



IAP
Institut für Angewandte
Psychologie

Psychotherapeuti- sches Coaching im Schulhaus

Ein aufsuchendes Therapieangebot für
die Volksschule der Stadt Zürich

Projektbericht
IAP Institut für Angewandte Psychologie
Zentrum für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Andrea Kramer, MSc ZFH

Juni 2019

Abstract

Der vorliegende Bericht stellt ein theoretisch fundiertes Konzept für aufsuchende Psychotherapie für Kinder und Jugendliche in der Stadt Zürich vor. Zusammen mit einem Stadtzürcher Schulhaus und dem entsprechenden Schulpsychologischen Dienst wurde ein aufsuchendes Therapieangebot für das Schulumfeld ausgearbeitet und in vier Fällen durchgeführt und evaluiert. Neuere Wirksamkeitsstudien für aufsuchende Angebote zeigen durchwegs positive Resultate und unter Einbezug der allgemeinen Wirkfaktoren für Psychotherapie ist auch eine theoretische Grundlage für aufsuchende Therapie vorhanden.

In den 1960er Jahren wurden in Europa auf Grund gesundheitspolitischer Veränderungen (Klinikschliessungen und wirksamere Psychopharmaka) erste Erfahrungen mit aufsuchender Psychotherapie gemacht. Die Weiterentwicklung dieser Angebote fokussiert heute in der Erwachsenenpsychiatrie auf die aufsuchende Therapie im häuslichen Umfeld, bei Kindern und Jugendlichen auf die Arbeit in und mit der Familie. Ein gut evaluiertes Programm, die multisystemische Therapie (MST), schliesst neben dem familiären Umfeld, die Schule/Arbeit und die Freizeit der Jugendlichen mit in ihre aufsuchende Arbeit ein. Therapieangebote mit dem expliziten Einbezug des Schulumfelds gibt es abgesehen vom MST keine, obwohl neben der Evidenz für aufsuchende Therapie u.a. folgende theoriebasierten Fakten dafür plädieren: Von Seiten der Schule ist neben den bestehenden Angeboten ein zusätzlicher Bedarf für den Schutz und Erhalt der psychosozialen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern vorhanden. Das schulische Umfeld wird von Kindern und Jugendlichen als das zweitwichtigste System benannt, das in der Kompetenz- und Ressourcenförderung und im Erhalt von Gesundheit und Wohlergehen eine tragende Rolle einnimmt. Dem Wirkfaktor der Problemaktualisierung und -bewältigung wird die aufsuchende Therapie im Schulumfeld bei schulischen Problemen besser gerecht.

Die Erfahrungen aus den letzten drei Jahren mit dem "Psychotherapeutischen Coaching im Schulhaus" sind auf allen Ebenen ermutigend und es liegt hiermit ein praktisch erprobtes und theoretisch gut fundiertes Konzept vor. Empirische Wirksamkeitsstudien ausserhalb des Projektsettings sind ausstehend.

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Theoretische Grundlagen | 2 |
| 2.1. Bedeutung der Schule für den Erhalt von psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen..... | 2 |
| 2.1.1. Ressourcen aus dem unmittelbaren Umfeld der Schule..... | 3 |
| 2.1.2. Schutz und Erhalt der psychischen Gesundheit im Umfeld Schule | 3 |
| 2.2. Aufsuchende Psychotherapieangebote in der Schweiz..... | 5 |
| 2.2.1. Entwicklung und Geschichte aufsuchender Angebote | 5 |
| 2.2.2. Vorteile aufsuchender Therapie | 7 |
| 2.2.3. Evidenz aufsuchender Angebote | 8 |
| 2.2.4. Allgemeine Wirkfaktoren | 8 |
| 2.3. Versorgungslücke | 10 |
| 2.4. Aufsuchende Psychotherapie in der Schule | 10 |
| 2.4.1. Überlegungen zur Indikation | 10 |
| 2.4.2. Abgrenzung zu bestehenden Angeboten und Relevanz der Interdisziplinarität..... | 11 |
| 2.4.3. Gedanken zur therapeutischen Haltung und der therapeutischen Rolle..... | 14 |
| 3. Konkretisierung der Intervention | 15 |
| 3.1. Entwicklungsgeschichte des Angebots..... | 16 |
| 3.2. Ablauf..... | 17 |
| 3.2.1. Anmeldungsphase | 17 |
| 3.2.2. Planungsphase | 18 |
| 3.2.3. Umsetzungsphase | 18 |
| 3.2.4. Abschlussphase | 20 |
| 4. Diskussion..... | 21 |
| 4.1. Erkenntnisse aus den Implementierungen | 21 |
| 4.1.1. Grenzen des Angebots | 21 |
| 4.1.2. Chancen..... | 21 |
| 4.2. Weiterführende Überlegungen..... | 22 |
| 4.2.1. Schulung und Begleitung für aufsuchende Therapeutinnen | 23 |
| 4.2.2. Finanzierung des aufsuchenden Angebots..... | 23 |
| 4.2.3. Forschung über die Wirkfaktoren und Vorteile aufsuchender Therapie..... | 24 |
| 4.3. Fazit..... | 25 |
| Literatur | 26 |

Tabellen

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Überblick über evaluierte aufsuchende Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche in der Schweiz..... | 6 |
| Tabelle 2: Vorteile aufsuchender Therapien | 7 |
| Tabelle 3: Abgrenzung der aufsuchenden Therapie zu den drei schulischen Angeboten SHP, SPD, SSA | 13 |
| Tabelle 4: Ablauf des Psychotherapeutischen Coachings | 17 |
| Tabelle 5: Exemplarische Interventionen aus dem Psychotherapeutischen Coaching | 19 |

Abkürzungen

| | |
|-----------|---|
| CSRS | Children Session Rating Scale |
| eMEA | Equipe Mobile Enfant et Adolescents |
| EMA | Equipe Mobile Adolescents |
| HOTA | Home Treatment Aargau |
| IAP | Institut für Angewandte Psychologie |
| IDS | Interdisziplinäre Standortbestimmung |
| IF | Integrierte Förderung |
| KESB | Kinder und Erwachsenen Schutzbehörde |
| KJPD | Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst |
| LIMIT | Psychosoziales Interventionsprogramm für Oberstufenschüler/-innen |
| MS | Mittelstufe der Volksschule (4. bis 6. Klasse) |
| MST | Multisystemische Therapie |
| MST-CAN | Multisystemische Therapie für Familien mit psychisch erkrankte Eltern |
| OS | Oberstufe der Volksschule (Sekundarschule) |
| PFADE | Psychosoziales Interventionsprogramm für Unterstufenschüler/-innen |
| PTh | Psychotherapeut/-in |
| PTh i. SH | Psychotherapie im Schulhaus |
| SAD | Schulärztlicher Dienst |
| SDQ | Strengths and Difficulties Questionnaire |
| SHP | Schulische Heilpädagogik |
| SL | Schulleiter/-in |
| SP | Schulpersonal (alle in einem Schulhaus angestellten Personen) |
| SPD | Schulpsychologischer Dienst |
| SSA | Schulsozialarbeiter/-in |
| US | Unterstufe der Volksschule (1. bis 3. Klasse) |

1. Einleitung

Die 6-Monats-Prävalenz für psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter liegt in der Schweiz bei etwa 22%¹. Kinder im schulpflichtigen Alter verbringen gut einen Drittel ihres Lebensalltags in und mit der Schule². Sie treten als knapp Fünfjährige aus dem Elternhaus in den Kindergarten ein – auf fast allen Ebenen auf die liebevolle Unterstützung von Erwachsenen angewiesen – und treten mit 16 Jahren aus der Oberstufe in die Gesellschaft über – als selbständige junge Menschen. Die Schule ist nicht nur unter dem Zeit- und Entwicklungsaspekt ein hochrelevanter Faktor. Die Schule kann Auslöserin oder Aufrechterhalterin psychischer Erkrankungen sein, aber auch ein geschütztes Umfeld darstellen, in dem Veränderungen oder Genesung möglich sind. Wie auch immer das Verhältnis zwischen Schule und Kind gestaltet ist, die Schule kann in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nicht ausser Acht gelassen werden.

Delgrande & Eichenberger (2016) beschreiben in ihrer Forschungsarbeit zur psychischen Gesundheit im Schulalter, dass für Schweizer Schulkinder zahlreiche *altersabhängige Entwicklungsaufgaben* in die Phase ihrer obligatorischen Schulzeit (ca. 5 bis 16 Jahre) fallen und dass die psychische Gesundheit der Kinder von ihrer Fähigkeit abhängig sei, wie diese die Herausforderungen bewältigen, die ihnen im schulischen und alltäglichen Kontext entgegentreten. Ab dem Eintritt in die Primarstufe werden die Kinder in der Schule zum Beispiel mit einem stärker reglementierten und strukturierten Umfeld konfrontiert sowie mit Regeln und Normen zu erwünschten Verhaltensweisen. Daneben werden Leistungen beurteilt und, damit verbunden, Erfolge oder Misserfolge erlebt. Sowohl die Lehrperson als auch die vielfältigen Kontakte zu den anderen Kindern erweitern das soziale Umfeld und stellen dadurch Herausforderungen an die sozialen Fähigkeiten. Mit dem Übertritt in die Sekundarstufe werden unter anderem die Anforderungen hinsichtlich der Selbstdisziplin höher, die Peers spielen eine immer grössere Rolle und es werden erste Liebesbeziehungen geknüpft (ebd. S.63). Die Kinder und Jugendlichen verbringen nicht nur einen Grossteil ihres Tages in der Schule oder bei Aktivitäten in Verbindung mit der Schule, sondern diese stellt auch

¹ Neue und repräsentative Prävalenzdaten liegen für Schweizer Kinder und Jugendliche keine vor. Die Zahl (22%) beruht auf Untersuchungen von Steinhausen et al. (1998) und wird mangels Alternativen nach wie vor zitiert (von Wyl et al., 2017).

² 1 Jahr besteht aus 8760h, davon schlafen Kinder 2920h (8h pro Nacht). Kinder gehen 39 Wochen pro Jahr in die Schule und wenden durchschnittlich 40h pro Woche dafür auf (Zahl aus der deutschen Unicefstudie 2012: <https://www.unicef.de/informieren/aktuelles/presse/2012/schule-ist-vollzeitjob-fuer-kinder/14834>), was eine Schuljahreszeit von 1560h ausmacht. 1560h entsprechen einem guten Drittel von 5840h.

einen hoch relevanten Kontext dar, in dem die Schülerinnen und Schüler mit ihren Entwicklungsaufgaben konfrontiert werden und die erfolgreiche Bewältigung derselben ein wichtiger Faktor für psychisches Wohlbefinden darstellt.

Eichenberger et al. (2017) bemerken in ihrer Studie über Schulstress, dass „das Wohlbefinden von Jugendlichen, die von erhöhtem und anhaltendem *Schulstress* betroffen sind, oftmals beeinträchtigt ist“ (S.3). Dies bestätigt auch die Juvenir-Studie 4.0 (2015) zum Umgang der Schweizer Jugendlichen mit Stress und Druck, dass Jugendliche mit häufigen Stresserfahrungen nicht nur eine geringere Lebenszufriedenheit aufweisen, sondern gleichzeitig unter psychischen Symptomen leiden.

