negativen Auswirkungen überwiegen. Diese Auswirkungen und Einflüsse basieren ausschließlich auf den Wahrnehmungen und dem Erleben der Fachkräfte. Wie bereits zuvor erwähnt, wäre eine Langzeitstudie notwendig, um fundierte Ergebnisse über Auswirkungen im Verhalten und im Gehirn präzise nachzuweisen.

Als positiv könnte eine Diagnose dann gewertet werden, wenn der Klient sich positiv beeinflussen lässt, indem er sich interessiert mit der Diagnose auseinandersetzt und dadurch motiviert ist, an seiner Problematik zu arbeiten. Die Auseinandersetzung und die Reflexion der eigenen Problematik würde sich somit positiv auf der sozial- emotionalen Ebene auswirken und eine Sozialisation für das spätere Leben gewährleisten.

Ferner ist durch die Diagnose ein zielgerichteter Handlungsplan sowie eine spezifische Netzwerkarbeit realisierbar, sodass die Zukunft des Klienten mit Hilfe von dem sozialen Netzwerk positiv bestärkt werden kann. Dem Kind werden an dieser Stelle neue Chancen geboten, beispielsweise soziale Kompetenzen zu erlernen und auf emotionaler Ebene Gefühle besser einordnen und benennen zu können.

Andererseits würden individuelle Verhaltensmuster und Symptome anders gewertet werden beziehungsweise nicht berücksichtigt werden, sofern nur von der gestellten Diagnose ausgegangen wird. Eine Diagnose kann das spätere Leben auf sozial- emotionaler Ebene also insofern negativ beeinflussen, indem durch die Diagnose der Klient nicht in seiner Individualität gesehen wird. Besonders in dieser Altersphase spielt die Individualität eine entscheidende Rolle. Im Fokus der Entwicklung steht die Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel der Selbstverwirklichung, des Selbsterhaltes und der Selbstkontrolle. Aufgrund der laufenden Persönlichkeitsentwicklung können die Kinder und Jugendlichen auch insofern negativ von einer Diagnose beeinflusst werden, da sie in ihrem Experimentieren behindert werden. Durch das Abschätzen von Grenzen und Eingehen von Risiken entwickeln sich automatisch Problemverhalten, die aber für diese Altersklasse charakteristisch sind. Der Klient erfährt in diesem Zusammenhang eine Stigmatisierung. Durch eine Stigmatisierung kann letztendlich eine Selbststigmatisierung erfolgen, indem die Kinder und Jugendlichen die negative Haltung, gegenüber ihrem Verhalten und der zusammenhängenden psychischen Krankheit, internalisieren. Durch eine Selbststigmatisierung grenzen sich die Kinder und Jugendlichen selbst aus und werten ihre eigene Person und Persönlichkeit ab. Eine Stigmatisierung ist grundsätzlich negativ behaftet. Zusammengefasst wird also das Selbstbild des Kindes und des Jugendlichen beeinflusst, was zur Folge haben kann, dass es seine Ressourcen und Fähigkeiten nicht mehr wahrnehmen kann und somit nicht mehr von ihnen profitieren kann. Letztendlich wird die individuelle

Entwicklung der Kinder und Jugendlichen negativ beeinflusst und weitere, neue Verhaltensbilder können entstehen.

9.3 Wiesieht der Krankheitsverlauf eines erkrankten Kindes und Jugendlichen bis zur Genesung aus?

In Bezug auf den *Krankheitsverlauf eines erkrankten Kindes oder Jugendlichen bis hin zur Genesung* ergibt sich, dass sich diesernacheiner attestierten Diagnose als langwierig erweist. Zunächst einmal nehmen Eltern, Lehrer oder andere Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen die Verhaltensauffälligkeiten wahr und lassen sich beispielsweise durch einen Arzt beraten. Damit diese eine Behandlung in die Wege leiten kann, muss im Vorfeld eine Diagnose gestellt werden, damit die Krankenkasse eine Behandlung finanzieren können. Da ein Arzt oder ein Therapeut den Patienten jedoch zu Beginn der Behandlung noch nicht gut kennt, kann die Diagnose nicht nach der Individualität und Ganzheit des Kindes und Jugendlichen bewertet werden. Eine Fehldiagnose ist daher nicht selten. Im Laufe der Behandlung können sich Fachkräfte dann jedoch ein umfangreicheres Bild des Klienten machen und ihn als Individuum wahrnehmen. So hat sich dies bezüglich auch ergeben, dass eine Behandlung aussagekräftiger ist, sowie ausschlaggebender für eine mögliche Genesung des Kindes oder Jugendlichen, sofern sie individuell zugeschnitten wird. Um eine Genesung gleichermaßen zu unterstützen, ist die Zusammenarbeit mit den Eltern und verschiedenen Instanzen, während des Prozesses, fördernd und zwingend notwendig. Während des Krankheitsverlaufes werden oft Medikamente verordnet, die die Kinder und Jugendlichen, aufgrund ihrer Diagnose und dem dazugehörigen Verhaltensbild, einnehmen müssen. Die Vergabe von Medikamenten kann manchen Kindern helfen, oft bringen sie jedoch auch Risiken mit sich. Es muss davon ausgegangen werden, dass Kinder und Jugendliche nach einer Diagnose häufig nicht vollständig genesen. Die Diagnose wird häufig als eine Art Lebensstil beschrieben, mit der sie aber lernen umzugehen. Grund dafür ist, die beschriebene Etikettierung, die die Kinder im Laufe ihres Lebens nur schwer ablegen können. Ob ein Krankheitsverlauf und der zusammenhängende Genesungsprozess positiv verlaufen, hängt weitestgehend auch von der Gesellschaft ab, inwiefern psychiatrische Diagnosen toleriert werden und wie mit ihnen umgegangen wird.

10. Beantwortung der Forschungsfrage

In diesem Abschnitt wird die folgende Forschungshauptfrage beantwortet: „*Wie erleben Fachkräfte die Auswirkungen von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen auf Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 16 Jahren?*“ Alle Befragten geben an, eine Auswirkung auf sozial-emotionaler Ebene bei Kindern und Jugendlichen aufgrund von Diagnosen wahrzunehmen. Diese fallen sowohl positiv, als auch negativ auf.

Es wird deutlich, dass Fachkräfte innerhalb der Einrichtungen die medizinisch-psychiatrischen Diagnosen so benutzen, dass Kinder und Jugendliche positiv beeinflusst werden. Den Fachkräften ist bewusst, dass Kinder einem höheren Risiko ausgesetzt sind eine Stigmatisierung zu erleben, sodass innerhalb der verschiedenen Behandlungen und Interventionen individuell mit den Kindern und Jugendlichen umgegangen wird.

Die Probanden nehmen dennoch wahr, dass die Kinder und Jugendlichen sich oft selbst stigmatisieren beziehungsweise von der Gesellschaft und dem sozialen Umfeld stigmatisiert werden.

Eine Selbststigmatisierung erfolgt oftmals, indem die Kinder und Jugendlichen ihre gestellte Diagnose als Ausrede nehmen, sich dem Verhaltensbild der Diagnose fügen und das Verhaltensmuster nicht mehr verlassen können. Eine Ausrede zeichnet sich so aus, indem Kinder und Jugendliche nicht an ihrem Verhaltensbild arbeiten wollen, das sie glauben, dass sich sowieso nichts ändert und sie nun mal einfach krank sind.

Fachkräfte erleben also, dass die Patienten sich aufgrund ihrer Diagnose ausgeliefert fühlen. Sie erleben weiterhin, dass die Kinder und Jugendlichen glauben, dass sie ohne Medikamente nicht so funktionieren, wie es erwünscht ist und machen sich somit von den Tabletten abhängig. Das kann ferner der Grund dafür sein, dass Fachkräfte häufig erleben, dass Kinder und Jugendliche in kurzen Zeitabständen in verschiedenen Kliniken stationär aufgenommen werden und somit ihre Diagnose nie ablegen können. Eine Selbststigmatisierung findet auch dann statt, wenn sie die zugeschriebene Diagnose im Internet recherchieren. Im Internet werden meistens sehr allgemeingehaltene Symptome beschrieben, die auf jeden Menschen in irgendeiner Weise zutreffen könnten. Kinder und Jugendliche beziehen diese Symptome aber stark auf sich und werten ihr eigenes Selbstbild dadurch ab. Insgesamt wird dies bezüglich eine starke Verunsicherung, als Auswirkung von der Diagnose, wahrgenommen.

Dies bezüglich erleben Fachkräfte jedoch auch, dass sich Kinder und Jugendliche durch die Diagnose motiviert fühlen und etwas an ihrem Lebensstil ändern wollen, was somit als eine positive Auswirkung zu werten ist.

Eine Stigmatisierung in dem sozialen Umfeld und in der Gesellschaft erleben die Fachkräfte so, dass die Kinder und Jugendlichen sich sehr für ihre Diagnose schämen und sich auf Grund dessen sozial isolieren. Besonders nach einem längeren stationären Aufenthalt kann eine Angst wahrgenommen werden, wieder zurück in die Schule zu gehen. Dort könnten Mitschüler sein, die eine Diagnose mit dem zugehörigen Verhaltensbild nicht verstehen könnten. Insgesamt fühlen die Kinder

und Jugendlichen sich damit sehr unwohl.