Laut dem Obsan Dossier berichtet zwar ein grosser Anteil – zwischen 84% und 93% – der befragten 11- bis 13-jährigen Schweizer Jugendlichen von einer hohen Lebenszufriedenheit und unter diesem Blickwinkel muss davon ausgegangen werden, dass eine grosse Mehrheit der Schweizer Schulkinder gesund und zufrieden ist. Es ist aber unsere Aufgabe, „unseren Blick speziell den Jugendlichen zu schenken, die mit dem Druck weniger gut zurechtkommen oder einen Ausweg in schädlichem Verhalten suchen“ (Juvenir Studie, Knittel et al., S.3). Um mit einer Aussage der Obsan-Dossier abzuschliessen: „Psychische Krankheiten gelten als eine der grössten Herausforderungen des Gesundheitswesens im 21. Jahrhundert“ (S.60).

Die folgende Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, wie den unzufriedenen oder leidenden Kindern und Jugendlichen in und mit der Schule geholfen werden kann.

2. Theoretische Grundlagen

2.1. Bedeutung der Schule für den Erhalt von psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Eine gesunde Schule stelle eine grosse Hilfestellung dar, indem sie Kindern und Jugendlichen ein ressourcenförderliches Umfeld ermögliche, beschreiben Eichenberger et al. (2017) und konkret könne „die Schule auf vielfältige Weise einen unterstützenden Beitrag zum Wohlbefinden der Jugendlichen leisten“ (ebd., S.3). Wettach et al (2013) attestieren in ihrer Studie zur psychosozialen Gesundheit in Stadtzüricher Schulen der Schule einen geeigneten Rahmen für den Erwerb von Gesundheitskompetenz und die Präventionsarbeit für psychische Erkrankungen. Im Folgenden soll diesen zwei Aspekten nachgegangen werden.

2.1.1. Ressourcen aus dem unmittelbaren Umfeld der Schule

Zahlreiche lokale und (inter-)nationale Studien belegen, dass das *Wahrnehmen von sozialer Unterstützung* eine wichtige Ressource für das psychische Wohlbefinden darstellt und dass gerade auch das Gefühl der Unterstützung durch Lehrer/-innen mit einer guten psychischen Gesundheit in Zusammenhang gebracht werden kann (Vuille et al, 2004, McNeely & Falci, 2004, Vieno et al., 2007, LaRusso, Romer & Selman, 2008, Wettach et al, 2013). In der HBSC-Studie von 2014 von Sucht Schweiz geben 11- bis 15- jährige Mädchen und Jungen hohe Werte in der sozialen Unterstützung an, die sie von Lehrer/-innen erfahren. Lehrpersonen kommen neben der familiären Unterstützung und der Unterstützung durch Freunde die drittgrösste Unterstützerrolle zu. Diese nehmen sie laut Einschätzung von Schweizer Jugendlichen auch wahr.

Weitere Aufgaben der Lehrer/-innen zum Erhalt einer gesundheitsförderlichen Klassenatmosphäre seien laut Delgrande & Eichenberger (2016) die Förderung eines respektvollen und wertschätzenden *Unterrichtsklimas*, ein Gefühl der Zusammengehörigkeit und der *Solidarität* innerhalb der Klasse, transparente und gerechte schulische *Anforderungen und Bewertungen* und ein gewaltfreies und kohäsives *Lernklima*. Diese Punkte werden auch von einer süddeutschen Umfrage bei Schülerinnen und Schülern gestützt (Kinderbarometer, 2016). "Kinder, die in der Schule gut zurechtkommen, fühlen sich seltener durch die Leistungserwartungen ihrer Lehrkräfte überfordert, erfahren häufiger Unterstützung durch die Lehrkräfte, erleben Bemühungen einer stressfreien Lernatmosphäre durch ihre Lehrkräfte, machen sich weniger Sorgen um die eigene Versetzung (...)" (Müthing & Razakowski, 2016, S. 118). Innerhalb der gesamten Schule kommt der *Mitgestaltung* des Zusammenlebens, die grosszügige Infrastruktur für *körperliche Betätigungen* und *auserschulische Aktivitäten* und ebenso der Aufbau und die Pflege der Beziehung zu den *Eltern* eine wichtige Rolle zu (Delgrande & Eichenberger, 2016). All diese Faktoren begünstigen ein positives Schulumfeld und dieses setze ein präventives und gesundheitsförderndes Potential frei (Vuille et al., 2004). Ebenso relevant ist die Aussage aus ihrer Forschung zum Beitrag der Schule zur Gesundheit, dass die Schule als eine der wichtigsten Einflussgrössen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen angesehen werden kann.

Die Schule und die pädagogischen Fachkräfte stellen also nicht nur durch ihre Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen, sondern auch durch den gemeinsamen Aufbau einer offenen und vielfältigen Schulkultur einen wichtigen Faktor für das psychische Wohlbefinden ihrer Schülerinnen und Schüler dar.

2.1.2. Schutz und Erhalt der psychischen Gesundheit im Umfeld Schule

Weil die obligatorische Schule Eltern und Familien unabhängig ihres ökonomischen Status' oder kulturellen Integration erreicht, kommt ihr eine verantwortungsvolle Rolle

in Bezug auf die Gesundheitsentwicklung und -förderung ihrer Schülerinnen und Schüler zu (Wettach et al., 2013). Wettach und Kollegen (2013) stellen in ihrem Grundlagenpapier zur psychosozialen Gesundheit der Schulkinder in der Stadt Zürich fest, dass "der Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem durch den sozio-ökonomischen Status beeinflusst sei und je tiefer dieser sei, desto geringer sei die Wahrscheinlichkeit, dass der Zugang zum Versorgungssystem angestrebt werde und dieser gelinge" (S. 26). Spini et al. (2016) erkennen in ihrer Forschungsarbeit klar einen Zusammenhang zwischen ökonomischer Benachteiligung und psychischer Verfassung.

Gerade weil es wichtig ist, psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und langfristig zu behandeln, stehen nicht nur die psychologischen Fachpersonen, sondern auch die pädagogischen Fachkräfte, die an einer Schule tätig sind, in einer grossen Verantwortung, wenn es um die Früherkennung und einleitenden Behandlungsmassnahmen geht. "Die negativen mittel- und langfristigen Folgen einer psychosozialen Störung auf die schulische und soziale Entwicklung, auf das Gesundheitsverhalten sowie auf die Lebenszufriedenheit können nicht überschätzt werden" (Wettach et al., 2013, S. 25). Über den Schulpsychologischen Dienst (SPD) wurden im Jahr 2010 in der Stadt Zürich über 2000 Kinder, Jugendliche, Eltern und Lehrer/-innen beraten und begleitet (Homepage Schulpsychologie der Stadt Zürich). Ebenso wichtig sind die drei kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen durch den Schulärztlichen Dienst (SAD), mit der die Stadtzürcher Kinder und Jugendlichen vom Kindergarten bis zur Oberstufe begleitet werden. Sowohl der SPD wie der SAD gehören zusammen mit der Suchtpräventionsstelle und dem Schulzahnärztlichen Dienst zu den Schulgesundheitsdiensten der Stadt Zürich. Ebendiesen Gesundheitsdiensten kommt neben der Früherkennung und der Niederschwelligkeit des Versorgungsangebots auch eine präventive Aufgabe zu. In der Grundlagenstudie von Wettach und Kollegen (2013) werden eine Reihe von evaluierten psychosozialen Interventionsprogrammen vorgestellt (S. 41ff), von denen eines auf der Primarstufe der Stadt Zürich (PFADE) und eines auf der Oberstufe (LIMIT) eingesetzt werden. Grundsätzlich gelte, dass Präventionsmassnahmen eingerichtet werden, "wenn oder bevor erste Risikofaktoren auftreten, weil damit teurere spätere Massnahmen wie z.B. Psychotherapie verhindert werden können" (S. 42).

Wettach und Kollegen (2013) kommen zum Schluss, dass trotz der Früherkennung durch Fachstellen der Stadt Zürich und durch Einbezug des Schulpersonals "auffällige Kinder und Jugendliche erst nach Jahren therapeutische Unterstützung erhalten, wenn es überhaupt zu einer Behandlung kommt" (S. 25). Die bestehenden Hilfestellungen im Umgang mit psychosozialen Störungen von Schülerinnen und Schülern werden vom Schulpersonal oft als "ungenügend empfunden" und aus Erfahrung, vergehe "oft (zu) viel Zeit, bis Unterstützung eingeleitet bzw. eine Diagnose gestellt werde" (ebd.). Es stellt sich die Frage, was die Schule mit ihren offensichtlichen Ressourcen wie unter anderem sozialer Unterstützung, ihrem grossen Einfluss auf den Lebensalltag der

Kinder und Jugendlichen, ihrer Präventionsarbeit und dem niederschweligen Versorgungsangebot zusätzlich an Interventionen braucht, um dem Anspruch von "Schutz, Erhalt und Förderung der psychosozialen Gesundheit" zu erfüllen (Wettach et al., 2013, S.3). Ein Angebot, das die Lücke zwischen den externen Fachstellen (wie SPD oder SAD), die chronisch überlastet sind, und den internen Präventionsprogrammen schliessen würde, wären psychologische Fachleute, die in aufsuchender Arbeit Interventionen mit Schulkindern in der Schule durchführen und dabei das Schulpersonal miteinbeziehen.

Aufsuchende psychotherapeutische Angebote im häuslichen Umfeld stecken in der Schweiz noch in den Kinderschuhen, aufsuchende Angebote für das Schulumfeld gibt es zum jetzigen Zeitpunkt noch keine. In den folgenden zwei Kapiteln sollen die Erfahrungen mit aufsuchender Psychotherapie zusammengefasst und mit zusätzlichen theoretischen Überlegungen auf das Schulumfeld übertragen werden.