11. Empfehlungen

Im folgenden Kapitel werden anhand von den Ergebnissen und der Schlussfolgerung dervorliegenden Forschung sowie anhand von theoretischem Hintergrundwissen Empfehlungen geschrieben. Diese beziehen sich zu einem im Allgemeinen auf die Arbeit mit psychisch kranken Kindern und zum anderen auf die soziale Arbeit in Bezug auf medizinisch-psychiatrischen Diagnosen. Die Empfehlungen sind sowohl auf die Einrichtung des Auftraggebers zugeschnitten, als auch auf andere sozialpsychiatrische Einrichtungen. Ferner beziehen sich die Empfehlungen auf alle Fachkräfte, die mit Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-16 Jahren zusammenarbeiten. Dazu zählen beispielsweise auch Schulen und Beratungsstellen, in denen unter anderem auch Sozialarbeiter tätig sind. Zusätzlich können die Empfehlungen auch in anderen Ländern angewandt werden.

Wichtig zu erwähnen ist außerdem, dass sich die Empfehlungen ausschließlich auf die genannte Altersklasse zugeschnitten sind und somit Erwachsene aus der Untersuchung ausgeschlossen wurden. Darüber hinaus ist nur die Rede von medizinisch-psychiatrischen Diagnosen und nicht von somatischen Diagnosen.

Durch die vorliegende Untersuchung wurde ersichtlich, dass ein bewusster und aufmerksamer Umgang mit medizinisch-psychiatrischen Diagnosen erforderlich ist, um negative Einflüsse auf das spätere Leben und auf die sozial-emotionale Ebene der Kinder und Jugendlichen vorzubeugen.

Die aufgeführten Empfehlungen sollen also zu einem aufmerksamen Umgang mit Diagnosen anregen, sofern dieser noch nicht gegeben ist.

11.1 Verbesserung für die Praxis

Um zu der vorliegenden Thematik Verbesserungen entwickeln zu können, wird den Fachkräften, die im Umgang mit Kindern und Jugendlichen stehen, geraten, sich selbst regelmäßig zu reflektieren, sowie den Umgang mit den medizinisch-psychiatrischen Diagnosen stets kritisch zu hinterfragen. Eine kritische Hinterfragung sollte auch während der Teamsitzungen stattfinden, indem Prozesse in der jeweiligen Organisation nachvollzogen und reflektiert werden. Durch eine gemeinsame Reflexion und Absprache kann eine Art und Weise entwickelt werden, wie in der jeweiligen Institution mit Diagnosen umgegangen werden und nach welchem Schema die Kinder und Jugendlichen diagnostiziert werden. Zu den Diagnosen muss dann auch die daran angeknüpfte Therapie beziehungsweise Behandlung berücksichtigt werden. Die Behandlung basiert auf die zugewiesene medizinisch-psychiatrische Diagnose, sodass diese ebenfalls reflektiert und kritisch hinterfragt werden sollte, um gegebenenfalls Diagnosen oder Hilfepläne anpassen zu können.

Wie durch ein Interview deutlich wurde, lernen Fachkräfte erst mit der Zeit und ihrer Berufserfahrung, dass Diagnosen in einer Behandlung nicht an erster Stelle stehen sollten. Junge Fachkräfte sind motiviert das Verhalten des Kindes oder Jugendlichen möglichst genau zu diagnostizieren, wobei es aus diesem Grund oft dazu führt, dass ein einziges Kind bis zu sieben Diagnosen gleichzeitig gestellt bekommt. Daher wird empfohlen, junge Fachkräfte darauf zu sensibilisieren, dass eine Diagnose nicht vorrangig ist, sondern ein individueller Behandlungsplan Priorität hat. Es ist eine

enge Einarbeitung notwendig, in der regelmäßige Reflexionen und kritisches Hinterfragen, bezüglich des Umgangs mit medizinisch-psychiatrischen Diagnosen, im Fokus steht.

Sensibilisiert werden sollten auch die betroffenen Patienten von den zuständigen Fachkräften, indem diese, die Kinder und Jugendliche über die Diagnose angemessen aufklären, sodass keine weiteren Fragen bei den Klienten offenbleiben. Ihnen soll ein gutes Gefühl gegeben werden, um das eigene Selbstbild und die Zukunft nicht von der Diagnose abhängig machen zu müssen.

Insgesamt wird also ein bewusster und verantwortungsvoller Umgang mit medizinisch-psychiatrischen Diagnosen empfohlen. Nicht zuletzt sollten die Fachkräfte immer die Tatsache berücksichtigen, dass eine Diagnose ein Leben lang in der Krankenakte des Patienten steht.