2.2. Aufsuchende Psychotherapieangebote in der Schweiz

2.2.1. Entwicklung und Geschichte aufsuchender Angebote

Bereits in den 1930er Jahren entwickelten sich in den Niederlanden aus sozialpsychiatrischen Ansätzen erste Versuche, durch aufsuchende Behandlung im häuslichen Umfeld die stationären Aufenthalte von psychisch kranken Menschen zu reduzieren. Diese Bestrebungen wurden unterstützt durch den europaweiten Abbau von stationären Betten und den vielversprechenden Entwicklungen in der Pharmaindustrie. Vor allem im englischsprachigen Raum entstanden in den 60-er Jahren erste Formen von Home Treatment. Im deutschsprachigen Raum, namentlich in Deutschland, kamen ab 1975 auf Grund eines Berichts, der auf Mängel in der Versorgung in den grossen psychiatrischen Kliniken hinwies, unterschiedliche „gemeindepsychiatrische Versorgungsmodelle“ auf (Hepp & Stulz, 2017, S. 983). Somit entstand die Idee der aufsuchenden Psychotherapie vielmehr aus den Defiziten des stationären Angebots, bzw. aus der Not, Alternativen dafür zu suchen, als aus einem progressiven Bestreben, neuste Erkenntnisse aus der Wirksamkeitsforschung umzusetzen. Dies erklärt auch die geringe theoretische Fundierung der bestehenden aufsuchenden Angebote und deren hauptsächlich pragmatische Ausrichtung. Europäische Studien zur Wirksamkeit werden dringend benötigt, auch um der S3-Leitlinie für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Falkai, 2013) gerecht zu werden. Diese gibt an, dass „die Besonderheit bei der Behandlung und Rehabilitation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, stärker als im Erwachsenenbereich, darin liegt, die unmittelbare Umwelt des Kindes von Beginn an einzubeziehen“ (S. 214). Im Folgenden sollen darum die bestehenden aufsuchenden Angebote für Kinder und Jugendliche in der Schweiz näher betrachtet werden. Die folgende Tabelle, basierend auf den

Angaben des aktuellsten Obsan Dossier 62, gibt einen Überblick über die zum jetzigen Zeitpunkt wissenschaftlich begleiteten aufsuchenden Angebote.

Tabelle 1: Überblick über evaluierte aufsuchende Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche in der Schweiz

| Angebot | Kurzbeschreibung | Kanton | Seit: |
|---------|---|----------|--------------|
| MST | Die Multisystemische Therapie ist eine intensive Therapie, evidenzbasiert und lizenziert, für Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren mit Störungen des Sozialverhaltens. Seit 1990 wird sie intensiv wissenschaftlich begleitet, ausgewertet und regelmässig adaptiert auf die neusten Erkenntnisse. | TG AG | 2007 2012 |
| MST-CAN | Die MST-CAN ist eine Adaption der MST und ausgerichtet auf Familien mit psychisch kranken Eltern und auf Kinder zwischen 6 und 17 Jahren, die von Vernachlässigung und Misshandlung bedroht sind. Das Angebot wird von der UPK Basel wissenschaftlich begleitet. | TG BS | 2011 2014 |
| HOTA | Das Home Treatment Aargau wird für Familien mit Mehrfachproblematik angeboten und arbeitet mit multimodalen Interventionen. Die neuste Evaluation erfolgte 2017 durch die Hochschule Luzern. | AG | 2011 |
| eMEA | Die Equipe Mobile Infant et Adolescents ermöglicht einen interdisziplinären Austausch zwischen den sozialpädagogischen und kinderpsychiatrischen Gebieten, auch in betreuten Wohneinrichtungen. | VD | 2012 |
| EMA | Die Equipe Mobile Adolescents ist auf Jugendliche mit schweren psychischen Störungen spezialisiert. Beide Angebote werden regelmässig evaluiert. | | |

Alle obigen Angebote verstehen sich als ergänzende Angebote in der Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen und sind dem kantonalen Gesundheitsdienst unterstellt. Sie stehen Kindern und Familien mit spezifischen Bedürfnissen offen. Ausser im MST sind die Teams interdisziplinär aufgebaut (Psycholog/-innen, Sozialarbeiter/-innen, Psychiater/-innen) und alle Angebote arbeiten multisystemisch, d.h. ziehen in ihrer therapeutischen Arbeit zwar als Hauptfokus die Familie mit ein, aber auch das Schul- und Berufsumfeld der Familie, bzw. deren soziales Umfeld in der Freizeit. Einige Angebote bieten eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung inklusive Notfalldienst an. Insgesamt haben alle aufsuchenden Therapieangebote zum Ziel, die Kinder, Jugendlichen und Familien in ihrem gewohnten Umfeld zu unterstützen, um ihnen eine selbständige, funktionale und zufriedenstellende Alltagsbewältigung zu ermöglichen (Urban et al, 2015, Schmid, 2016, Swenson & Henggeler, 2005, Krüger & Zobrist, 2015).

Die wissenschaftliche Begleitung aller obigen Angebote für Kinder und Jugendliche ist gewährleistet, die Zahlenlage in der Schweiz ist aber sehr klein und es gibt noch kaum Erkenntnisse aus Langzeitstudien. In den folgenden Kapiteln (Vorteile und Evidenz) werden darum auch Schweizer Daten und Erkenntnisse aus der aufsuchenden Therapie für Erwachsene miteinbezogen und Daten aus aufsuchenden Angeboten für Kinder und Jugendliche im deutschsprachigen Europa.

2.2.2. Vorteile aufsuchender Therapie

In einer älteren Studie zur "Behandlung im häuslichen Milieu" von Eisert et al. (1985) werden bereits Vorteile genannt, die heute immer wieder in verschiedenen Kontexten und Studien bestätigt werden. Im Folgenden werden fünf von Eiserts Vorteilen aufgelistet und ähnlichen oder ergänzenden Aussagen aus neueren Studien gegenübergestellt:

Tabelle 2: Vorteile aufsuchender Therapien

| Vorteile genannt in Eisert et al. (1985) | Ergänzungen/Bestätigungen aus aktueller Literatur |
|---|--|
| Therapeutische Massnahmen können durch besseren Einblick ins familiäre Umfeld gezielter, bzw. besser der Realität angepasst eingesetzt werden | "Der Alltag kann unter realen Bedingungen in die Behandlung miteinbezogen werden" (Hepp & Stulz, 2017) |
| | "Wiedergewinn an Alltagsfunktionen werden positiv erlebt und als Zugewinn von Lebensqualität gewertet" (Boege et al., 2015) |
| Erhalt der Integration des Kindes in die Familie | "Patienten werden nicht aus ihrem gewohnten Umfeld gerissen" (Hepp & Stulz, 2017) |
| | "Weniger Einschnitte in das soziale Gefüge" (Stix, 2017) |
| | "Erhalt der Integration in die Familie sowie Schule und Gruppe der Gleichaltrigen" (Boege et al., 2015) |
| Generalisierungsprobleme von neuen Verhaltensweisen entfallen | "Der Übergang zurück ins häusliche Umfeld entfällt" (Hepp & Stulz, 2017) |
| | "Sicherung der Übertragbarkeit" (Boege et al., 2015) |
| Durch Kompetenzerweiterung der Bezugspersonen anzunehmende präventive Wirkung auf andere Probleme | "Die Zusammenarbeit mit und der Einbezug von Angehörigen erleichtert das Erkennen und Bearbeiten von Triggern für Krisenentstehung" (Hepp & Stulz, 2017) |
| Nachweislich kosteneffizienter als andere Therapieformen | "Verkürzung der Behandlungsdauer und Reduktion der Kosten" (Stix, 2017) |

Weitere Vorteile, die in neueren Studien genannt werden, ist die *einfachere Motivation zur Behandlung* bei schwierig zu motivierenden Jugendlichen (Baier et al., 2013), die

grundsätzlich *höhere Behandlungszufriedenheit und -akzeptanz* von Patienten und Angehörigen (Hepp & Stulz, 2017, Stix, 2017) und der *Wegfall von Zugangsbarrieren* bei belasteten Familien (u.a. Anfahrtswege, Kinderbetreuung) (Swenson & Henggeler, 2005).

In allen Studien werden auch Nachteile, bzw. Limitierungen angesprochen, dies im Besonderen, wenn die Unterstützung innerhalb der Familie nicht gewährleistet werden kann, sei dies aus motivationalen oder organisatorischen Gründen (Boege et al., 2015) oder weil das Umfeld den Belastungen, die durch den Einbezug in die Behandlung entstehen, nicht standhalten kann (Stix, 2017, Hepp & Stulz, 2017). Insgesamt kann aber davon ausgegangen werden, dass in einem belastbaren Umfeld, das in den Mitbeinbezug der Behandlung einwilligt, die Vorteile einer aufsuchenden Psychotherapie klar zum Tragen kommen.

2.2.3. Evidenz aufsuchender Angebote

Alle aufsuchenden Angebote für Kinder und Jugendliche, die in der Literatur besprochen werden, zeigen eine Evidenz gegenüber stationären oder ambulanten Behandlungen. Dies betrifft die schweizerischen Angebote von MST, MST-CAN, HOTA und eMEA, aber auch deutsche Programme wie z.B. "Behandelt zu Hause Gesund" werden von Boege et al. (2014) oder das Programm "Zappelphilip" von Restow et al. (2009). Es gibt zurzeit nach wie vor sehr wenige gut evaluierte Angebote – auch im Erwachsenenbereich – und die Datenlage für eine grosse und langfristige Wirksamkeitsforschung ist klein. Um es mit den Worten von Hepp & Stulz (2017) zu sagen: "Die Evidenz für Akutbehandlungen im ausserstationären Rahmen ist erstaunlich bescheiden, aber grundsätzlich positiv (S. 986)."

In der S3 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde steht darum auch ausdrücklich, dass "die Behandlung und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen einem multimodalen Ansatz folgt und psychosoziale Ansätze und Interventionen einen bedeutenden Platz einnehmen" (Falkai, 2013, S. 214). Im Weiteren wird empfohlen, "kombinierte Interventionen, die sich sowohl an Eltern und Kinder sowie Jugendliche richten als auch ausserfamiliäre Kontextbedingungen betrachten und beeinflussen (z.B. Interventionen im schulischen Setting)", bei der therapeutischen Begleitung von Kindern und Jugendlichen in Betracht zu ziehen (ebd. S. 214).

2.2.4. Allgemeine Wirkfaktoren

Auch wenn die allgemeine Evidenz aufsuchender Angebote erwiesen ist (Kap. 2.2.3) und auch deren Vorteile nachvollziehbar sind (Kap. 2.2.2), ist es für die theoretische Begründung eines aufsuchenden Angebots in der Schule gewinnbringend, zusätzlich

die Erkenntnisse aus der Wirksamkeitsforschung einzubeziehen. Es eignet sich hierfür das Wirkfaktorenmodell von Grawe und Kollegen (1994) und deren Überprüfung für die Kinder- und Jugendtherapie von Freudiger (2017). Grawe, Donati & Bernauer (1994) gelang es in einer umfassenden Metaanalyse vier allgemeine Wirkfaktoren für die Psychotherapie herauszuarbeiten: *Bewältigungserfahrungen* (Erweiterung der Handlungskompetenzen), *Klärungserfahrungen* (neugewonnene Erkenntnisse und Einsichten), *Ressourcenaktivierungen* (Hervorholen von bestehenden aber brachliegende Fähigkeiten und Fertigkeiten) und *Problemaktualisierungen* (emotionale Aktivierung im Verlauf der Therapie). Im Folgenden werden nur die zwei Wirkfaktoren genauer erläutert, denen in der aufsuchenden Arbeit eine besondere Bedeutung zukommen: dies sind die Bewältigungserfahrung und die Problemaktualisierung. Auf die Ressourcenaktivierung als Wirkfaktor wird in Kap. 2.4.4 speziell eingegangen, die Klärung findet ihren Platz in Kap. 2.4.3.