Ferner wurde in der Forschung deutlich, dass eine Diagnose oft mit einer Stigmatisierung einhergeht und diese die Kinder und Jugendlichen zusätzlich negativ beeinflusst. Empfehlenswert ist diesbezüglich also Präventionsarbeit und Aufklärung über Diagnosen und Krankheiten, um einer Stigmatisierung vorzubeugen. An dieser Stelle könnte es notwendig sein, dass beispielsweise Sozialpädagogen mit Schulen zusammenarbeiten, um Kinder und Jugendliche auf dieses Thema zu sensibilisieren. Zusätzlich sollten die Lehrer besser und angemessener über Diagnosen aufgeklärt werden, da dieser in ihrer Ausbildung nicht spezifisch über die Diagnosen und Umgangsweisen belehrt werden. Beispielsweise könnte eine regelmäßige Fortbildung empfohlen werden, um den Wissensstand stets zu aktualisieren. Eine weitere Empfehlung ist diesbezüglich, dass Lehrer mehr in die Behandlung des Kindes integriert werden sollten, da ein Kind oder Jugendlicher sehr viel Zeit seines Lebens in der Schule verbringt und Lehrer aufgrund dessen das Kind oder den Jugendlichen mit einem anderen Blickwinkel sehen könnten.

Innerhalb der Lebenswelt Schule ist es weiterhin empfehlenswert, mehr Schulpsychologen und Schulsozialarbeiter einzusetzen. Diese können bei Fragen der Lehrer, bezüglich auffälliger Verhaltensweisen von Schülern, mit Rat zur Seite stehen und unverbindlich Gespräche mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen führen. Die Gespräche können sowohl den Lehrern Sicherheit in ihrem Umgang mit den Schülern bieten, als auch den Kindern und Jugendlichen selber, indem diese sich ebenfalls an Sozialarbeiter und Schulpsychologen wenden können. Diese Maßnahme würde sich weiterhin als positiv erweisen, da sonst unbedingt sofort Diagnosen gestellt werden müssten. Ein Schulsozialarbeiter oder Schulpsychologe könnte nach einigen unverbindlichen Gesprächen einschätzen, ob eine weitere professionelle Behandlung notwendig sei oder nicht. Ferner wäre an dieser Stelle die Idee, zunächst eine sozialpädagogische Diagnose zu stellen und anhand dieser gemeinsam einen Hilfeplan mit dem Schüler zu erarbeiten. Wie bereits im Verlauf der Forschungsarbeit erläutert, hat eine sozialpädagogische Diagnose das Ziel, „[...] komplexe

Lebenszusammenhänge zu erfassen, zu verstehen und zu beurteilen.“ (Galuske, 2013, S.219). In der Sozialpädagogik wird sich die Frage gestellt, wer welches Problem hat. Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und des Netzwerkes des Klienten ist also prägnant. Medizinische Diagnosen richten sich im Gegensatz zunächst nur danach, was das Problem ist, um auch mit den Krankenkassen abrechnen zu können.

Eine sozialpädagogische Diagnose ist auf Kommunikation und Dialog angewiesen, um

so den Zusammenhang zwischen der Gesellschaft und den psychischen Faktoren des Individuums zu verstehen. Sie ist deshalb in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen empfehlenswert, da sie das Bindeglied zwischen Anamnese und Intervention und der Therapie darstellt (Galuske, 2013). Aus diesem Grund kann sie im Vorfeld einer Therapie angewandt werden, um zunächst einer medizinisch-psychiatrischen Diagnose aus dem Weg zu gehen, da diese Ebene ein Leben lang in der Krankenakte eines Kindes und Jugendlichen steht. Sollte eine sozialpädagogische Diagnose nicht ausreichen und das Störungsbild des Kindes anhand dieser nicht zu behandeln sein, kann sich immer noch für eine klinische Therapie mit medizinisch-psychiatrischer Diagnose entschieden werden.

Weiterhin sollten auch die Ausbildungsstätten und Schulen, in denen die Fachkräfte ausgebildet werden, miteinbezogen und sensibilisiert werden, um bereits an dieser Stelle zu einer Präventionsmaßnahme beizutragen. Ein wesentlicher Bestandteil stellt die Lehre über die verschiedenen Verhaltensbilder und den dementsprechenden medizinisch-psychiatrischen Diagnosen dar. Wie bereits erwähnt wurde in den Befragungen auch thematisiert, dass Neueinsteiger ohne Vorerfahrungen Diagnosen anders handhaben, als Fachkräfte mit langjähriger Berufserfahrung. Bei Fachkräften, die neu in diesem Bereich arbeiten, besteht also eine höhere Gefahr, dass sie zu einer Stigmatisierung beitragen. Im Unterricht sollte also der Umgang mit Diagnosen sowie die dadurch mögliche, entstehende Stigmatisierung aufgegriffen werden.

Zuletzt können andere Behandlungsmethoden empfohlen werden, die den Kindern nicht sofort das Gefühl geben krank zu sein und sich einer ernsthaften Therapie unterziehen zu müssen, sondern gemeinsam mit Altersgenossen spielerisch an der Problematik zu arbeiten. Beispielsweise ist dabei an Methoden wie der Theater- oder Erlebnispädagogik zu denken, da die Kinder durch viel Bewegung und Abwechslung ihre Energie anders umwandeln können. Besonders im Bereich der Erlebnispädagogik stehen soziale Kompetenzen im Zusammenhang mit Gruppenzugehörigkeit und Kooperation zentral (Frenkel, Randerath, 2017). Zudem bietet beispielsweise unter anderem der Rechtsanwalt Jürgen Peters ein Improvisationstheater an, welches hilft Stress und Anspannungen abzubauen. Ferner erleben Kinder und Jugendliche ihre soziale Rolle in einem spielerischen Umgang.

Bedürfnisse und Verhaltensweisen können besser wahrgenommen werden, sodass das Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein gestärkt wird. Durch Selbstbewusstsein wächst wiederum die Konzentrationsfähigkeit (Frenkel, Randerath, 2017).

11.2 Folgestudien

Wie bereits erwähnt, beschränkt sich diese Untersuchung nur auf das Erleben und auf die Wahrnehmungen der Fachkräfte. Daher gilt die Empfehlung, weitere Studien auf einen längeren Zeitraum durchzuführen, um so fundierte Ergebnisse darüber zu erlangen, wie sich die Einflüsse einer Diagnose tatsächlich auf die Entwicklung der Kinder auswirken. Es kann ein umfangreiches Bild davon erlangt werden, wie Kinder und Jugendliche auf eine Diagnose reagieren, wie sie danach handeln und welche Veränderungen stattfinden. Um unterscheiden zu können, ob diese Veränderungen

von der Diagnose abhängen oder tatsächlich von einer psychischen Krankheit, könnte eine Vergleichsstudie entwickelt werden. Diesbezüglich könnten Vergleiche gezogen werden zwischen dem Behandlungsplan mit einer einfachen sozialpädagogischen Diagnose, die nicht der Krankenkasse gemeldet werden muss, und einem Behandlungsplan mit einer medizinisch-psychiatrischen Diagnose, die von Krankenkassen abgerechnet wird. Es wird empfohlen sich in diesen Studien vor allem auf die Veränderungsprozesse und auf das Reflexionsverhalten zu konzentrieren, die auf sozial-emotionaler Ebene berücksichtigt werden.

Wichtig ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass auch diese Ergebnisse nicht langfristig gelten würden, da sich sowohl das Verhalten der Gesellschaft stetig ändert, als auch Fachkräfte sich immer wieder neue Berufsvisionen aneignen.

Wie die Ergebnisse gezeigt haben, können medizinisch-psychiatrische Diagnosen eine Stigmatisierung zur Folge haben. Aus diesem Grund wird die Empfehlung ausgesprochen, die Untersuchung auszuweiten und sich auf mehrere Einrichtungen in Deutschland und den Niederlanden zu beziehen. In nachfolgenden Forschungen sollte sich ferner vor allem auch auf andere psychiatrische Diagnosen gestützt werden, da die Auseinandersetzung mit dieser Thematik gezeigt hat, dass es ausschließlich Studien zu ADHS gibt.

Durch die vorliegenden Empfehlungen könnten weiterhin aufbauende Forschungen entwickelt werden, indem diese Untersuchung wie man Empfehlungen und Veränderungen umsetzen könnte. Interessant bei fortführenden Studien wäre auch zu wissen, wie sowohl Kinder und Jugendliche, als auch Eltern über dieses Thema denken. Folgen und Auswirkungen könnten noch spezifischer dargestellt werden, indem Kinder und Jugendliche ihr persönliches Erleben und Empfinden sowie Bedürfnisse bezüglich dieser Problematik beschreiben.

Um letztendlich überhaupt was an dieser Problematik ändern oder optimieren zu können, müsste nun auch an die Politik appelliert werden. Wie deutlich wurde, werden oftmals Diagnosen nur aus Kostengründen gestellt und somit letztendlich auf die Kosten der Kinder. Die Politik müsste also eine neue Gesundheitsreform entwerfen. Empfehlenswert ist an dieser Stelle, an das Anti-Korruptionsgesetz festzuhalten, welches beispielsweise Werbegeschenke der Pharmakonzerne an Ärzte verbietet (Frenkel, Randerath, 2017).