Die aktive Hilfe zur *Problembewältigung* erfolgt mittels neuer oder neu aktivierter Strategien, die der Patient mit Unterstützung des Therapeuten erarbeitet. Der Fokus liegt dabei auf der sehr spezifischen Problematik des Patienten: "Für die therapeutische Wirkung ist entscheidend, dass der Patient die reale Erfahrung macht, besser im Sinne seiner Ziele mit der betreffenden Situation fertig zu werden. Wie dies am besten erreicht werden kann, hängt von der spezifischen Problematik und den situativen Umständen ab (Grawe et al., 1994, S. 360)."

Wenn sich nun also die Probleme der Kinder und Jugendlichen in der Schule zeigen, bzw. dort grosse Relevanz haben, dann braucht es genau dort reale Bewältigungserfahrungen mit Hilfe dieser neuen Strategien. Diese Bewältigungserfahrungen können nur in der Schule gemacht werden, damit sie wirkungsvoll, bzw. nachhaltig sind. Freudiger (2017) betont, dass gerade bei Kindern und Jugendlichen der Problemfokus sehr schnell in einen Bewältigungsfokus übergehen soll und Erfahrungen möglichst konkret ausprobiert werden sollen. Die aufsuchende Therapie bietet die Chance, die praktische Umsetzung im dafür relevanten Umfeld therapeutisch zu begleiten. Die anspruchsvolle Transferleistung, die dafür in einem ambulanten Setting erbracht werden muss, entfällt.

Unter Problemaktualisierung verstehen Grawe et al. (1994), dass die motivationalen und kognitiven Schemata aktiviert sein müssen, damit sie veränderbar werden. "Was verändert werden soll, muss in der Therapie erlebbar gemacht werden. Oder: Reden ist Silber, real erfahren ist Gold" (S.136). Freudigers Forschung (2017) bestätigt diesen Wirkfaktor auch für die Kinder- und Jugendtherapie. Gassmann & Grawe (2006) betonen in ihrer Forschung zudem, dass der Fokus auf die Probleme nur kombiniert mit der Ressourcenaktivierung zu therapeutischem Fortschritt führt. Dieses Zusammenspiel wird später in Kap. 2.4.4. konkret beleuchtet. In der aufsuchenden Therapie geschieht die Problemaktualisierung automatisch, d.h. die Probleme müssen nicht durch Gespräche oder Imaginationen im therapeutischen Kämmerlein aktiviert werden, damit sie verstanden und verändert werden können. In der Therapie vor Ort sind die Probleme

bereits aktualisiert und es kann direkt mit der Aktivierung zur Bewältigung begonnen werden. Folgende Aussagen von Grawe und Kollegen (1994) untermauern dies: "Es gibt eine grosse Anzahl von Hinweisen, dass die Schwierigkeiten eines Patienten am besten in einem Setting behandelt werden können, in dem eben diese Schwierigkeiten aktualisiert werden" (S.704). "Die bewusste Wahl eines besonders geeigneten Settings zur Aktualisierung der problemrelevanten Schemata des Patienten gehört damit zu den wichtigsten Mitteln, über die ein Therapeut verfügen kann, um seinem Patienten eine möglichst wirksame Hilfe anzubieten" (S. 705).

2.3. Versorgungslücke

In den vorhergehenden Kapiteln (2.1.) wurde deutlich, wie bedeutungsvoll die Rolle der Schule ist. Sie bietet einen wichtigen Raum, in denen Ressourcen genutzt werden können und soziale Unterstützung erfahren wird. Die Schule hat ebenso die Aufgabe, nicht nur eine gesundheitsfördernde Umgebung zu schaffen und die Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern zu fördern, sondern auch ein niederschwelliges Versorgungsangebot zur Verfügung zu stellen.

Aufsuchende Angebote sind wirksam und bieten zahlreiche Vorteile (Kap. 2.2). Bestehende Angebote richten sich aber primär an die Arbeit mit dem Familiensystem. Nur das MST (Swenson & Henggeler, 2005) zieht das Schulumfeld standardmässig in die Interventionsebene mit ein, weil Schulprobleme "indirekt tiefgreifende Verhaltensstörungen voraussagen" (S. 130) und "der Besuch einer sicheren und funktionierenden Schule die Jugendlichen von Drogen und Straftaten abzuhalten scheinen" (S. 131). Um nochmals die S3 Leitlinie (Falkai, 2013) zu zitieren: "Ein Einbezug von Interventionen in der Schule verspricht bei Kindern und Jugendlichen eine deutliche Erhöhung der Effizienz" (S.213). Es steht nun die Frage im Raum, wie aufsuchende Psychotherapie im Schulumfeld implementiert werden kann und damit die Vorteile der aufsuchenden Therapie und die Ressourcen, die die Schule bietet, gewinnbringend kombiniert werden können.

2.4. Aufsuchende Psychotherapie in der Schule

In den nächsten Unterkapiteln folgen basierend auf den theoretischen Erkenntnissen grundlegende Überlegungen zu einzelnen Aspekten eines aufsuchenden Angebots in der Schule bevor im 3. Kapitel dann konkrete Umsetzungsideen präsentiert werden.

2.4.1. Überlegungen zur Indikation

Für die Indikation einer aufsuchenden Psychotherapie in der Schule ist nicht die Art der Störung relevant oder der Schweregrad, bzw. das Leiden darunter, sondern die

drei folgenden Kriterien:

- Tritt die Symptomatik vor allem in der Schule auf?
- Stellt das Umfeld Schule bei der Bewältigung eine Ressource dar?
- Sind alle Beteiligten im System an einem Miteinbezug in die Behandlung interessiert?

Das Schulumfeld soll sowohl für das Kind und den Jugendlichen als auch für die Eltern eine ressourcenfördernde Umgebung darstellen, in der Verhaltensveränderungen begünstigt werden. Grawe et al. (1994) äussern sich zur Wahl des Settings wie folgt. "Das Setting ist nicht nur ein mehr oder weniger gut geeignetes Mittel zur Herbeiführung erwünschter Veränderungen, es ist gleichzeitig auch die tragende Grundlage des Veränderungsprozesses. Das Setting soll Bedingungen schaffen und fördern, die den Patienten in seinen Veränderungsbemühungen unterstützen" (S. 705). Wenn die Schule und alle Beteiligten innerhalb der Schule und der Familie die Bedingungen schaffen können, damit das Kind die erwünschten Veränderungen machen kann, dann ist das schulische Umfeld als therapeutisches Setting eine geeignete Wahl.

Werden Kinder und Jugendliche in der Schule behandelt, so ist dabei der Mehrwert der Wirkfaktor "Problemaktualisierung" (siehe Kap. 2.2.4) und der Vorteil der einfacheren Übertragbarkeit des neuen Verhaltens auf die bestimmte Situation (siehe Kap. 2.2.3). Diese zwei wichtigen Punkte unterscheiden aufsuchende Angebote von Therapien in Ambulatorien. Aufsuchende Therapie in der Schule ist nur dann indiziert, wenn das Problemverhalten dort auftritt und dort zu Störungen führt.

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sind immer Systeme beteiligt, seien das die Schule und/oder die Familie. Verhaltensänderungen können nur passieren, wenn die betreffenden Systeme diese mittragen und das Kind in der Veränderung positiv unterstützen. Freudiger (2017) zeigt in seiner Arbeit auf, dass „die Bedeutung einer multisystemischen Perspektive, also der Zusammenarbeit und des Miteinbezugs der Systeme, für die positive Entwicklung des Therapieprozesses im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie unverzichtbar“ ist (S.31). Diese Zusammenarbeit soll im Fall des Psychotherapeutischen Coachings innerhalb der schulischer Systeme gelten, aber gleichzeitig auch das Familiensystem miteinbeziehen.

2.4.2. Abgrenzung zu bestehenden Angeboten und Relevanz der Interdisziplinarität

Gemäss Lehrplan für die Volksschule des Kantons Zürich ist die schulische Bildung in der Bundesverfassung verankert und der Bildungsauftrag wird rechtlich festgelegt. Die Schule wird als «Gestaltungs-, Lern- und Lebensraum» bezeichnet (S.3), deren Ausgestaltung nur in der Zusammenarbeit von Schule und Eltern verwirklicht werden kann.

Gibt es Kinder, die den Anforderungen nicht genügen, erhalten sie die nötige Unterstützung von Seiten der Schule. So gibt es zahlreiche Angebote, die auf die speziellen Bedürfnisse der Kinder abgestimmt werden. Hier finden die drei grossen, im Kanton Zürich obligatorischen Angebote, eine kurze Beschreibung:

Schulische Heilpädagogen/-innen (SHP) gelten als Fachpersonen rund um die Förderung von Lernenden mit sonderpädagogischem Förderbedarf; sie sind zuständig für die Diagnostik, die Planung und Koordination der Fördermassnahmen. Gleichzeitig unterstützen sie die Klassenlehrer/-innen aktiv in verschiedenen Formen der Unterrichtskooperation (Steppacher, 2014). Gemäss Tabelle 3 entsprechen diese Aufgaben psychologischen (u.a. Diagnostik) und pädagogischen (u.a. Unterrichtskooperation) Interventionen.

Der *Schulpsychologische Dienst (SPD)* ist eine öffentliche externe Beratungsstelle, deren Angebot Kindern, Eltern und Lehrer/-innen kostenlos zur Verfügung steht. Schulpsycholog/-innen machen Abklärungen bei Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten und empfehlen unterstützende Massnahmen (Homepage Schul- und Sportdepartement Stadt Zürich). Das Angebot des SPD läuft laut Tabelle 3 unter psychologischen Interventionen.

Schulsozialarbeit (SSA) umfasst eine grosse Bandbreite von sozialarbeiterischen Leistungen im Zusammenhang mit der Schule oder für die Schule. Sie trägt insbesondere dazu bei, Benachteiligungen und Gefährdungen zu vermeiden und zu beseitigen (Homepage Bildungsdirektion Kanton Zürich). Auf Tabelle 3 bezogen intervenieren SSA sowohl auf der psychologischen Ebene (u.a. Beratungsgespräch) als auch pädagogisch (u.a. Klasseninterventionen).

Alle drei Angebote haben in Zusammenarbeit mit der Klassenlehrperson und der Schulleitung das Ziel, dass die Schülerinnen und Schüler ihre "Potenziale in geistiger, kultureller und lebenspraktischer Hinsicht erkunden lernen, sie entfalten können und eine eigene Identität entwickeln" (Lehrplan, S.2). Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Abgrenzung, bzw. Ergänzung von aufsuchender Psychotherapie zu den bestehenden schulischen Angeboten, die obligatorisch in allen Volksschulen des Kantons Zürich sind.

Tabelle 3: Abgrenzung der aufsuchenden Therapie zu den drei schulischen Angeboten SHP, SPD, SSA

| | Psychologische Interventionen | Psychotherapeutische Interventionen | Pädagogische Interventionen | Fokus Kind und Schule | Fokus Kind und Familie | Im SH, vor Ort | Finanzierung |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------|----------------|--------------|
| SHP ¹ | tlw. | nein | ja | ja | tlw. | ja | Schule |
| SPD ² | ja | nein | nein | ja | tlw. | tlw. | Stadt |
| SSA ³ | tlw. | nein | ja | ja | ja | ja | Schule |
| PTh i. SH ⁴ | ja | ja | nein | ja | tlw. | ja | Eltern |

1 Schulische Heilpädagog/-in, 2 Schulpsychologischer Dienst, 3 Schulsozialarbeiter/-in, 4 Psychotherapie im Schulhaus

Eine *Psychotherapeutin im Schulhaus (PTh im SH)* setzt den Fokus in erster Linie auf das Zusammenspiel von Kind und Schule, bzw. Eltern/Kind und Schule und arbeitet mit psychologischen und psychotherapeutischen Interventionen. Sie begleitet das Kind im Schulsetting. Zusätzlich zu psychologischen Interventionen, die die anderen Unterstützungsangebote auch beinhalten (u.a. Beratungsgespräche, Diagnostik) bietet die PTh i. SH psychotherapeutische Interventionen an, die konkret auf Verhaltensänderungen des Kindes oder des Jugendlichen fokussieren. Aufsuchende PTh haben keinen pädagogischen Fokus (z.B. Lernbegleitung /-beratung, Nachhilfe, Team Teaching), auch wenn sie im Unterricht oder im Schulhaus präsent sind. Zum jetzigen Zeitpunkt liegt die Finanzierung des Angebots bei den Eltern, bzw. bei der Grundversicherung des Kindes. Solange dies die einzige Finanzierungsmöglichkeit darstellt, kann das PTh im SH nicht als ebenbürtiges schulisches Angebot der Volksschule bezeichnet werden. Die Volksschule ist für Eltern und Kinder kostenlos. PTh i. SH müsste über die Stadt, analog zum SPD verrechnet werden. Diese Finanzierungsmöglichkeit wird geprüft (siehe Kapitel 4.2. "Weiterführende Überlegungen").

Aus Tabelle 3 wird ersichtlich, dass auf Grund der Überschneidungen in den einzelnen Aspekten aufsuchende Psychotherapie in der Schule nur unter Einbezug der bestehenden Angebote sinnvoll ist und eine Abgrenzung, bzw. eine Zusammenarbeit in jedem Einzelfall besprochen werden muss. PTh i. SH ist eine Ergänzung zu den bestehenden Angeboten mit dem Ziel, Kindern und Jugendlichen eine gelungene Integration in die Volksschule zu ermöglichen und ihr Wohlergehen und psychische Gesundheit in der Institution Schule zu garantieren. Eine systemische Sichtweise und damit die

Zusammenarbeit aller Beteiligten über die Fachgrenzen hinaus sind für die Wirkung der Interventionen äusserst relevant. Besonders für den Wirkfaktor der Klärung (Grawe et al. 1994) ist es nötig, dass die Faktoren für das Verständnis für die bestehende Situation von möglichst allen beteiligten Seiten zusammengetragen werden, um dann in gemeinsamen Gesprächen einen Konsens zu finden. Es braucht ein Erklärungsmodell, das vom ganzen System mitgetragen wird und damit die Grundlage für die Interventionen auf Handlungsebene darstellt.

2.4.3. Gedanken zur therapeutischen Haltung und der therapeutischen Rolle

"Es wird die Auffassung vertreten, dass das *Was* der therapeutischen Veränderung, die Therapieziele, unter der Problemperspektive zu bestimmen sind, dass für die Art, *wie* die therapeutischen Veränderungen herbeigeführt werden sollen, aber der Ressourcenaspekt eher wichtiger ist" (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S.63). Einerseits soll also der Patientin/dem Patienten durch die Aktivierung des Problems ebendieses emotional erlebbar gemacht werden, andererseits braucht es für die Bewältigung des Problems Strategien, die aus den Ressourcen der Patientin /des Patienten entstehen (Gassmann & Grawe, 2006). Ressourcenaktivierung entspricht weniger einer therapeutischen Technik, sondern vielmehr einer therapeutischen Haltung (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Auch Freudiger (2017) kommt zum Schluss, dass der Ressourcenaktivierung in der Kinder- und Jugendtherapie eine mindestens ebenso grosse Rolle zukommt wie in der Erwachsenentherapie. Es sei besonders für die Therapiemotivation förderlich, dass Kinder und Jugendliche von Beginn weg selbstwerterhaltende Erfahrungen machen können, da diese ganz selten aus eigenem Antrieb Psychotherapie in Anspruch nehmen. Dieser Fokus auf die Stärken wird auch im MST, beschrieben von Swenson & Henggeler (2005), aus ähnlichen Gründen betont. Es sei wichtig, auf die Stärke der Familie zu setzen, um sich damit von negativen Erfahrungen aus anderen psychosozialen Diensten abzugrenzen und einen frühzeitigen Therapieabbruch zu verhindern. Für das aufsuchende Angebot in der Schule ist es umso relevanter, die Ressourcen eines Kindes zu erkennen und diese zu nutzen, weil genau diese Grundhaltung dem Lehrplan 21 entspricht. Dort wird die pädagogische Ansicht vertreten, dass die Schule auch die Weiterentwicklung und Ausbildung überfachlicher Kompetenzen zu fördern hat. Damit sind die personalen und sozialen Kompetenzen (u.a. Selbstreflexion, Selbständigkeit, Kooperationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit) gemeint (Lehrplan, S.14). Ressourcenaktivierung oder eben Kompetenzförderung, wie es im Bildungskontext heisst, bildet die therapeutische und pädagogische Grundhaltung, mit der den Kindern und Jugendlichen in der Schule begegnet werden soll.

Die Rolle einer aufsuchenden Psychotherapeutin in der Schule ist in vielen Belangen dieselbe, wie die der ambulanten Therapeutin. Es gibt im Wesentlichen drei Punkte,

die einer genaueren Betrachtung bedürfen: Der hohe Vernetzungsgrad der aufsuchenden Therapie in der Schule verlangt von der Therapeutin eine grosse *Prozessverantwortung*. Sie ist noch mehr als in ambulanten Therapien gefordert, ein systemisches Miteinander zu schaffen, in dem der therapeutische Prozess stattfinden kann. Freudiger (2017) nennt in seiner Arbeit Begriffe wie "Brückenbauerin" oder "Vermittlerin" zwischen den unterschiedlichen Ansichten und Erwartungen. Im aufsuchenden Angebot in der Schule gilt es bereits innerhalb des Systems verschiedene pädagogische Perspektiven zu vereinen und diese sollen mit der elterlichen Perspektive, der Sichtweise des betroffenen Kindes und der eigenen therapeutischen Ansicht zusammengebracht werden. Transparente Gespräche über die Erwartungen und Zielsetzungen aller Parteien und auch wieder eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber allen Ansichten erleichtern der Therapeutin diese komplexe Aufgabe. Damit die Systemressourcen, die in der aufsuchenden Arbeit besonders gross sind, auch wirklich genutzt werden können, braucht es eine *konstante Beziehungspflege zu allen Beteiligten*. Es ist, wie Swenson & Henggeler (2005) betonen, die Aufgabe des Therapeuten, mit grossem Engagement die Abläufe und die Mitwirkung aller involvierten Personen zu überwachen und gegebenenfalls zu korrigieren. Psychotherapie ausserhalb der schützenden Infrastruktur eines Ambulatoriums verändert die Anforderungen an eine Therapeutin. Der Vertraulichkeit und dem *Schutz der Privatsphäre* des Kindes oder der Jugendlichen sind im Schulsetting besonderer Aufmerksamkeit zu schenken. Wie Rogers (2014) in ihrer Studie zu ethischen Herausforderungen in der aufsuchenden Gemeindegearbeit bemerkt, geht in der aufsuchenden Therapie der geschützte Raum des Therapiezimmers verloren und diesem Umstand muss besondere Beachtung geschenkt werden. Auch Hepp & Stulz (2017) betonen, dass von Seiten der Therapeutin bei der Behandlung im häuslichen Umfeld ein "erhebliches Mass an Fingerspitzengefühl und Zurückhaltung gefordert wird" (S. 986). Diese Anforderung gilt auch für das schulische Umfeld, in dem man sich als Psychotherapeutin jederzeit als Gast bewegt und die unterschiedliche Kultur zu respektieren hat. Um als Therapeutin diesen speziellen Umständen gerecht zu werden, empfehlen viele Initianten von aufsuchenden Angeboten eine spezifische Schulung und regelmässige Supervision (u.a. Swenson & Henggeler, 2005, Rogers, 2014, Hepp & Stulz, 2017).

3. Konkretisierung der Intervention

Die nachfolgende Intervention basiert auf den theoretischen Grundlagen aus Kapitel 2. Ausgehend von dem grossen Ressourcenpotential einer Schule und der Schwierigkeit der Problemaktualisierung bei Kindern in der ambulanten Einzeltherapie wurden Überlegungen gemacht, wie Psychotherapie näher an das Schulumfeld angebunden werden kann. Die ermutigenden Erkenntnisse aus Studien zu aufsuchenden Angeboten spielten dabei eine entscheidende Rolle.

3.1. Entwicklungsgeschichte des Angebots

Zusammen mit einem Stadtzürcher Schulhaus wurde die konkrete Idee diskutiert, wie Psychotherapie in die Schule gebracht werden kann. Für die Lehrer/-innen waren die Psychotherapeutinnen ihrer Schüler und Schülerinnen im Vergleich zu den Heilpädagoginnen, Logopädinnen oder Psychomotorik-Therapeutinnen immer sehr weit weg und wenig in den Schulalltag integriert. Gerade bei Themen, die die Schule sehr stark betreffen (ADHS-Therapien, Schulverweigerung, Mutismus, etc.), wurde das als störend und unbefriedigend empfunden. Auf der anderen Seite ist die ambulante Einzeltherapie mit Kindern, die ihr Problemverhalten im Therapiezimmer nicht zeigen, oftmals eine Herausforderung. Die Vorteile des Übens von neuen Verhaltensweisen in einem geschützten Rahmen wiegen die Nachteile nicht auf: die Probleme müssen aktiv von der Therapeutin aktualisiert werden und die Übertragbarkeit der neuen Verhaltensweisen auf den (Schul-)alltag ist eine Herausforderung. Gleichzeitig ist oftmals auch für die ambulante Psychotherapeutin die Schule als wichtiges System oftmals zu wenig verbindlich in die Therapie integriert.

Aus ersten Überlegungen und Gesprächen mit dem Schulpsychologischen Dienst, der Kreisschulpflege und der Schulleitung im Jahr 2015 entstand eine erste Variante einer Intervention, die 2016 in einem Fall erprobt wurde. Mit Anpassungen, v.a. im Ablauf, der Finanzierung und der Kommunikation, wurden zwischen 2016 und 2018 drei weitere Interventionen durchgeführt und wieder evaluiert. Das Psychotherapeutische Coaching im Schulhaus, wie es jetzt aussieht, basiert also auf den praktischen Erfahrungen von vier Coachings.