Empfehlenswert für Ärzte ist es an dieser Stelle sich der Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte anzuschließen (MEZIS), die das Ziel verfolgen „[...] nicht durch Überdiagnose und Übertherapie, sondern durch solide, gute Medizin [...] den Ruf der Ärzteschaft wiederherzustellen.“ Sie haben es sich in diesem Zusammenhang zur Aufgabe gemacht nicht immer mehr zu verordnen und zu therapieren, weil es mehr Geld bringt, sondern zu schauen, was das Kind wirklich braucht (Frenkel, Randerath, 2017).

12. Diskussion

In nachstehenden Kapitel werden die Ergebnisse, sowie die Qualität der vorliegenden Forschung diskutiert und überprüft. Dazu werden vorab sowohl die Stärken, als auch die Schwächen der Forschung benannt und reflektiert. Ferner erfolgt die Überprüfung der qualitativen Forschung mit Hilfe der Gütekriterien. Anschließend erfolgt eine kritische Stellungnahme zu den Ergebnissen auf Mikro-, Meso- und Makroebene.

12.1 Stärken der Forschung

Die vorliegende Forschungsarbeit weist mehrere Stärken auf, sodass sie qualitativ als wertvoll gewertet werden kann.

Zunächst kann man die hohe gesellschaftliche Relevanz als Stärken zuweisen. In der Forschung wurden die aktuellen Entwicklungen präzise verdeutlicht sowie zusammenhängende Berufsfelder und Begrifflichkeiten definiert.

Die verschiedenen Berufsfelder sind ferner als positiv zu bewerten, da in der Forschung die Meinungen vieler verschiedener Berufsgruppen vertreten sind und somit ein weiter Blickwinkel möglich war. Ebenso wurde sowohl die Methodik, als auch die Phasen der Forschung genauer beschrieben und erläutert, sodass einzelne Schritte nachvollziehbar sind.

Grundsätzlich ist auch das Einhalten der ethischen Überlegungen nach von Unger (2014) als positiv zu betrachten. Dazu zählt zum einen, dass die Fragen nicht wertend gestellt worden sind und die Ergebnisse somit als objektiv zu betrachten sind. Darüber hinaus haben sich alle Befragten aus freien Willen an den Interviews beteiligt und waren somit ein Teil der Forschung. Indem die Probanden über die Datenerhebung aufgeklärt wurden und die erhobenen Daten anonymisiert wurden, konnte die Vertraulichkeit geboten werden sowie der Datenschutz gewährleistet werden.

Durch den nahen Praxisbezug, indem ausschließlich Fachkräfte befragt wurden, die eng mit Kindern und Jugendlichen zusammenarbeiten, wurden die Ergebnisse in ihrer Glaubwürdigkeit untermauert. Als weitere Stärke kann dies bezüglich genannt werden, dass die Forschung sehr allgemein gehalten wurde, sodass Ergebnisse auch auf andere Einrichtungen zutreffen können. Sie können Organisationen ebenfalls als Anregungen dienen, um individuelles Erleben der Thematik zu reflektieren und mit Fachkräften zu diskutieren.

12.2 Schwächen der Forschung

Eine Forschung enthält immer auch Schwachstellen. Aufgrund der Tatsache, dass die Autoren sich bislang keinerlei Erfahrungen mit Forschungsuntersuchungen vollzogen haben, wurde der Arbeitsprozess stetig von einer Unsicherheit begleitet. Besonders die Interviews waren mit einer hohen Unsicherheit verbunden, sodass in diesen Fragen teilweise neu aufgestellt werden mussten, um an das persönliche Verständnis der Befragten anzuschließen. Dementsprechend sind die Interviews als sehr individuell zu bewerten. Die verschiedenen abgefragten Themen wurden nicht

ausreichend eingegrenzt, sodass die Antworten in ihrem Umfang sehr verschieden ausgefallen sind. Der Interviewleitfaden hätte also ausführlicher besprochen werden müssen, um die Fragen und die dahinter beabsichtigten Fragen genauer auf den Punkt zu bringen.

Fraglich ist auch, ob Ergebnisse bei einer quantitativen Forschung anders ausgefallen wären. Bei einer qualitativen Forschung müssen Ergebnisse individuell ausgewertet und interpretiert werden, wodurch die Gefahr besteht, dass Ergebnisse nicht ausreichend objektiv betrachtet werden.

Wie bereits erwähnt, wäre eine Langzeitstudie erforderlich, um fundiertere Ergebnisse zu liefern. Die Ergebnisse beschränken sich somit lediglich auf das Erleben und Wahrnehmen einzelner Fachkräfte.

Während der Interviews hat man in diesem Zusammenhang gemerkt, dass Gedankengänge der Probanden nicht ausgegriffen waren, sodass sich Meinungen während der Interviews häufiger geändert haben.

13. Fazit

Wie in der vorliegenden Forschung deutlich wurde, ist eine medizinisch- psychiatrische Diagnose viel mehr als nur eine Diagnose, die in den Krankenakten der Patienten steht. Sie ist als Etikettierung und Einordnung zu verstehen, die ein hohes Risiko an Stigmatisierung birgt.