Alle vier Coachings fanden auf allen unterschiedlichen Schulstufen der Volksschule statt. Die Altersspanne der Patienten reichte von 8 bis 15 Jahren und alle vier waren Knaben. Die Zusammenarbeit mit vier verschiedenen Klassenlehrer/-innen war spannend und gewährleistete einen Einblick in vier unterschiedliche Klassenkulturen und Schulzimmer. Allen gemein war das grosse Engagement der Lehrer/-innen, sich auf ihre Schüler einzulassen und sie pflegten einen respektvollen Umgang innerhalb der Klasse im Klassenzimmer. Sehr schnell waren die Besuche der PTh ein selbstverständlicher, bzw. recht unauffälliger Teil des Unterrichts. Es kam in keinem Fall zu einer Stigmatisierung des betroffenen Jungen. Dies ist auch das Verdienst der Klassenlehrer/-innen, die die Funktion der PTh in einer altersadäquaten Sprache erklärt haben.

Die Vernetzungsarbeit geschah mit unterschiedlichen Beteiligten und deckte neben den Klassenlehrer/-innen und der Schulleitung auch die Hortnerinnen, IF-Lehrerin, Schulpsychologin und Schulsozialarbeiterin ab. So konnten die Schnittstellen in der Zusammenarbeit mit dem Schulpersonal sehr konkret besprochen werden. An einem Weiterbildungstag stellte ich nach der Durchführung des zweiten Coachings zusam-

men mit der IF-Lehrerin, der Schulsozialarbeiterin und einem Klassenlehrer das Angebot dem gesamten Schulpersonal vor. Unser gemeinsames Auftreten war ein wichtiges Zeichen, um die Zusammenarbeit mit allen Beteiligten hervorzuheben.

3.2. Ablauf

In untenstehender Tabelle 5 sind vier Phasen ersichtlich: Anmeldung, Planung, Umsetzung und Abschluss. Der Ablauf entspricht dem aktuellen Stand, der auf Grund der Evaluation des vierten Coachings zustande kam. Eine weitere Entwicklung, bzw. Verfeinerung ist nicht ausgeschlossen. Wie lange die einzelnen Phasen dauern, ist je nach Fall unterschiedlich. Oft entscheiden darüber die Dringlichkeit der Problematik und die zeitliche Verfügbarkeit der beteiligten Personen. Der ganze Ablauf sollte innerhalb eines Semesters, bzw. eines halben Jahres abgeschlossen sein. Es empfiehlt sich die vorgegebene zeitliche Strukturierung durch die Schulferien zu übernehmen. Die acht Schritte werden in den laufenden Unterkapiteln genauer ausgeführt.

Tabelle 4: Ablauf des Psychotherapeutischen Coachings

| Phase | Schritt | Beteiligte |
|--------------------------|-------------------------|---|
| Anmeldung / Vorbereitung | 1 Initiierung | SPD ¹ oder SP ² /SL ³ , Eltern |
| | 2 Vorbereitungsgespräch | SPD, SP, SL, PTh ⁴ |
| Planung | 3 Planungssitzung | SPD, SP, SL, PTh, Eltern und Kind |
| Umsetzung | 4 Abklärungssitzung(en) | PTh, Eltern und Kind |
| | 5 Delegationsgespräch | PTh, Eltern und Kind, Psychiater/-in |
| | 6 Interventionen 1 | PTh, Kind, SP |
| | 7 Standortsitzung | SPD, SP, SL, PTh, Eltern und Kind |
| | 6 Interventionen 2 | PTh, Kind, SP |
| Abschluss / Auswertung | 8 Abschlussgespräch | SPD, SP, SL, PTh, Eltern und Kind |

1: SPD: Psychologin aus dem Schulpsychologischen Dienst, 2: SP: Schulpersonal (Lehrperson, Schulsozialarbeiterin, Heilpädagogin, Hortnerin), 3: SL: Schulleitung, 4: PTh: Psychotherapeutin

3.2.1. Anmeldephase

Schritt 1

Das Coaching soll vom SPD und/oder den Lehrer/-innen und der Schulleitung initiiert werden. Dazu dienen die drei Indikationskriterien im Kapitel 2.4.1. (Schule wird als Ressource erlebt, Problemverhalten ist in der Schule ersichtlich, das System wird in die

Behandlung miteinbezogen). Die Anmeldung für das Psychotherapeutische Coaching erfolgt nur mit ausdrücklicher Bereitschaft zur Zusammenarbeit von allen involvierten Fachpersonen, den Eltern und dem Kind. Falls noch keine Anmeldung beim SPD vorliegt, erfolgt diese hier.

Der Einbezug des SPD ist in allen Fällen sinnvoll. Falls Veränderungen nötig werden (Sonderschulung etc.), ist die dafür zuständige Fachstelle bereits involviert und schneller handlungsfähig. Wie aktiv die Rolle der Schulpsychologin in jedem einzelnen Fall sein soll, muss individuell diskutiert werden. Je nach Fall übernimmt der SPD oder die Schule die erste Kontaktaufnahme mit der PTh und damit die offizielle Anmeldung für das psychotherapeutische Coaching in der Schule.

Schritt 2

Es folgt eine fachliche Austauschsitzung mit den pädagogischen Fachpersonen aus der Schule und den externen psychologischen und psychotherapeutischen Fachpersonen. Dieser Schritt dient nebst der Rollen- und Aufgabenklärung einer ersten fachlichen Einschätzung der Problemsituation.

3.2.2. Planungsphase

Schritt 3

An der Planungssitzung, die wenn möglich im Schulhaus und im entsprechenden Schulzimmer stattfindet, nehmen alle direkt beteiligten Personen teil. Ziele des Gespräches sind die Bildung einer Kooperation zwischen Eltern/Kind, Schule, SPD und PTh, ein gemeinsames Problemverständnis und daraus abgeleitet gemeinsame Ziele. Es werden mögliche Umsetzungsvarianten diskutiert, wobei die aufsuchenden Interventionen klar im Mittelpunkt stehen sollen. Die Umsetzungsphase wird erst eingeleitet, wenn die Finanzierung des psychotherapeutischen Coachings geklärt ist.

3.2.3. Umsetzungsphase

Schritt 4

In ein bis zwei Sitzungen mit Eltern und Kind, die in den Räumlichkeiten des IAP stattfinden, wird eine Anamnese erhoben und passende diagnostische Instrumente eingesetzt. Ziel ist eine differenzierte und professionelle Sichtweise auf das Problemverhalten des Kindes einzunehmen. Es muss betont werden, dass die Diagnostik mit anderen Zielsetzungen und auf einer anderen Ausgangslage basieren als die Abklärungen im Schulpsychologischen Dienst. Sind schriftliche Abklärungsbefunde aus dem SPD oder dem KJPD oder privaten pädiatrischen Institutionen vorhanden, kann die Abklärungsphase verkürzt werden.

Schritt 5

Der Psychiater wird von der Psychologin avisiert und über die Abklärungsbefunde und Inhalte der Planungssitzung informiert. Die Psychologin vereinbart mit dem Psychiater, den Eltern und dem Kind einen Termin, an dem die Psychologin in der Regel teilnimmt. Im Delegationsgespräch untersucht der Psychiater, ob eine delegierte Therapie und in diesem speziellen Fall eine aufsuchende Therapie eine angebrachte Intervention darstellt. In diesem Fall wird mit einem individuellen Antrag an die Krankenkasse die Kostengutsprache für die aufsuchende Intervention eingeholt.

Es sollen aber in Zukunft alternative Finanzierungsmöglichkeiten zur Abrechnung über die Grund- oder Zusatzversicherung gefunden werden (siehe Kapitel 4.2. "Weiterführende Überlegungen").

Schritt 6

Es gibt unterschiedliche Vorgehensweisen, wie sich die konkreten Interventionen gestalten lassen. Grundsätzlich bildet eine wertschätzende und ressourcenorientierte Grundhaltung bei allen Interventionen die Grundlage. Wegen des Leidensdrucks von verschiedenen Seiten, ist eine handlungs- und lösungsorientierte Haltung bereits von Beginn weg hilfreich. Es sollen schnell erste Verbesserungen und Entlastungen spürbar sein, die in weiteren Sitzungen konsolidiert werden. Es kann darum sinnvoll sein, zu Beginn zweimal wöchentliche Termine abzumachen. Das Umfeld soll nicht nur bei der Problemschilderung einbezogen werden, sondern auch bei der Verhaltensänderung, darum wird dieses über Abmachungen, die in den Sitzungen getroffen werden, informiert. Es werden dabei keine Inhalte aus den Sitzungen kommuniziert. Im Folgenden werden einige konkrete Interventionen kurz beschrieben, die in den vier Coachings angewandt wurden. Die Auflistung ist nicht abschliessend und dient lediglich einer exemplarischen Einsicht.

Tabelle 5: Exemplarische Interventionen aus dem Psychotherapeutischen Coaching

| Intervention / Setting | Ziel und Wirkung |
|--|---|
| Verhaltensbeobachtungen im Schulzimmer mit oder ohne Beobachtungsschwerpunkt | Die PTh kann sich ein Bild der Situation vor Ort machen und so die Problemsituation besser verstehen und im Austausch mit den anwesenden Fachpersonen Lösungen oder Alternativen diskutieren. |
| Direkte Interventionen³ in der Situation mit Kind und LP | Die PTh kann während der Aktualisierung des Problems alternative Verhaltensweisen aktivieren. |
| Filmaufnahmen des Kindes während des Unterrichts und Auswertung unter best. Fokus | Die PTh kann das Problemverhalten visualisieren und zusammen mit dem Kind analysieren und alternative Verhaltensweisen erarbeiten. |

| | |
|---|---|
| Gespräche mit der LP und dem Kind | Die PTh kann in Gesprächen vor Ort zusätzliche Informationen abholen, das konkrete Problemverhalten besprechen und klären und alternative Verhaltensweisen erarbeiten. Gespräche dienen auch einem gemeinsamen Problemverständnis und Lösungsfindung. |
| Einzelsitzungen mit dem Kind ausserhalb des Klassenzimmers in der Schule | Die PTh kann vor Ort in geschütztem Rahmen zusätzliche vertrauliche Informationen gewinnen, klärende Gespräche führen und die Beziehung zum Kind stärken. |
| Verhaltensprotokolle | Die Protokolle dienen dem Kind und seinem Umfeld, den Fokus auf die Fortschritte der Verhaltensänderung zu legen und diese Festzuhalten. |
| Tagebuch | Das Tagebuch legt den Fokus auf die Stimmungslage / die Emotionen, bzw. dem Wohlergehen des Kindes. Sie dienen der Selbstbeobachtung und bilden damit die Grundlage für die Verhaltensänderung. |
| Supervision mit der LP | Supervisionen dienen einem breiteren psychologischen Fallverständnis für die pädagogische Fachperson. |
| Austausch per Email mit allen Beteiligten | In den Emails können alle Beteiligten über Abmachungen, Fortschritte etc. informiert werden, die aus den Interventionen mit dem Kind resultieren. Der Austausch ist relevant, damit die Veränderungen von allen Seiten mitgetragen werden. |
| Ergänzende Einzelsitzungen mit dem Kind im Ambulatorium des IAP | In den Einzeltherapien ausserhalb der Schule können ergänzende Themenbereiche angesprochen und behandelt werden, die im Zusammenhang mit dem Schulverhalten stehen. Hier können auch spieltherapeutische Angebote gemacht werden. |

Schritt 7

Die Standortsitzung findet mit allen Beteiligten aus der Planungssitzung statt. Ziele der Sitzung sind das Abholen der Erfahrungen aller Beteiligten, die Überprüfung der Zielsetzungen aus der Planungssitzung und die Festlegung des weiteren Vorgehens. Mögliche Szenarien sind eine zweite Interventionsphase, eine Beendigung des Psychotherapeutischen Coachings oder eine ganz andere Massnahme. Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass in den meisten Fällen eine zweite Interventionsphase sinnvoll ist. Hierbei werden die Ziele angepasst, die konkreten Interventionen verändert oder das Setting überdacht. Die Sitzung wird protokolliert.

3.2.4. Abschlussphase

Schritt 8

Die Abschlusssitzung findet mit allen Beteiligten aus den Planungs- und Standortsitzungen statt. Gesprächsziele sind neben der Würdigung der Kooperation und des

erfolgreichen Abschlusses, die Sicherung des Erreichten und die Weiterführung der Veränderungen ohne PTh.

4. Diskussion

4.1. Erkenntnisse aus den Implementierungen

Die Ergebnisse aus den vier Coachings, resultierend einerseits aus Abschlussgesprächen mit dem SPD, der Schulleiterin, Klassenlehrer/-innen, den Eltern und den Jungen und andererseits aus Vergleichen mit der Fachliteratur, bieten noch keine abschliessenden Resultate, sondern bilden vielmehr einen Erkenntnisprozess ab. Das psychotherapeutische Coaching im Schulhaus, wie es oben beschrieben wird, steht aber auf solider theoretischer und praktisch erprobter Grundlage für eine zukünftige wissenschaftliche Evaluation der Wirkung.

4.1.1. Grenzen des Angebots

Die Konzentration des aufsuchenden Angebots auf das Schulumfeld ist nicht in allen Fällen angemessen. Gerade bei Kindern, und teilweise auch noch bei Jugendlichen, spielt das familiäre Umfeld eine sehr grosse Rolle. Das Problemverhalten kann nicht immer nur auf die Schule reduziert werden. Es muss von Fall zu Fall im Vorhinein überlegt werden, ob die Beschränkung auf das Schulsetting sinnvoll ist und wenn nicht, wer die Begleitung des Familiensystems übernimmt. Das kann die aufsuchende selber Therapeutin sein oder in enger Zusammenarbeit eine externe Therapeutin.

Interventionen in einem System verlangen eine notwendige Flexibilität desselben. Boege et al. (2015) nennen in ihren Studien den Nachteil, dass aus organisatorischen Gründen manchmal eine Unterstützung nicht gewährleistet werden kann. Die Volksschule ist an gesetzliche verankerte Regeln und Vorschriften gebunden. Den Grenzen der Veränderungen eines Systems muss besonders bei aufsuchenden Therapien Rechnung getragen werden.

4.1.2. Chancen

Die Überprüfung der Wirkfaktoren (siehe Kap. 2.2.4.) basiert nur auf einer persönlichen Einschätzung in diesen einzelnen Fällen und ist darum für diese Arbeit wenig aussagekräftig. Hier sind zur Fundierung der Aussagen empirische Studien nötig. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass die Problemaktualisierung und damit die Problembewältigung, bzw. die Erweiterung der Handlungskompetenz gewährleistet ist.

Auch dem Wirkfaktor Klärung kommt eine besondere Rolle zu, weil in den Rundtischgesprächen durch den Einbezug verschiedener Sichtweisen und des Orts des Geschehens ein umfassendes Problemverständnis geschaffen werden kann.

Die Vorteile, die in der Literatur genannt werden (siehe Kap. 2.2.2), bestätigen sich weitgehend. Auch hier wäre eine empirische Überprüfung zur Gewährleistung einer besseren Objektivität von Nöten, darum werden im Folgenden nur drei Vorteile erwähnt, die in der praktischen Umsetzung konkret erlebt werden konnten:

Der wichtigste Vorteil ist die «Problemaktualisierung», die direkt im Geschehen passiert. Das Problem muss nicht in Gesprächen aktiviert werden, damit es sichtbar wird. Zudem können die therapeutischen Interventionen nicht nur dem individuellen Problemverhalten, sondern auch dem Setting angepasst werden. Sowohl Ressourcenaktivierungen als auch die Erweiterung der Handlungskompetenz können nicht nur für das Kind, sondern für das Kind im Zusammenhang mit dem System erarbeitet werden.

Zweitens zeigt sich besonders deutlich die Gewährleistung der Übertragbarkeit. Während eines aufsuchenden Schulbesuchs in einer akuten Eskalation mit einem anderen Mitschüler, konnten konkrete Strategien zur Emotionsregulation direkt für die spezifische Situation erarbeitet und ausprobiert werden.

Ein letzter Vorteil, der dem zunehmend komplexeren Berufsauftrag der Lehrer/-innen Rechnung trägt, ist die Kompetenzerweiterung des Schulpersonals. Durch die Auseinandersetzung mit psychischen Aspekten und die konkrete Unterstützung in der Verhaltensveränderung, erwerben die Pädagogen exemplarisch psychologisches Wissen, das sich auf andere Situationen und andere Kinder übertragen lässt.

Die Vernetzung und Absprachen des Schulpersonals untereinander zeigte sich als besonders wichtig: Bereits in der Unterstufe werden die Kinder von verschiedenen Lehrer/-innen unterrichtet und manche besuchen zusätzlich den Mittagshort auf dem Schulgelände. Die Weitergabe von Informationen über Konflikte etc. zeigte sich als besonders relevant, weil diese über den Tagesverlauf entweder weiter schwelen oder sich mit neuen kumulieren können.

4.2. Weiterführende Überlegungen

Das Psychotherapeutische Coaching in der Schule ist zum jetzigen Zeitpunkt ein theoretisch fundiertes und praktisch erprobtes Angebot. Die meisten, die bis anhin mitgearbeitet haben oder dessen Prozess begleitet haben, sind der Meinung, dass der aufsuchende und vernetzende Charakter besonders hilfreich sei und darin ein grosses Innovationspotential stecke. Gerade deshalb ist eine weitere Entwicklung, bzw. eine Verfeinerung des Konzepts in verschiedenen Aspekten angebracht. Im Folgenden werden jene Aspekte genannt, die aus Sicht der Psychotherapeutin besonders relevant sind.

4.2.1. Schulung und Begleitung für aufsuchende Therapeutinnen

Um als Psychotherapeutin den speziellen Umständen der aufsuchenden Arbeit gerecht zu werden, empfehlen viele Initianten von aufsuchenden Angeboten eine spezifische Schulung und regelmässige Supervision (u.a. Swenson & Henggeler, 2005, Rogers, 2014, Hepp & Stulz, 2017). Es geht dabei einerseits um eine Vermittlung einer spezifischen therapeutischen Rolle, die auch Elemente einer Case Managerin enthält, und einer therapeutischen Grundhaltung geprägt von der lösungs- und ressourcenorientierten Therapierichtung, und andererseits um die Ungewohntheit des Settings. In den vorhergehenden Abschnitten wurde immer wieder betont, wie sehr die aufsuchende Therapeutin zu Gast in einer anderen Kultur ist und für das Kind oder den Jugendlichen die Intimität eines Zimmers verloren geht, aber es ist nicht ausser Acht zu lassen, dass auch die Therapeutin eine Sicherheit aufgeben muss. Auch sie ist weniger geboren ohne ihr Therapiezimmer und die Infrastruktur eines Ambulatoriums, die wichtige Teile eines allgemeinen Therapieverständnisses darstellen. Wenn wir das Kontextuelle Metamodell von Wampold, Imel & Flücker (2017) beiziehen, geht bei der aufsuchenden Therapie etwas verloren, das der Zuschreibung von Vertrauen und Kompetenz der Patientin/ des Patienten an den PTh erleichtert: Der professionelle Rahmen (Ambulatorium, Therapiezimmer), der unsere fachliche Rolle stärkt und zu unserer fachlichen Glaubwürdigkeit beiträgt. Auch zu dieser Überlegung fehlen wissenschaftliche Studien und die Literatur zeigt Lücken in der Beforschung der Rollenveränderung aufsuchender Therapeutinnen. Umso mehr ist in der Praxis eine super- oder intervisorische Begleitung der Therapeutinnen elementar, damit diese ihre individuelle Interpretation der neuen Rolle immer wieder reflektieren können.

4.2.2. Finanzierung des aufsuchenden Angebots

Die Schule hat den Auftrag, allen Schüler/-innen die Begleitung und Unterstützung zukommen zulassen, die ihnen ermöglichen, gesunde und gesellschaftsfähige Individuen zu werden. Gleichzeitig muss die Volksschule kostenlos sein, damit eine Chancengleichheit im Bildungssystem angestrebt werden kann. Wenn wir das therapeutische Coaching in der Schule über die Krankenkasse des Kindes oder des Jugendlichen verrechnen, folgen daraus mehrere Unstimmigkeiten:

- Die Schule bietet den Eltern ein Unterstützungsangebot an, das nicht kostenlos ist. Zwar gibt es in der Grundversicherung von Kindern bis 18 Jahren keine Franchise, aber der Selbstbehalt beträgt max. 300 SFr.
- Mit der Verrechnung über die Grundversicherung der Krankenkasse attestieren wir dem Kind oder dem Jugendlichen eine psychische Krankheit, die innerhalb des Delegationsverhältnisses von einer Psychotherapeutin behandelt werden muss. Aber nicht hinter allen Problemverhalten steckt Psychopathologie,

manchmal sind es Veränderungen oder Übergänge im Lebensalltag eines Kindes, die zu Verhaltensauffälligkeiten oder verminderter Lebensqualität führt. Auch die Chance, ein Kind präventiv zu behandeln, d.h. bevor pathologische Symptome auftreten, entfällt, wenn wir über die Grundversicherung verrechnen müssen.

- Die rechtliche Grundlage, um Psychotherapie über die Grundversicherung abrechnen zu können, ist klar geregelt und beinhaltet neben Diagnostiksitzen auch ein Delegationsgespräch mit dem zuständigen Kinderpsychiater. Beide Aspekte pathologisieren das Kind (siehe oben) und setzen die Zugangsschwelle für ein Schulangebot eher hoch an. Aufsuchende Angebote profitieren im Allgemeinen von ihrer Niederschwelligkeit.