Mit der vorliegenden Forschung wurden die kurzfristigen Ziele erreicht. Durch das Literaturstudium und den Befragungen verschiedener Professionen, konnten unter anderem Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche Bedeutung eine medizinisch-psychiatrische Diagnosesowohl für Fachkräfte hat, als auch für den sozial-psychiatrischen Bereich allgemein. Darüber hinaus konnten Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche ermittelt werden, die im Zusammenhang mit der gestellten Diagnose stehen. Diesbezüglich wurden auch die Auswirkungen für den Umgang mit den Patienten ersichtlich. Auf Basis dieser Erkenntnisse war es letztendlich möglich Empfehlungen auf verschiedenen Ebenen auszusprechen.

Insgesamt wurde auf das Problem der Stigmatisierung aufmerksam gemacht, wodurch langfristig Prävention und Aufklärung angestrebt werden kann. Darüber hinaus wurde für einen bewussteren und verantwortungsvolleren Umgang mit Diagnosen sensibilisiert, um zukünftig sowohl Etikettierung, als auch Stigmatisierung zu reduzieren. Auch nach Staub-Bernasconi (2007) ist es für die Sozialpädagogik unerlässlich, sich das eigene professionelle Handeln offen zu legen, kritisch zu reflektieren und es letztendlich legitimieren zu können.

Zusammenfassend ist zu benennen, dass eine medizinisch-psychiatrische Diagnose positive Einflüsse hat, sofern sie die Individualität berücksichtigt. Es wird letztendlich daran appelliert, Kindheit nicht als Symptom zu erklären und das soziale Umfeld, einschließlich Eltern und Lehrer, miteinzubeziehen.

Literaturverzeichnis

- Gerrig & Zimbardo. (2004). *Psychologie*. München: Pearson Studium.
- A. Strauss & J. Corbin. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Mannheim: Psychologie Verlags Union.
- Ahmedani, B. (2011). Mental health Stigma: Society, Individuals, and the profession. *Journal of Social Work Values and Ethics*, S. 4.1-4.16.
- Antwerpes, D. F. (2018). *DocCheck Flexikon*. Von Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen im Vorschulalter: Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie zur Evaluation des primärpräventiven Programms Papilio® (ALEPP). In T. Malti & S. Perren (Hrsg.), *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen – Ent abgerufen*
- B. G. Glaser & A. L. Strauss. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Ben-Zeev, Young, Corrigan. (8 2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, S. 318-332.
- Bloch, E. (1950). *Fiktion und Hypothese*.
- Brockhaus, F. A. (2001). *Psychologie: Fühlen, Denken und Verhalten verstehen*. Mannheim: Brockhaus Lexikonredaktion.
- Brown, M. (2015). *Fotolia*. Von [https://www.aerzteblatt.de/archiv/171249/Kommunikation-Wenn-Schubladen-denken abgerufen](https://www.aerzteblatt.de/archiv/171249/Kommunikation-Wenn-Schubladen-denken-abgerufen)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2017). *Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der nationale Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.. Bundesministerium für Arbeit und Soziales*, S. 81-87.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2007). *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen - Herausforderung für Sozial- und Bildungspolitik. Bundespsychotherapeutenkammer*, S. 1-15.
- Christophorus-Kliniken. (2016). Von <https://www.christophorus-kliniken.de/medizin-pflege/zentren/psychosomatik-fuer-kinder/> abgerufen
- Corrigan, P. W. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *Social Work*, S. 31-39.

- DGPPN. (2017). Prävalenz. In Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie. *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenheilkunde*, S. 1.
- Die Therapeutensuche von Pro Psychotherapie e.V. (kein Datum). *Krankheitsbilder und Diagnose*. Abgerufen am 15. 3 2018 von <https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/artikel-uebersicht/>
- Dormann, D. F. (19. 1 2015). *Gesundheitsstadt Berlin*. Von Immer mehr psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen: <https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/immer-mehr-psychische-erkrankungen-bei-kindern-und-jugendlichen-5728/> abgerufen
- Dresing & Pehl. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitative Forschende*. Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH.
- Egger, Razum. (2012). *Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. Berlin/Boston: De Gruyter.
- Erikson, E. H. (1946). *Ich-Entwicklung und geschichtlicher Wandel*
- Frenkel, Randerath. (2017). *Auf Kosten der Kinder: Das Milliardengesellschaft mit der Optimierung unserer Kinder*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Friedrichs, J. (2014). *Forschungsethik*.
- G. Nissen, E. G. Trott. (kein Datum). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer Verlag.
- Galuske, M. (2013). *Methoden der sozialen Arbeit*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. Gläser &
- Laudel. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Den Haag: VS-Verlag.
- Häder, M. (2006). *Empirische Sozialforschung. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hamburger, F. (2012). *Einführung in die Sozialpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer Springer.
- Höfig, A. (Februar 2006). *Uni-Siegen*. Von <http://dokumentix.ub.unisiegen.de/opus/volltexte/2006/222/pdf/hoefig.pdf> abgerufen
- Hug & Poscheschnik. (2015). *Empirisch forschen*. Konstanz: UTB.