Eine Lösung für diese Unstimmigkeiten wäre die Kostenlosigkeit des Angebots, d.h. die Schule müsste für die Therapiekosten aufkommen. Alle bestehenden Therapieangebote, wie z.B. Psychomotorik, Legasthenie, Psychotherapie etc., werden über eine schulpsychologische Abklärung indiziert und zugesprochen. Das Psychotherapeutische Coaching im Schulhaus könnte wie eines dieser Angebote behandelt werden.

Die Frage, ob dabei eine externe Therapeutin das Coaching übernimmt (analog einer schulinduzierten externen Psychotherapeutin) oder interne Fachpersonen (analog einer internen schulischen Heilpädagogin), bräuchte weitere Überlegungen zusammen mit den zuständigen Personen aus den Schulpsychologischen Diensten.

4.2.3. Forschung über die Wirkfaktoren und Vorteile aufsuchender Therapie

Bereits mehrmals wurde die fehlende Forschung zur Wirksamkeit des Angebots erwähnt. Zwar fanden Prä- und Postmessungen mit dem deutschen SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman, 1997) statt und einzelne Therapiesitzungen wurden mit einer eigenen deutschen Übersetzung der CSRS (Child Session Rating Scale, Duncan et al., 2003) für Kinder evaluiert, aber die Datenlage ist viel zu klein und die Messungen erfolgten zu wenig standardisiert.

Es ist für die Weiterentwicklung des Angebots erstrebenswert, dass die Wirksamkeit des Angebots empirisch abgesichert wird und die Vorteilsfaktoren mit allen Beteiligten standardisiert evaluiert werden. Für diese Forschung wären viele neue Daten nötig und die Finanzierung müsste über einen grossen Forschungsantrag geregelt werden. Das braucht Zeit und Geduld und erneut viel Engagement, die nur zu leisten wären, wenn eine vielversprechende Perspektive für das Projekt gewährleistet ist.

4.3. Fazit

Ein aufsuchendes therapeutisches Angebot für das Schulumfeld ist auf Grund theoretischer Überlegungen gerechtfertigt: die Schule ist für die Kinder und Jugendlichen neben der Familie ein wichtiges System, das in der Kompetenzförderung und Gesundheitsprävention eine tragende Rolle einnimmt. Aufsuchende Angebote gibt es zwar wenige und die Datenlage für deren Evaluation ist dünn, aber die vorhandenen bestätigen durchwegs einheitliche Vorteile. Aufsuchende Angebote stehen mit der aktuellen Wirksamkeitsforschung von Grawe und Kollegen im Einklang und die offiziellen Therapierichtlinien plädieren für eine systemische und bedürfnisorientierte Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Die praktischen Erprobungen des aufsuchenden Angebots mit mehreren Kindern und Lehrer/-innen auf verschiedenen Schulstufen und mit unterschiedlichen Problemverhalten sind vielversprechend. Das Interesse der beteiligten Fachpersonen ist gross, sowohl in der Schule als auch im Schulpsychologischen Dienst. Eine empirische Bestätigung der Wirksamkeit würde das Psychotherapeutische Coaching für die Schule zu einem zukunftssträchtigen Angebot machen, das in der Schule standardmässig implementiert werden könnte.

Literatur

- Baier, V., Favrod, J., Ferrari, P., Koch, N., & Holzer, L. (2013). *Early tailored assertive community case management for hard-to-engage adolescents suffering from psychiatric disorders: an exploratory pilot study*. *Early intervention in psychiatry*, 7(1), 94-99. doi: 10.1111/j.1751-7893.2012.00380.x
- Duncan B. L., Miller S. D. & Sparks J. A..(2003). Child Session Rating Scale (CSRS). <https://heartandsoulofchange.com> (Zugriff am 6.1.16)
- Bildungsdirektion des Kanton Zürichs (2017). Lehrplan für die Volksschule des Kantons Zürich auf der Grundlage des Lehrplans 21. <https://zh.lehrplan.ch> (Zugriff am 12.10.18)
- Boege, I., Corpus, N. & Schepker, R. (2014). Behandelt zu Hause Gesund werden. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42(1), 27–37.
- Boege, I., Mayer, L., Muche, R., Corpus, N., Schepker, R. & Fegert, J. M. (2015). Home Treatment - insbesondere für expansive Jungen? Alters- und geschlechtsspezifische Wirksamkeit von Home Treatment bei internalisierenden vs. externalisierenden Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43 (3), 161-171.
- Delgrande Jordan, M., & Eichenberger, Y. (2016). *Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter (oblig. Schulzeit)*. In M. Blaser & F. AMSTad (Eds.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht* (pp. 58-69). Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Eisert, M., Eisert, H. G. & Schmidt, M. H. (1985). Hinweise zur Behandlung im häuslichen Milieu («Home Treatment»). *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 13, 268–279.
- Eichenberger, Y., Kretschmann, A., & Delgrande Jordan, M. (2017). *Schulstress bei Jugendlichen in der Schweiz: Aktuelle Zahlen, zeitliche Entwicklung und Wohlbefinden Betroffener*. Verfügbar unter www.hbsc.ch Bibliografie (Zugriff am 25.05.2017).
- Falkai, P. (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg). Berlin: Springer. DOI 10.1007/978-3-642-30270-1
- Freudiger, M. (2017). *Sind Kinder (und Jugendliche) kleine Erwachsene? Eine Betrachtung der Allgemeinen Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Zürich: Masterarbeit ZHAW, Dept. Angewandte Psychologie.
- Gassmann, D. & Grawe, K. (2006). General Chance MechanisMAX: The Relation between problem activation and resource activation in successful an unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1-11.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire. A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38, 581-586. <https://www.sdqinfo.com> (Zugriff am 28.2.19)
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Prinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44: 63-73.
- Hepp, U. & Stulz, N. (2017). „Home Treatment“ für Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 88:983–988. DOI 10.1007/s00115-017-0355-6
- Knittel, T., Schneidebach, T. & Mohr, S. (2015). *Zuviel Stress – zuviel Druck! Wie Schweizer Jugendliche mit Stress und Leistungsdruck umgehen.* (Juvenir-Studie 4.0). Zürich: Jacobs Foundation.
- Krüger, P. & Zobrist, P. (2015). Evaluation des Projektes „HotA – Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau – Zusammenfassung. Luzern: Hochschule Luzern.
- LaRusso, M. D., Romer, D., & Selman, R. L. (2008). *Teachers as builders of respectful school climates: Implications for adolescent drug use and depressive symptoms in high school.* *Journal of Youth and Adolescence*, 37(4), 386-398.
- McNeely C. & Falci, C. (2004). *School Connectedness and the Transition Into and Out of Health-Risk Behavior Among Adolescents: A Comparison of Social Belonging and Teacher Support.* *Journal of Health, 74,7*, 284-292
- Müthing, K. & Razakowski, J. (2016). LBS-Kinderbarometer Deutschland. *So sehen wir das! Stimmungen, Meinungen und Trends von Kindern und Jugendlichen.* Hertzen: ProKids
- Restow, G., Hermens, A., Schmidt, M. H., Holtmann, M., Banaschewski, T. & Poustka L. (2009). Programm Zappelhilipp – Frühintervention bei delinquenten Kindern. Hometreatment als alternativer Behandlungsansatz bei polizeilich auffällig gewordenen Kindern. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37(6), 541–550.
- Spini, D., Pin le Corre & Klaas, H.S. (2016). Psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit. In M. Blaser & F. AMSTad (Eds.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne.* Grundlagenbericht (pp. 31-41). Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Stix, P. (2017). Home Treatment. Akutbehandlung zu Hause. (PowerPoint Präsentation). Verfügbar unter <https://www.pukzh.ch/default/assets/File/Stix%20Pr%C3%A4sentation%20Psychiatrisches%20Kolloquium.pdf> (Zugriff am 5.11.2018)
- Schmid, M. (2016) *Implementierung und Evaluation der Multisystemischen Therapie Kinderschutz (MST-CAN) in den Regionen Basel und Thurgau* (PowerPoint Präsentation). Verfügbar unter <http://www.equals.ch/files/vortraege/802/implementierung-und-evaluation-der-multisystemischen-therapie-kinderschutzMST-canin-den-regionen-basel-und-thurgau.pdf> (Zugriff am 25.05.2018)
- Schulpsychologie der Stadt Zürich, <https://www.stadt-zuerich.ch/schulpsychologie.secure.html> (Zugriff am 29.10.18) und https://www.stadzuerich.ch/ssd/de/index/gesund-heit_und_praevention/schulpsychologie/schulpsychologischer_dienst/geschichte_des_schulpsychologischendienstes.html (Zugriff am 24.9.18)
- Schulsozialarbeit des Kantons Zürich, <https://ajb.zh.ch/internet/bildungsdirektion/ajb/de/leistungen-fuer-fachpersonen-institutionen-behoerden/schulsozialarbeit0.html> (Zugriff am 29.10.18)

- Steinhausen, H. C., Winkler Metzke, C., Meier, M., & Kannenberg, R. (1998). *Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 262-71.
- Stappacher, J. (2014). Zusammenarbeit in der integrativen Schule. Aufgaben der schulischen Heilpädagog/-innen und Klassenlehrpersonen. Zürich: HfH. https://www.hfh.ch/fileadmin/files/documents/Dokumente_SHP/Broschuere_zusarbeit_integrative_schule.nb.pdf (Zugriff am 29.10.18)
- Sucht Schweiz, <http://www.suchtschweiz.ch/forschung/hbsc/> (Zugriff am 24.9.2018).
- Swenson, C. & Henggeler, S. (2005). *Die multisystemische Therapie: Ein ökologisches Modell zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei Jugendlichen*. *Familiendynamik*. 2005;2:128–44.
- Urban, S., Baier, V. Mann, A., Senent E., Dutoit, F., Graap, C., Cherix-Parchet, M., Henz, C., Faucherand, A., Yanez-Carbonel, C. & Holzer, L. (2015). *Extensions des prestations de type "équipe mobile" aux foyers socio-éducatifs*. Projet pilote dans le canton de Vaud. *Ref. Med Suisse*. 11: 618-21.
- Vieno, A., Santinello, M, Pastore M, Perkins, D.D. (2007). *Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model*. *Am J Community Psychol* (2007) 39:177–190 DOI 10.1007/s10464-007-9095-2
- von Wyl, A., Chew Howard, E., Bohleber, L. & Haemmerle, P. (2017). *Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie*. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016 (Obsan Dossier 62). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Vuille, J.C., Carvaja, M.I., Casaulta, F. & Schenkel, M. (2004). *Die gesunde Schule im Umbruch*. Zürich: Rüegger.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. & Flückiger, C. (2017). *Die Psychotherapie-Debatte*. Was Psychotherapie wirksam macht. Bern: Hogrefe.
- Wettach, R., Krenz, S., Meyer, C. & Frey, D. (2013). *Psychosoziale Gesundheit in der Schule: Ausgangslage, theoretische Hintergründe, bestehende Programme*. Zürich: Schulgesundheitsdienste Stadt Zürich