- IJAB - Fachstelle für internationale Jugendarbeit der Bundesrepublik Deutschland. (11 2017). *Kinder- und Jugendpolitik - Grundlagen und Strukturen*. Von <https://www.dija.de/niederlande/kinder-und-jugendpolitik-grundlagen-und-strukturen-nl/pdf-seite/> abgerufen
- K. Bock, E.-U. Küster, W. Thole. (2002). *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. . Leske + Budrich.
- Koster, S. (25. 7 2015). Psychisch krank in den Niederlanden. *DW - Made for minds*.
- M. Savarise, C. Senkowski. (2017). *Principles of Coding and Reimbursement for Surgeons*. Schweiz: Springer international publishing.
- Mayring, P. (2002). *Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativen Denken*. Basel: Beltz.
- Meyer, Heim, Peter & Scheithauser. (2016). *Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen im Vorschulalter: Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie zur Evaluation des primärpräventiven Programms Papilio® (ALEPP)*. In T. Malti & S. Perren (Hrsg.), *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen – Ent*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mira-Lobe-Schule. (2016). Von <http://www.mira-lobe-schule.de/index.php> abgerufen
- Müller, B. (2012). *Sozialpädagogisches Können*. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Olsen, W. (2004). *Methodological triangulation and realist research*. London: Routledge. Osterloh,
- F. (2017). Krankenhausärzte: Mehr Personal, weniger Bürokratie. *Deutsches Ärzteblatt*, S.27-28.
- P. C. Speer, M. Gahr. (2005). *Pädiatrie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. Piaget, J. (1955). *Von der Logik des Kindes zur Logik des Heranwachsenden*. Presses Universitaires de France: Walter-Verlag.
- Raithel, J. (2006). *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schaffer, H. (2009). *Empirische Sozialforschung für die soziale Arbeit. Eine Einführung*. Freiburg: Lambertus.
- Schnoor, H. (2006). *Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schöter, B. (2012). *Erik H. Eriksons Phasenmodell der psychosozialen Entwicklung und Klaus Hurrelmanns sieben Thesen zur Sozialisation*. Grin.

- Staub-Bernasconi, S. (2007). *Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Sozialer Arbeit*. Vortrag Zürich und Berlin.
- Steinbeis-Hochschule Berlin. (2013). *Steinbeis-Hochschule Berlin*. Von Prüfungsordnung. abgerufen
- Thiersch, H. (1978). Zum Verhältnis von Sozialarbeit und Therapie. In *Neue Praxis* (S. 6-24). Neuwied.
- Tielemann, M. (2011). *Levensfasen. De psychologische ontwikkeling van de mens*. Den Haag: BoomLemma.
- Trost&Schwarzer. (2013). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Dortmund: borgmann.
- Ullrich, C. (1990). *Deutungsmusteranalyse und diskursives Interview*. In *Zeitschrift für Soziologie*. (Nr. 6, S.429-447). Berlin: WalterdeGruyterGmbH.
- Unger, H. v. (2014). Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Grundsätze, Debatten und offene Fragen. In P. N. H. von Unger, *Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Reflexivität, Perspektiven, Positionen* (S. 15-40). Wiesbaden: Springer VS.
- van der Donk, van Lanen, Wright. (2014). *Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen*. Bern: Hans Huber.
- Verschuren&Doorewaard. (2000). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Utrecht: Lemma.
- Voigt, D. m. (2018). *Köln-Bonner Akademie für Verhaltenstherapie*. Von Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche in NRW: <http://www.kbav.de/ueber-uns/forschungsprojekte/psychische-gesundheit-von-kindern-und-jugendlichen-in-nrw-in-kooperation-mit-prognos-wiad/> abgerufen
- Wagner, B. (3 2016). Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung? Trauer als diagnostisches Kriterium in der ICD-11 und im DSM-5. *Psychotherapeutenjournal*, S. 250.
- Weischer, C. (2007). *Sozialforschung*. Konstanz: UKV Verlagsgesellschaft mbH. Wenke, M. (2018). ADHS: Diagnose statt Verständnis. In H.-R. Schmidt, *Modekrankheit ADHS - Eine kritische Aufsatzsammlung* (S. 13-19). Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag.
- World Health Organization. (2011). *International statistical classification of diseases and related health problems*. Malta.

